ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA DE GESTIÓN EN SALUD

Tesis

Tipo de establecimiento de salud asociado al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Perú, 2022

Para optar el Grado Académico de

Maestro de Gestión en Salud

Presentado por:

Autora: Morante Roca, Abigail Ingrid

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0008-0574-1752

Asesor: Mg. Arellano Sacramento, Cesar

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5958-8118

Lima – Perú

2025

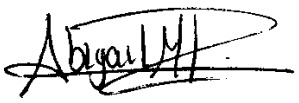
Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Morante Roca Abigail Ingrid Egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis "Tipo de establecimiento de salud asociado al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Perú, 2022" Asesorado por el docente: Mg. Arellano Sacramento Cesar Con DNI 40294542 Con ORCID https://orcid.org/0000-0001-5958-8118 tiene un índice de similitud de (19) (DIECINUEVE)% con código oid: 14912:507629980 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

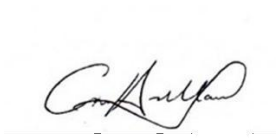
Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:



……
Firma de autor 1
Abigail Ingrid Morante Roca
DNI: 72188132



……
Firma
Cesar Arellano Sacramento
DNI: 40294542

Lima, 3 de octubre de 2025

Dedicatoria

A dios que siempre me acompaña dándome fuerzas y por permitirme llegar hasta estos momentos.

Al amor de vida mi hija Valeshka, por ser mi motivo de inspiración y fortaleza de no rendirme en el intento.

A mis padres, por su apoyo incondicional en momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para salir adelante.

Agradecimiento

A la universidad Norbert Wiener, gracias por las enseñanzas y por haberme formado una maestra de Gestión en Salud.

A mi asesor Mg. Arellano Sacramento Cesar gracias por compartir su valioso tiempo, dedicación, y su apoyo continuo en la investigación.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria 2
Agradecimiento 3
Resumen (español) 8
Abstract (inglés) 9
Introducción 10
CAPITULO I: EL PROBLEMA 11
1.1 Planteamiento del problema 11
1.2 Formulación del problema 13
1.2.1 Problema general 13
1.2.2 Problemas específicos 13
1.3 Objetivos de la investigación 14
1.3.1 Objetivo general 14
1.3.2 Objetivos específicos 14
1.4 Justificación de la investigación 14
1.4.1 Teórica 14
1.4.2 Metodológica 15
1.4.3 Práctica 15
1.5 Limitaciones de la investigación 16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 17
2.1 Antecedentes de la investigación 17
2.2 Bases teóricas 25
2.2.1 Fundamentación teórico científico 25
2.2.2. Teorías científicas 25
2.2.2. La atención prenatal 27
2.2.3. Objetivos del control prenatal 28
2.2.4. Características del control prenatal 29

2.2.5. Generalidades del primer control prenatal 30
2.2.6. Acciones Periódicas del Control Prenatal 31
2.2.7. Factores de riesgo 33
2.2.8. Gestante controlada 33
2.2.9. Abandono del control prenatal 34
2.3 Formulación de hipótesis 35
2.3.1 Hipótesis general 35
2.3.2 Hipótesis específicas 35
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 36
3.1. Método de investigación 36
3.2. Enfoque investigativo 36
3.3. Tipo de investigación 37
3.4. Diseño de la investigación 37
3.5. Población, muestra y muestreo 37
3.6. Variables y operacionalización 42
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 46
3.7.1. Técnica 46
3.7.2. Descripción 46
3.7.3. Validación 46
3.7.4. Confiabilidad 46
3.8. Procesamiento y análisis de datos 46
3.9. Aspectos éticos 47
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 48
4.1 Resultados 48
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados 48
Tabla n. 1 distribución de frecuencias de las variables abandono 48
Tabla n. 2 distribución de frecuencias de los factores 49

4.1.2. Prueba de hipótesis.....51

Tabla n. 3. Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022 52
Tabla n. 4. Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico. 56
Tabla n. 5. Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico 60
Tabla n. 6. *Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico* 63

4.1.3. Discusión de resultados.....66

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....75
5.1 Conclusiones 75
5.2 Recomendaciones 76
REFERENCIAS.....79
ANEXOS 86
Anexo1: Matriz de consistencia.....86
Anexo 2: Instrumentos.....88
Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética.....91
Anexo 4: Reporte de similitud de Turnitin.....94

