

ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA Y DE CALIDAD EN GESTANTES DE UN HOSPITAL DE LIMA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

ADEQUATE AND QUALITY PRENATAL CARE AMONG PREGNANT WOMEN IN A LIMA HOSPITAL: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

Andrea Denise Brito-Hijar^{1,a}, Daniela Esther Oriundo-Arbizu^{2,b}

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de atención prenatal adecuada y de calidad, e identificar factores sociodemográficos y obstétricos asociados en gestantes atendidas en un hospital público de Lima durante 2023. **Métodos.** Estudio observacional, analítico y transversal en 388 gestantes atendidas en el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz entre febrero y diciembre de 2023. Se utilizaron pruebas de Chi cuadrado y regresión logística binaria para estimar razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). **Resultados.** El 40,5% recibió atención prenatal adecuada y el 7,8% atención de calidad. Estar casada se asoció con mayor probabilidad de recibir atención adecuada (RP ajustada=2,49; IC 95%: 1,02–6,11; p=0,045), mientras que tener un hijo vivo la redujo (RP ajustada=0,47; IC 95%: 0,24–0,94; p=0,031). La atención de calidad se asoció a controles realizados en centros de referencia (RP ajustada=2,68; IC 95%: 1,04–6,90; p=0,041) y a ser atendida inicialmente por obstetra (RP ajustada=0,12; IC 95%: 0,03–0,55; p=0,006). **Conclusión.** La cobertura y calidad de la atención prenatal fueron limitadas. Factores individuales (estado civil, paridad) y del sistema (tipo de establecimiento, profesional responsable) influyeron significativamente, lo que resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a reducir inequidades en salud materna.

Palabras clave: Atención prenatal, Calidad de la atención en salud, Factores sociodemográficos, Paridad, Embarazo.

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence of adequate and high-quality prenatal care and to identify associated sociodemographic and obstetric factors among pregnant women attended at a public hospital in Lima during 2023. **Methods.** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted with 388 pregnant women who gave birth at Hospital I Octavio Mongrut Muñoz between February and December 2023. Chi-square tests and binary logistic regression were used to estimate crude and adjusted prevalence ratios (PRs) with 95% confidence intervals (95% CI). **Results.** A total of 40.5% received adequate prenatal care and 7.8% received high-quality care. Being married was positively associated with adequate care (adjusted PR=2.49; 95% CI: 1.02–6.11; p=0.045), while having one living child decreased the probability (adjusted PR=0.47; 95% CI: 0.24–0.94; p=0.031). High-quality care was associated with receiving care at referral centers (adjusted PR=2.68; 95% CI: 1.04–6.90; p=0.041) and being initially attended by a midwife (adjusted PR=0.12; 95% CI: 0.03–0.55; p=0.006). **Conclusion.** Prenatal care coverage and quality were limited. Individual factors (marital status, parity) and system-level factors (type of facility, provider) significantly influenced care, highlighting the need for targeted interventions to reduce maternal health inequities.

Key words: Prenatal Care, Quality of Health Care, Sociodemographic Factors, Parity, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal (APN) constituye una intervención esencial en salud materna, orientada a la detección temprana y el manejo oportuno de condiciones que podrían derivar en complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio⁽¹⁾. Para garantizar su eficacia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un modelo basado en ocho contactos prenatales distribuidos estratégicamente a lo largo de la gestación (a las 12, 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas), con

el objetivo de monitorear de forma continua la salud materno-fetal⁽²⁾. En consonancia con este enfoque, el Ministerio de Salud del Perú ha implementado la Atención Prenatal Reenfocada (APNR), una estrategia que promueve un abordaje integral desde el primer trimestre, con perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad, e incorpora a la familia como parte activa del proceso asistencial⁽³⁾. Como parte de esta estrategia, se ha establecido que toda gestante debe recibir como mínimo seis controles prenatales durante la gestación, y ser evaluada para prevenir o descartar

¹ Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

² Universidad Ricardo Palma

^a Médico Cirujana

^b Estudiante de medicina.

Citar como: Brito-Hijar A, Oriundo-Arbizu D. Atención prenatal adecuada y de calidad en gestantes de un hospital de Lima: prevalencia y factores asociados. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 43-52. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025438>

condiciones como anemia, VIH, sífilis, hipertensión arterial, diabetes, y cáncer de cuello uterino o de mama, con el propósito de evitar complicaciones y favorecer el desarrollo de un embarazo saludable⁽⁴⁾.

En ese sentido, y teniendo en cuenta la importancia de garantizar una atención prenatal adecuada y de calidad en gestantes, se ha observado a nivel mundial que la cobertura de estos servicios sigue siendo limitada⁽⁵⁾. En 2020, aproximadamente 287 000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio, y cerca de tres millones de recién nacidos fallecieron en el mismo periodo⁽⁶⁾. Según datos de la OMS, solo el 64% de las mujeres embarazadas recibe atención prenatal oportuna y adecuada, lo que evidencia brechas significativas en los sistemas de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medios⁽⁷⁾. A ello se suma que, incluso entre mujeres que cumplen con el número recomendado de visitas prenatales, la calidad del contenido brindado puede ser deficiente. Un estudio multinacional reveló que menos del 50% de las gestantes que iniciaron sus controles en el primer trimestre y asistieron a cuatro o más visitas recibieron todos los componentes esenciales de atención recomendados por la OMS⁽⁸⁾.

En América Latina, diversos estudios han documentado barreras persistentes para el acceso a servicios prenatales de calidad, incluso en contextos donde la cobertura básica ha mejorado. Factores como bajo nivel educativo, pobreza, consumo de sustancias, tabaquismo y problemas de salud mental están asociados con una atención insuficiente o inadecuada⁽⁹⁾. Además, en poblaciones migrantes, se han identificado obstáculos lingüísticos y culturales que limitan el acceso efectivo a los controles prenatales⁽⁵⁾. Investigaciones realizadas en Asia, Sudáfrica y América Latina han señalado que la edad materna y el nivel educativo son determinantes claves en la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada⁽¹⁰⁾.

En el Perú, si bien se han logrado avances significativos en la cobertura, persisten desafíos en la calidad de la atención prenatal. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), durante el primer semestre de 2022, el 84,88% de las gestantes accedió a una atención prenatal considerada adecuada⁽⁷⁾. Este progreso ha sido posible gracias a políticas orientadas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como la promoción del parto institucional, el acceso a métodos anticonceptivos y la atención de emergencias obstétricas. Estas estrategias han permitido reducir la mortalidad materna en un 50% en los últimos 20 años⁽¹¹⁾. No obstante, se mantienen inequidades en el acceso y la calidad, especialmente en poblaciones vulnerables del sistema de salud público⁽¹²⁾. Además, un estudio reciente basado en datos de encuestas nacionales reveló que solo el 35% de las mujeres peruanas cumple con los

criterios de una atención prenatal integral, siendo los exámenes clínicos y consejerías los menos cumplidos, con apenas un 42,6% de cobertura⁽¹³⁾.

La evidencia disponible sugiere que factores sociodemográficos y obstétricos, como el estado civil, el nivel educativo, la paridad y el tipo de establecimiento de salud, influyen de manera significativa en la calidad y adecuación de la atención prenatal. Sin embargo, existen vacíos en la literatura respecto a cómo estos factores interactúan específicamente en el contexto peruano, lo cual limita la formulación de políticas públicas basadas en evidencia⁽¹⁰⁾.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de atención prenatal adecuada y de calidad, así como identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados, en gestantes atendidas en un hospital público de Lima durante el año 2023. Esta información busca contribuir a la mejora del diseño e implementación de estrategias en salud materna, con énfasis en reducir las inequidades del sistema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

Estudio cuantitativo, con un diseño observacional, analítico y de corte transversal. Se basa en el análisis de registros médicos con el propósito de evaluar la asociación entre la atención prenatal adecuada y diversos factores sociodemográficos y obstétricos.

La información provino de los registros médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, ubicado en el distrito de San Miguel, Lima. Este hospital forma parte de la Red Prestacional Sabogal del Seguro Social de Salud (EsSalud) y es cabecera de la micro red que incluye el CAP III Metropolitano del Callao y el CAP III Bellavista. El hospital atiende principalmente a pacientes asegurados y sus familiares, y los registros corresponden al período de febrero a diciembre de 2023, incluyendo datos detallados sobre las gestantes atendidas, sus antecedentes gineco-obstétricos, características sociodemográficas y la calidad de la atención prenatal recibida.

Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por 405 gestantes a término atendidas en el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, durante el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2023. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 388 gestantes con información completa sobre las variables de interés. Se excluyeron 17 casos debido a registros clínicos incompletos o no verificables; sin embargo, fue posible recuperar información válida en 26 de los 43 registros inicialmente observados con limitaciones.