Tabla n. 1 *distribución de frecuencias de las variables abandono*.....488
Tabla n. 2 distribución de frecuencias de los factores……..49

Tabla n. 3. A*nálisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022* 52
Tabla n. 4. *Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico*. 56

Tabla n. 5. *Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico* 60
Tabla n. 6. *Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico* 63

Resumen (español)

Objetivo: Determinar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022. **Materiales y método**: Enfoque hipotético-deductivo, cuantitativo, aplicada, correlacional, no experimental, transversal de análisis multivariado utilizando razón de proporciones (Poisson de varianza robusta) mediante el uso de base de datos secundaria en una población de mujeres entre 15 a 49 años del ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, según ENDES 2022. La muestra fue de 2676 después de aplicar criterios de inclusión y exclusión. La variable de interés fue abandono del control prenatal (si/no). La variable independiente principal: tipo de establecimiento de salud (Privada/ESSALUD/ MINSA). Considerándose co-variables quienes resultaron significativas en el contraste de hipótesis específicas con la variable tipo de establecimiento de salud y los factores (sociodemográfico, económico, obstétrico). **Resultados**: El 7,8% de las encuestadas abandono del control prenatal. Se encontró significancia con el tipo de establecimiento de salud, la región, los meses de embarazo en la última revisión prenatal y el momento del primer control prenatal; siendo las tres primeras de menor riesgo y la última de mayor riesgo al abandono del control prenatal. **Conclusión:** Se encontró significancia en las dimensiones sociodemográfico, económico, obstétrico.

Palabras clave: Atención Prenatal, Mujeres, Hospitales. (DeSC)

Abstract **(inglés)**

Objective: To determine the association between the type of health facility and the abandonment of prenatal care among pregnant women treated in Peru in 2022. **Materials and methods:** A hypothetico-deductive, quantitative, applied, correlational, non-experimental, cross-sectional multivariate analysis using the ratio of proportions (robust variance Poisson) using a secondary database in a population of women aged 15 to 49 years nationwide, in urban and rural areas, in the country's 24 departments and in the Constitutional Province of Callao, according to the 2022 ENDES (National Health Administration of Peru). The sample consisted of 2,676 women after applying inclusion and exclusion criteria. The variable of interest was abandonment of prenatal care (yes/no). The main independent variable was the type of health facility (Private/ESSALUD/MINSA). Covariates were considered to be those that were significant in the contrast of specific hypotheses with the variable type of health facility and the factors (sociodemographic, economic, obstetric). **Results:** 7.8% of respondents discontinued prenatal care. Significance was found with the type of health facility, region, months of pregnancy at the last prenatal checkup, and time of the first prenatal care; the first three variables were associated with the lowest risk and the last with the highest risk for discontinuing prenatal care. **Conclusion:** Significance was found in the sociodemographic, economic, and obstetric dimensions.

Key words: Prenatal Care, Women, Hospitals (DeSC)

Introducción

En el capítulo I, se relata el problema, se expone la situación problemática, se establecen los problemas y los objetivos, tanto general como específicos, junto con la justificación teórica, metodológica y práctica, finalmente se detalla las limitaciones del estudio, siendo la principal limitación el acceso limitado a la información por ser un estudio de ENDES.

En el capítulo II, se describe 5 antecedentes nacionales y 5 internacionales, las bases teóricas que están enfocadas con la variable de estudio, se formula la hipótesis general y especifica.

En el capítulo III, se menciona que el estudio es de alcance correlacional, cuantitativo y no experimental de tipo transversal, se describe que se utilizó una base secundaria ENDES 2022 con una muestra final de 2676 en base a los criterios de inclusión y exclusión. El estudio no aplica validación ni confiabilidad ya que se utilizó una ficha de recolección de datos. Además, el estudio fue evaluado y aprobado por el comité de ética.

En el capítulo IV, se presentan los resultados, incluyendo el análisis descriptivo y la prueba de hipótesis., Además, en la discusión se comparan las frecuencias de las razones halladas en la literatura con las obtenidas en el estudio.