El tamaño muestral y su representatividad fueron validados mediante un análisis de potencia estadística utilizando la herramienta OpenEpi. Se consideraron una proporción de gestantes expuestas del 36,9% (n=143) y no expuestas del 63,1% (n=245), con prevalencias del 75% y 17% respectivamente, y un nivel de confianza del 95%. Estas proporciones se basaron en un estudio similar realizado por Aranzábal, A. en el año 2019, lo que respalda la validez metodológica del presente estudio⁽¹⁴⁾.

Variables e instrumentos

La variable dependiente principal fue la atención prenatal adecuada, definida según el número y la oportunidad de los controles prenatales. También se evaluó la atención prenatal de calidad, considerando como adecuado si se realizaba un control completo con las siguientes características: Inicio de atención prenatal menor a 12 semanas de gestación, peso materno, altura uterina, presión arterial, hemograma completo, examen de orina, latidos cardíacos fetales, descartar de sífilis, VIH/SIDA, hepatitis b, orientación sobre alimentación saludable, los derechos de la gestante y lactancia materna.

Las variables independientes incluyeron edad materna (clasificada en grupo de riesgo y sin riesgo), estado civil, nivel educativo, número de gestaciones, número de hijos vivos, distancia al establecimiento donde se realizaron los controles, tipo de establecimiento y profesional que atendió el primer control. Toda la información fue sistematizada para su análisis posterior.

Procedimientos

Las variables del estudio fueron extraídas de historias clínicas físicas y electrónicas, mediante una ficha de recolección de datos diseñada ad hoc. La información fue vaciada en Microsoft Excel, codificada y organizada en una base estructurada, garantizando la calidad y consistencia de los datos antes del análisis.

El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 29. En la fase descriptiva, las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se generaron tablas y gráficos en Microsoft Excel 365 para la visualización de los resultados. Para el análisis bivariado, se aplicó la prueba de Chi cuadrado a fin de identificar asociaciones entre la atención prenatal adecuada y los factores de interés, al tratarse de variables categóricas. En el análisis multivariado, se utilizó un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, adecuado para variables dependientes binarias y múltiples predictores. Se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, para evaluar la fuerza de asociación entre la atención prenatal adecuada y los factores asociados, de forma individual y conjunta.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del INMP y se condujo conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Al tratarse de un análisis retrospectivo de registros médicos, no se requirió consentimiento informado, pero se garantizó la confidencialidad, el anonimato y el manejo responsable de los datos, en cumplimiento con las normativas internacionales de protección de información y los lineamientos éticos para estudios observacionales.

RESULTADOS

De las 388 gestantes atendidas, el 40,5% recibió atención prenatal adecuada, mientras que el 59,5% no la recibió. En cuanto a la calidad de la atención prenatal, el 7,8% accedió a una atención de calidad, y el 92,2% no. Respecto a la edad materna, el 24,0% de las gestantes se encontraban en grupo etario de ≤ 19 o ≥ 35 años, y el 76,0% tenía entre 20 y 34 años. En relación con el estado civil, el 9,0% eran solteras, el 23,7% casadas y el 67,3% reportó otra condición civil. En cuanto al establecimiento donde recibieron atención prenatal, el 53,1% acudió al hospital del parto, el 41,8% a centros de referencia y el 5,2% a otros establecimientos. El 38,1% vivía a más de 3 km del establecimiento de atención prenatal, mientras que el 61,9% residía a 3 km o menos. En relación con el grado de instrucción, el 5,2% tenía primaria, el 41,5% secundaria y el 53,4% nivel superior. El 37,9% de las gestantes eran primigestas y el 62,1% no lo eran. En cuanto al número de hijos vivos, el 51,5% no tenía hijos, el 31,2% tenía uno, y el 17,3% tenía dos o más. Finalmente, el personal de salud que realizó el primer contacto prenatal fue una obstetra en el 68,0% de los casos, y un médico en el 32,0% (Tabla 1).

En relación con la atención prenatal adecuada, se encontró una diferencia según el estado civil: el 52,2% de las gestantes casadas recibió atención adecuada, en contraste con el 28,6% de las solteras y el 37,9% de las que reportaron otro estado civil (valor de $p=0,018$). También se observaron diferencias en función del número de hijos vivos: el 47,5% de las gestantes sin hijos recibió atención adecuada, frente al 31,4% de aquellas con un hijo y al 35,8% de las que tenían dos o más (valor de $p=0,012$).

Respecto a la atención prenatal de calidad, se evidenció una diferencia según el personal del primer contacto: el 10,6% de las gestantes atendidas por obstetra accedió a atención de calidad, en comparación con el 1,6% de las atendidas por médico (valor de $p=0,002$) (Tabla 2).

En el análisis multivariado, el estado civil y el número de hijos vivos se asociaron con la atención prenatal adecuada. Las gestantes casadas presentaron una mayor prevalencia de atención prenatal adecuada en comparación con las solteras (RP ajustado: 2,49; IC 95%: 1,02–6,11; valor de $p=0,045$). Por otro lado, las gestantes con un hijo mostraron una menor prevalencia de atención adecuada

Tabla 1. Características de atención y personales de las gestantes atendidas en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	n (%)
Atención prenatal adecuada	
Sí	157 (40,5)
No	231 (59,5)
Atención prenatal de calidad	
Sí	30 (7,8)
No	357 (92,2)
Edad materna	
≤19 o ≥35 años	93 (24,0)
20-34 años	295 (76,0)
Estado civil	
Soltera	35 (9,0)
Casada	92 (23,7)
Otros	261 (67,3)
Establecimiento de atención prenatal	
Hospital del parto	206 (53,1)
Centros de referencia	162 (41,8)
Otros establecimientos	20 (5,2)
Distancia al establecimiento de APN	
Más de 3 km	148 (38,1)
3 km o menos	240 (61,9)
Grado de instrucción	
Primaria	20 (5,2)
Secundaria	161 (41,5)
Superior	207 (53,4)
Primigesta	
Sí	147 (37,9)
No	241 (62,1)
Número de hijos vivos	
0 hijos	200 (51,5)
1 hijo	121 (31,2)
2 o más hijos	67 (17,3)
Personal del primer contacto prenatal	
Obstetra	263 (68,0)
Médico	124 (32,0)

APN: Atención prenatal

en comparación con aquellas sin hijos (RP ajustado: 0,47; IC 95%: 0,24–0,94; valor de $p=0,031$) (Tabla 3).

En el análisis de los factores asociados a la atención prenatal de calidad, las gestantes atendidas en centros de referencia presentaron una mayor prevalencia de atención de calidad en comparación con aquellas atendidas en el hospital del parto, tanto en el análisis crudo (RP: 2,23; IC 95%: 1,02–4,87; valor de $p = 0,044$) como en el análisis ajustado (RP: 2,68; IC 95%: 1,04–6,90; valor de $p=0,041$). Respecto al estado civil, las gestantes casadas mostraron una menor prevalencia de atención de calidad

en comparación con las solteras, con una RP ajustada de 0,21 (IC 95%: 0,04–1,13; valor de $p = 0,070$). En cuanto al número de hijos vivos, las gestantes con dos o más hijos presentaron una RP ajustada de 4,08 (IC 95%: 0,94–17,64; valor de $p=0,060$) en comparación con aquellas sin hijos vivos. Finalmente, en relación con el personal del primer contacto prenatal, las gestantes atendidas por médico presentaron una menor prevalencia de atención de calidad en comparación con las atendidas por obstetra, tanto en el análisis crudo (RP: 0,14; IC95 %: 0,03–0,59; valor de $p=0,007$) como en el ajustado (RP: 0,12; IC 95%: 0,03–0,55; valor de $p=0,006$).

Tabla 2. Análisis bivariado de las características de las gestantes según atención prenatal y calidad de atención en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	Adecuado (%)	Inadecuado (%)	Valor de p ¹	Calidad (%)	No calidad (%)	Valor de p ²
Edad materna			0,379			0,953
≤19 o ≥35 años	36,6	63,4		7,6	92,4	
20-34 años	41,7	58,3		7,8	92,2	
Estado civil			0,018			0,176
Soltera	28,6	71,4		12,9	87,1	
Casada	52,2	47,8		3,5	96,5	
Otros	37,9	62,1		8,5	91,5	
Establecimiento de APN			0,382			0,104
Hospital del parto	40,3	59,7		5,3	94,7	
Centros de referencia	38,9	61,1		11,2	88,8	
Otros establecimientos	55,0	45,0		5,0	95,0	
Distancia al establecimiento de APN			0,298			0,853
Más de 3 km	37,2	62,8		7,4	92,6	
3 km o menos	42,5	57,5		7,9	92,1	
Grado de instrucción			0,349			0,217
Primaria	25,0	75,0		5,0	95,0	
Secundaria	41,0	59,0		10,6	89,4	
Superior	41,5	58,5		5,8	94,2	
Primigesta			0,069			0,901
Sí	46,3	53,7		7,5	92,5	
No	36,9	63,1		7,9	92,1	
Número de hijos vivos			0,012			0,148
0 hijos	47,5	52,5		7,0	93,0	
1 hijo	31,4	68,6		5,8	94,2	
2 o más hijos	35,8	64,2		13,4	86,6	
Personal del primer contacto prenatal			0,946			0,002
Obstetra	40,7	59,3		10,6	89,4	
Médico	40,3	59,7		1,6	98,4	

p¹: Valor de p para atención prenatal adecuada. p²: Valor de p para calidad de atención