En el capítulo V, se exponen de manera clara las conclusiones de la investigación en base a los objetivos del mismo, se detalla las recomendaciones destacando medidas para reducir el abandono del control prenatal y fomentar una mejor gestión en los establecimientos de salud.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La atención prenatal involucra las intervenciones de atención proporcionadas en instituciones de salud o durante visitas programadas en el hogar con profesionales de la salud y la mujer embarazada. Su objetivo es supervisar el embarazo para asegurar un parto adecuado, así como un puerperio saludable y el nacimiento de un bebé en buen estado. Además, se busca identificar de manera oportuna posibles complicaciones durante el embarazo, permitiendo la aplicación de tratamientos eficaces a la gestante. Las atenciones prenatales son de suma importancia para la gestante ya que mediante ello podemos reducir la morbimortalidad materna (1)(2), según el Ministerio de Salud (MINSA), nos menciona que los controles deben ser de manera periódica, precoz y eficaz, por consiguiente, una gestante debe tener como minino seis controles prenatales durante su gestación (3).

Pero, a pesar de los beneficios que proporciona el control prenatal, las gestantes optan por dejar de asistir a los controles, lo cual constituye un problema culminante que pone en riesgo tanto su salud como la del feto. Es por ello que se busca concientizar a las mujeres embarazadas sobre

la gran importancia de los controles prenatales y así impedimos el abandono y la prevención a posibles dificultades que se pueden dar en el tiempo del embarazo (4).

A nivel global, únicamente el 64% de las mujeres reciben atención prenatal en cuatro o más ocasiones durante su embarazo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2018, aproximadamente 303 000 mujeres perdieron la vida debido a causas relacionadas con el embarazo. Además, 2.7 millones de recién nacidos fallecieron en los primeros 28 días de vida, y la cifra de mortinatos alcanzó los 2.6 millones. Es por ello que es de suma importancia que las gestantes acudan a sus atenciones prenatales para prevenir estas muertes (5).

El ministerio de salud (MINSA) en el 2018, asevera que se logró un gran avance en la reducción de la muerte materna de 385 por cada 100 000 nacidos vivos, concerniendo a una reducción del 43,9%, sin embargo, la meta planteada en el objetivo de desarrollo del milenio es reducir un 75%; si bien es cierto es notorio que está descendiendo, pero no podemos bajar la guardia al contrario debemos seguir incentivando a las gestantes los beneficios del control prenatal (6)(7).

Sin embargo según el "Centro Nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades – MINSA" nos menciona que en el año 2020 hubo un acrecentamiento de la mortalidad materna de 302 que se registró en el 2019 a 439 en el año 2020, siendo un incremento de 137 muertes maternas, no obstante en el año 2021 siguió incrementando a 54 muertes maternas, esto fue debido a la interrupción de las atenciones prenatales y la falta de personal de salud, pero en el año 2022 hubo un descenso notorio registrándose solo 291 muertes maternas, por ultimo hasta el momento se ha registrado 73 muertes maternas (8).

Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), en el año 2019 nos menciona que las damas entre los 15 a 49 años de edad, las atenciones prenatales fueron realizados por un profesional calificado siendo un 98.2 %, a diferencia de los últimos 5 años, se ve que el número de gestantes que han sido atendidas por profesionales calificados aumentó en un 1.3%. Podemos decir que al transcurrir los años el número de gestantes atendidas por un profesional calificado está en aumento, siendo beneficioso para la salud de la gestante (9).

Determinar la asociación entre el abandono del control prenatal y el tipo de establecimiento de salud permite optimizar la gestión de dichos establecimientos, con el objetivo de incrementar la cobertura de gestantes adecuadamente controladas. En este sentido, es fundamental que los profesionales de la salud promuevan activamente la atención prenatal, motivando a las gestantes a asistir de manera periódica a sus controles. Así, las y los obstetras podrán fomentar un control prenatal precoz, integral y centrado en las necesidades de la gestante, lo que repercutirá positivamente en la salud materna y del recién nacido. En consecuencia, esto contribuirá a la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. (10).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico?
- ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico?
- ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico.
- Identificar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico.
- Identificar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El control prenatal resulta esencial para todas las mujeres gestantes, y de acuerdo con el "Código de Ética y Deontología Profesional" y la "Ley General de Salud LEY N.º 26842", se subraya el derecho de las personas a decidir, seleccionar y demandar la atención médica correspondiente. Asimismo, las obstetras se comprometen a preservar el respeto e interés por la vida desde la concepción y a salvaguardar la salud de la madre gestante. A pesar de la normativa que actúa como un marco teórico respecto a cómo debe funcionar la atención prenatal, no se ha identificado como los aspectos institucionales como los sistemas de salud pueden impactar en que una gestante abandone su control prenatal, siendo así que este estudio complementará la información disponible hasta la actualidad.