Tabla 3. Factores personales y clínicos asociadas a la atención prenatal adecuada en gestantes atendidas en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	RP crudo (IC95%)	Valor de p ¹	RP ajustado (IC95%)	Valor de p ²
Edad materna				
En riesgo (≤ 19 o ≥ 35 años)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sin riesgo (20–34 años)	1,24 (0,77–2,01)	0,379	1,00 (0,58–1,72)	0,989
Estado civil				
Soltera	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casada	2,73 (1,18–6,32)	0,019	2,49 (1,02–6,11)	0,045
Otros	1,53 (0,70–3,32)	0,284	1,36 (0,59–3,15)	0,468
Establecimiento de APN				
Hospital del parto	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Centros de referencia	0,94 (0,62–1,44)	0,785	0,67 (0,40–1,11)	0,117
Otros establecimientos	1,81 (0,72–4,56)	0,208	1,76 (0,66–4,72)	0,258
Distancia al establecimiento de APN				
Más de 3 km	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
3 km o menos	1,25 (0,82–1,90)	0,298	1,59 (0,96–2,66)	0,074
Grado de instrucción				
Superior	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secundaria	0,98 (0,64–1,49)	0,915	1,02 (0,65–1,59)	0,930
Primaria	0,47 (0,16–1,34)	0,157	0,60 (0,20–1,77)	0,355
Primigesta				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,47 (0,97–2,23)	0,070	0,92 (0,48–1,76)	0,791
Número de hijos vivos				
0 hijos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1 hijo	0,51 (0,32–0,81)	0,005	0,47 (0,24–0,94)	0,031
2 o más hijos	0,62 (0,35–1,09)	0,097	0,62 (0,28–1,37)	0,237
Personal del primer contacto prenatal				
Obstetra	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Médico	0,99 (0,64–1,52)	0,946	1,06 (0,67–1,67)	0,791

p¹: Valor de p para atención prenatal adecuada. p²: Valor de p para calidad de atención

Tabla 4. Factores personales y clínicos asociadas a la atención prenatal de calidad en gestantes atendidas en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	RP crudo (IC95%)	Valor de p ¹	RP ajustado (IC95%)	Valor de p ²
Edad materna				
En riesgo (≤ 19 o ≥ 35 años)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sin riesgo (20–34 años)	1,24 (0,77–2,01)	0,379	1,00 (0,58–1,72)	0,989
Estado civil				
Soltera	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casada	2,73 (1,18–6,32)	0,019	2,49 (1,02–6,11)	0,045
Otros	1,53 (0,70–3,32)	0,284	1,36 (0,59–3,15)	0,468
Establecimiento de APN				
Hospital del parto	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Centros de referencia	0,94 (0,62–1,44)	0,785	0,67 (0,40–1,11)	0,117
Otros establecimientos	1,81 (0,72–4,56)	0,208	1,76 (0,66–4,72)	0,258
Distancia al establecimiento de APN				
Más de 3 km	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
3 km o menos	1,25 (0,82–1,90)	0,298	1,59 (0,96–2,66)	0,074
Grado de instrucción				
Superior	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secundaria	0,98 (0,64–1,49)	0,915	1,02 (0,65–1,59)	0,930
Primaria	0,47 (0,16–1,34)	0,157	0,60 (0,20–1,77)	0,355
Primigesta				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,47 (0,97–2,23)	0,070	0,92 (0,48–1,76)	0,791
Número de hijos vivos				
0 hijos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1 hijo	0,51 (0,32–0,81)	0,005	0,47 (0,24–0,94)	0,031
2 o más hijos	0,62 (0,35–1,09)	0,097	0,62 (0,28–1,37)	0,237
Personal del primer contacto prenatal				
Obstetra	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Médico	0,99 (0,64–1,52)	0,946	1,06 (0,67–1,67)	0,791

p¹: Valor de p para atención prenatal adecuada. p²: Valor de p para calidad de atención

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian que el estado civil casado se asoció significativamente con una mayor prevalencia de atención prenatal adecuada, lo que posiciona a esta variable como un posible factor protector en el contexto estudiado. Esta asociación coincide con lo reportado por Morón-Duarte et al., quienes identificaron una mayor prevalencia de APN de calidad en mujeres con pareja (29,2%) frente a aquellas sin pareja (19,8%; $p < 0,001$)⁽¹⁵⁾. Asimismo, Timoteo et al. evidenciaron que las gestantes solteras presentaban un riesgo 48% mayor de abandono del control prenatal (OR: 1,48; IC 95%: 1,16–1,88)⁽¹⁶⁾. En conjunto, estos resultados sugieren que el acompañamiento de una pareja estable puede ofrecer un soporte emocional y logístico que favorece tanto el acceso como la continuidad del cuidado prenatal. Además, este apoyo podría influir positivamente en la percepción del riesgo gestacional y en la priorización del autocuidado. Esta relación también ha sido observada en otras regiones del país; por ejemplo, en Ica, la ausencia de pareja se asoció con un mayor riesgo de mortalidad materna, particularmente cuando coexistían antecedentes de anemia y retrasos en la atención obstétrica, lo que pone en evidencia la vulnerabilidad adicional de las gestantes sin soporte conyugal⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, se encontró que las gestantes nulíparas presentaron mayor prevalencia de APN adecuada en comparación con aquellas que tenían al menos un hijo vivo. Este hallazgo difiere de lo observado por Richard et al., quienes identificaron una asociación inversa en población vulnerable (OR: 1,63; IC 95%: 1,06–2,53)⁽¹⁸⁾, pero se alinea con estudios como el de Nussey et al., donde la multigravidez fue un predictor de APN inadecuada (RR: 1,75; IC 95%: 1,23–2,48)⁽⁴⁾. Estas inconsistencias podrían explicarse por factores contextuales complejos, incluyendo la experiencia obstétrica previa, una menor autopercepción de riesgo en multíparas, barreras prácticas relacionadas con el cuidado de otros hijos y una menor disposición a priorizar la atención médica durante embarazos posteriores. Dichas variables, aunque no cuantificadas en este estudio, podrían operar como moduladores de la adherencia al esquema prenatal, y deberían ser incorporadas en futuros modelos explicativos.

En el caso de la atención prenatal de calidad, se evidenció una mayor prevalencia en mujeres que realizaron la mayoría de sus controles en centros de salud referidores, en comparación con aquellas atendidas directamente en el hospital. Este resultado podría parecer contraintuitivo considerando la mayor capacidad resolutoria del segundo nivel; sin embargo, puede explicarse por una captación más temprana y protocolizada en el primer nivel de atención, donde se prioriza el cumplimiento de los componentes

básicos de calidad recomendados por la OMS. Aunque estudios como los de Arsenault et al. no abordan específicamente esta variable, sí documentan disparidades sustanciales en la calidad de la APN entre regiones y niveles de atención, con una prevalencia global de 72,9 % de atención de calidad, a pesar de una cobertura de contactos del 89,7 %⁽¹⁹⁾. En el contexto peruano, Enríquez encontró que solo el 70 % de gestantes recibió atención prenatal de calidad en 2019, con marcadas brechas según el nivel educativo y el área de residencia⁽¹²⁾. Estos datos refuerzan la hipótesis de que la calidad no se garantiza únicamente por la presencia de mayor infraestructura o especialistas, sino por la oportunidad, continuidad y enfoque integral de la atención.

Además, el presente estudio halló que haber sido atendida por una obstetriz en el primer contacto prenatal se asoció positivamente con la prevalencia de atención de calidad, lo cual introduce una reflexión crítica sobre la organización del recurso humano en salud. Aunque la OMS recomienda que el primer contacto sea dirigido por un médico, también reconoce la eficacia del personal no médico capacitado, especialmente en contextos con escasa disponibilidad de especialistas. Este hallazgo es respaldado por Till et al., quienes reportaron un incremento en la prevalencia de controles adecuados (RR: 1,18; IC 95%: 1,01–1,38) y de intervenciones esenciales (DM: 5,84 ítems; IC 95%: 1,88–9,80) en gestantes atendidas por profesionales distintos al médico⁽²⁰⁾. Desde una perspectiva operacional, la atención brindada por obstetrices podría caracterizarse por una mayor adherencia a guías técnicas, mejor continuidad del cuidado y una relación más cercana con la paciente, lo cual se traduce en una mejor cobertura de los componentes críticos de calidad.