1.4.2 Metodológica

Desde una perspectiva metodológica, la razón fundamental de este proyecto de investigación reside en el propósito de determinar el porcentaje de abandono según el nivel de atención de las instituciones. Se adopta un enfoque cuantitativo y aplicativo, ya que implica el análisis de datos estadísticos. Además, se configura como un estudio de tipo transversal, lo que posibilita la exploración de la relación entre los niveles de atención de las instituciones y la renuncia al control prenatal en mujeres embarazadas atendidas en Perú durante el año 2022. A diferencia de los estudios previos, esta investigación propone un análisis estratificado por sistema de salud, lo cual permitirá obtener información específica respecto a cómo impactan estos sistemas en el control prenatal, además de considerar una base de datos poblacional que permita obtener resultados inferibles a todo el Perú.

1.4.3 Práctica

Es de vital importancia comprender los alcances de esta investigación, ya que proporcionará información sobre los índices de abandono de acuerdo con los tipos de atención en las instituciones. Estos abandonos obstaculizan la continuidad de la atención prenatal para las madres gestantes. Identificar estos factores permitirá mejorar los servicios de salud y la gestión de calidad de las instituciones en Perú, garantizando un desarrollo adecuado del feto y una buena calidad de vida para la madre. Como resultado, se podrán proponer estrategias de mejora para reducir estos factores que ponen en riesgo la salud de la gestante y del feto. Además, mi estudio va a permitir al MINSA supervisar que de diferente tienen los sistemas de salud con menor abandono para captar las buenas prácticas y con ello se podrían modificar las actuales normativas para brindar la mejor atención de forma transversal en todos los sistemas de salud con la finalidad de que la gestante acuda más a su control y se generen todos los beneficios propios de cumplir la atención prenatal.

1.5 Limitaciones de la investigación

Los estudios de encuestas tipo ENDES son transversales y no pueden dar información sobre seguimiento. Asimismo, este estudio es creado para un objetivo general distinto a ENDES.

No se considera establecimiento como fuerzas armadas, policía nacional u otros, debido a poca frecuencia de datos.

Se consideró gestantes que hayan tenido al menos un control en el primer trimestre, ya que no sería considerado un abandono para el estudio.

Se consideró a gestantes que hayan mencionado asistir a solo un establecimiento de salud.

No se consideró a menores de 15 años debido a la baja frecuencia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Ghosh R, et al (11) (2024) "examinar los factores de riesgo sociodemográficos y las barreras estructurales asociadas con la búsqueda de atención médica durante el embarazo y el parto institucional e investigar la influencia de la distancia residencial al centro de salud primaria más cercano en una población rural de Malí". Análisis secundario siendo una encuesta a 8575 mujeres malienses entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 5 años anteriores a la encuesta. Estudiaron mujeres que recibieron atención prenatal y parto institucional; número total de visitas de atención prenatal; cuatro o más visitas de atención prenatal; primera visita de atención prenatal en el primer trimestre. Las variables independientes fueron factores de riesgo sociodemográficos y barreras estructurales para la atención, como etnia, el nivel educativo, ocupación (ama de casa o propietaria de un negocio) y el estado civil (monógamo, polígamo con la primera esposa, polígamo con una esposa de segundo o superior orden o no en unión).

El 63% tuvieron algún tipo de atención prenatal en su último embarazo. Entre las que recibieron atención prenatal, aproximadamente el 26 % tuvo su primera atención prenatal en el primer trimestre. El tener entre 35 y 49 años redujo la probabilidad de tener cuatro o más visitas de

atención prenatal (OR 0.81), en comparación con la edad entre 20 y 34 años. No encontraron significancia entre Ser soltera, viuda, divorciada o separada con cuatro o más visitas a comparación con casadas y monógamas. El tener quintil de riqueza más rico y pobre, tuvieron más de probabilidades (OR 1.41 y 1.43; respectivamente) de tener cuatro o más visitas buscar atención prenatal en comparación con las del quintil más pobre. La edad y la riqueza son variables relacionadas a presentar control prenatal.