En ese mismo sentido, los hallazgos del presente estudio también evidencian que solo el 7,8% de las gestantes recibió atención prenatal de calidad, a pesar de que el 40,5% cumplió con el número y oportunidad de controles. Esta brecha sugiere que no basta con la cobertura para garantizar una atención efectiva, lo que concuerda con el análisis de Carvajal-Aguirre et al., quienes reportaron que menos de la mitad de las mujeres que asisten a cuatro o más controles accede a todos los componentes clínicos esenciales recomendados, como medición de presión arterial, análisis de laboratorio y consejería⁽²¹⁾. Asimismo, nuestros hallazgos muestran que la atención brindada por obstetrices se asoció con una mayor prevalencia de atención de calidad en comparación con médicos (10,6% vs. 1,6%), lo cual podría explicarse por un enfoque más sistemático y centrado en la gestante, en línea con lo planteado por Jimeno-Orozco et al., quienes destacan que la atención humanizada, basada en el reconocimiento de las necesidades individuales

y los derechos de la mujer, contribuye a mejorar tanto la adherencia al control prenatal como la experiencia asistencial⁽²²⁾.

Cabe destacar que variables frecuentemente citadas en la literatura, como edad materna, nivel educativo o distancia geográfica, no mostraron asociación significativa con la prevalencia de APN adecuada o de calidad en el presente análisis. Este resultado coincide parcialmente con lo reportado por Enríquez⁽¹²⁾ y Palacios⁽²³⁾, aunque contradice hallazgos de Dickson et al., quienes documentaron una mayor prevalencia de APN de calidad en mujeres con educación formal (AOR:1,62; IC 95%:1,30–2,03) y una reducción significativa en áreas rurales (AOR:0,53; IC 95%:0,42–0,68)⁽²⁴⁾. De forma similar, estudios realizados en países del África subsahariana por Andegiorgish et al. también evidenciaron la influencia significativa del nivel educativo, la paridad y el acceso a medios de comunicación sobre la asistencia a controles prenatales adecuados⁽²⁵⁾. La falta de asociación observada en este estudio podría explicarse por la homogeneidad de la muestra urbana, lo cual limita la variabilidad en estas características, o por la ausencia de variables no medidas, como el nivel de alfabetización en salud, la percepción subjetiva de la calidad de atención o el acceso a redes de apoyo comunitario.

La principal limitación radica en el uso de datos secundarios provenientes de registros clínicos, lo que pudo afectar la completitud y precisión de algunas variables, además de limitar la inclusión de dimensiones cualitativas del cuidado.

CONCLUSIONES

La cobertura de atención prenatal adecuada en la población estudiada fue limitada, alcanzando solo al 40,5 %, mientras que la atención de calidad fue aún más reducida, con una prevalencia del 7,8%. Se identificó que el estado civil casado y la nuliparidad se asociaron de forma significativa con una mayor probabilidad de recibir atención prenatal adecuada, mientras que la calidad de la atención mostró una asociación positiva con la realización de controles en centros de salud referidos y con el haber sido atendida por una obstetra en el primer contacto prenatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2023 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Programas Presupuestales I Semestre 2022 [Internet]. 2022 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Programas_Presupuestales_I_Semestre_2022.pdf
3. Maternidad Materna. Maternas tardías: muerte materna directa e indirecta ocurrida después de los 42 días de culminada la gestación, pero hasta antes del año [Internet]. [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://temasdesalud.cl/tema-de-salud/muerte-materna-debida-a-cualquier-causa-obstetrica-que-ocurre-despues-de-42-dias-pero-antes-de-un-ano-del-parto/>
4. Nussey L, Hunter A, Krueger S, Malhi R, Giglia L, Seigel S, et al. Sociodemographic characteristics and clinical outcomes of people receiving inadequate prenatal care: a retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(5):591–600. doi:10.1016/j.jogc.2019.08.005.
5. Eslier M, Deneux-Tharoux C, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, Estellat C, et al. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *Eur J Public Health.* 2023;33(3):403–10. doi:10.1093/eurpub/ckad078.
6. Tocchioni V, Seghieri C, De Santis G, Nuti S. Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(8):594–601. doi:10.1093/intqhc/mzy078.
7. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. Determinants of prenatal care use: evidence from 32 low-income countries across Asia, Sub-Saharan Africa and Latin America. *Health Policy Plan.* 2014;29(5):589–602. doi:10.1093/heapol/czt045.
8. Benova L, Tunçalp Ö, Moran AC, Campbell OMR. Not just a number: examining coverage and content of antenatal care in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018 [citado el 20 de marzo del 2025];3(2):e000779. doi:10.1136/bmjgh-2018-000779.
9. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 1138-2019/MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2019 [citado el 20 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/368520-1138-2019-minsa>
10. Dioses Fernández DL, Corzo Sosa CA, Zarate García JJ, Vizcarra Gonzales VA, Zapata Maza NG, Arredondo-Nontol M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horiz Méd Lima.* 2023;23(4):e2252. doi:10.24265/

- horizmed.2023.v23n4.12.
11. Hajizadeh S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Farzadfar F. Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *J Midwifery Reprod Health*. 2016;4(1):544–57. doi:10.22038/jmrh.2016.6431.
 12. Enríquez Canto Y. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:e47. doi:10.26633/RPSP.2022.47.
 13. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and determinants of adequate compliance with antenatal care in Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(6):442–51. doi:10.1055/s-0041-1732463.
 14. Espinola-Sánchez M, Campaña-Acuña A, Urrunaga-Pastor D, Maguiña JL, Jumba M, Ugarte-Ubillus O. Impact of comprehensive health insurance affiliation on mortality in children under one year: an analysis of the Demographic and Health Survey 2010–2022 in Peru. *Front Public Health* [Internet]. 2025 [citado el 20 de marzo del 2025];12:1405244. doi:10.3389/fpubh.2024.1405244.
 15. Morón-Duarte LS, Varela AR, Bertoldi AD, Domingues MR, Wehrmeister FC, Silveira MF. Quality of antenatal care and its sociodemographic determinants: results of the 2015 Pelotas birth cohort, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1070. doi:10.1186/s12913-021-07053-4.
 16. Timoteo-Barrantes PG, Castillo-Velarde E. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2023;8(2):o1–6. doi:10.47784/rismf.2023.8.2.268.
 17. Ybaseta-Medina J, Ybaseta-Soto M, Oscco-Torres O, Aquije-Paredes C, Vera-Cáceres C. Factors associated with maternal mortality in Ica, Peru: a matched case-control study. *Medwave*. 2024;24(11):e2961. doi:10.5867/medwave.2024.11.2961.
 18. Richard E, Vuillemoz C, Lioret S, Berrocal RR, Guyavarch E, Lambert Y, et al. Social determinants of inadequate prenatal care utilization in sheltered homeless mothers in the Greater Paris area in France. *Front Public Health*. 2023;11:1080594. doi:10.3389/fpubh.2023.1080594.
 19. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1186–95. doi:10.1016/S2214-109X(18)30389-9.
 20. Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD009916. doi:10.1002/14651858.CD009916.pub2.
 21. Carvajal-Aguirre L, Vaz LM, Singh K, Sitrin D, Moran AC, Khan SM, et al. Measuring coverage of essential maternal and newborn care interventions: an unfinished agenda. *J Glob Health*. 2017;7(2):020101. doi:10.7189/jogh.07.020101.
 22. Jimeno-Orozco JA, Prieto Rojas S, Lafaurie Villamil MM. Atención prenatal humanizada en América Latina: un estado del arte. *Rev Fac Cienc Médicas*. 2022;79(2):205–9. doi:10.31053/1853.0605.v79.n2.32720.
 23. Palacios Caminada RV. Factores asociados a inadecuado control prenatal y su impacto en la morbilidad materno-perinatal en puérperas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo octubre-diciembre 2019 [Tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4256>
 24. Dickson KE, Simen-Kapeu A, Kinney MV, Huicho L, Vesel L, Lackritz E, et al. Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. *Lancet Lond Engl*. 2014;384(9941):438–54. doi:10.1016/S0140-6736(14)60582-1
 25. Andegiorgish AK, Elhoumed M, Qi Q, Zhu Z, Zeng L. Determinants of antenatal care use in nine sub-Saharan African countries: a statistical analysis of cross-sectional data from Demographic and Health Surveys. *BMJ Open*. 2022;12(2): e051675. doi:10.1136/bmjopen-2021-051675.

CORRESPONDENCIA

Andrea Denise Brito Hajar
 Dirección: Jr. Luis Agurto 104 - Urb Elio, Lima
 Teléfono: (+51) 991429299
 Correo electrónico: andebrihi@gmail.com