Al-Zubayer MdA et al (12) (2024) estudio cuyo objetivo fue "Diseñado para conocer los determinantes de las visitas de atención prenatal recomendadas por la Organización Mundial de la Salud en seis países del sur de Asia para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible". Estudio en base a datos de las encuestas demográficas y de salud (EDS) más recientes representativas a nivel nacional en Afganistán 2015, Bangladesh 2017-18, India 2015-16, Maldivas 2016-17, Nepal 2016 y Pakistán 2017-18. En el análisis se incluyeron un total de 71 862 mujeres de entre 15 y 49 años. Como variable independiente presenta la edad del encuestado, la edad en el primer parto, la educación, índice de riqueza familiar, entre otros.
La variable de interés fue visitas de atención prenatal recomendadas por la OMS: 4 o más visitas de atención prenatal, se considera adecuada. El 46,64 % tuvo un número de 4 a más visitas de control prenatal. En el análisis multivariado, mujeres (OR = 1,48) del área urbano tenían mayores probabilidades de visitas de atención prenatal, en comparación con área rural. Al aumentar la riqueza (de un OR 1.18 pobre hasta OR 1.48 del más rico), las probabilidades de visitas recomendadas aumentaron a comparación al más pobre. Al aumentar el nivel educativo (de un OR 1.95 de primaria hasta OR 3.76 de universitario), las probabilidades de visitas recomendadas aumentaron a comparación de sin educación. Al aumentar la edad (25 a 34 años y de 35 a 49 años con OR=1,08 y OR=1,25; respectivamente) llevan a un aumento de

probabilidad de visita en comparación con las mujeres de 15 a 24 años. El área de vivienda, la edad, la riqueza, el nivel educativo fueron significativos con intenciones prenatales recomendados por la OMS.

Eliufoo E et al (13) (2024) estudio cuyo objetivo fue "identificar los factores que contribuyen a que las mujeres embarazadas de Tanzania reciban atención prenatal adecuada". Estudio en base a Encuesta demográfica y de salud sobre el VIH de Tanzania de 2015-2016 y de la Encuesta de indicadores de malaria en 6924 mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años, que habían dado a luz en los cinco años anteriores. La variable de interés fue visitas prenatales adecuadas (al menos cuatro visitas). Como variables independientes tuvieron residencia, la edad, el nivel educativo, índice de riqueza, el momento de la reserva de atención prenatal, cobertura del seguro de salud, entre otros. La mayoría de las participantes del estudio tenían entre 20 y 30 años (65,8%), y habían completado solo la educación primaria (60,8%). El 50,3% tuvieron visitas prenatales adecuadas. La reserva temprana de servicios de atención prenatal (OR = 5,79) aumentó las probabilidades de visitas recomendadas en comparación con la reserva tardía. Asimismo, ser rico (OR = 1,31) a comparación de ser pobre. Ni la edad, ni el lugar de residencia (urbano, rural), ni la educación, ni la cobertura de salud, fueron significativos. La reserva temprana de servicios, la riqueza, fueron significativos con asistir al menos cuatro visitas prenatales.

Yemane GD (14) (2022) su objetivo fue “Identificar los factores asociados con la utilización de la atención prenatal en Etiopía”. Utilizando datos de Encuestas Demográficas y de Salud de Etiopía (EDHS) en el 2019. En 8885 mujeres en áreas urbanas y rurales, mujeres de 15 a 49 años, que han interrumpido un embarazo cinco años antes de la encuesta y que respondieron al cuestionario EMDHS para mujeres en 2019 conforman la población del estudio. Estudiaron aspectos demográficos, socioeconómicos, biológicos y ambientales (edad actual de la madre, el nivel de educación de la madre, el índice de riqueza familiar, el tamaño de la familia, las complicaciones del embarazo, el asesoramiento de un trabajador sanitario y la religión). Siendo la variable de interés que asistió a la Atención prenatal cuatro o más veces. De 8885 mujeres el (44%) tuvieron atención prenatal cuatro o más veces. El 72,81% tuvieron 15 y 34 años. El modelo final encontró que la edad, la educación, el lugar de residencia tenían relaciones significativas con la utilización de la atención prenatal de cuatro a más. Mujeres de 20 a 24 años tuvieron menor probabilidad de utilizar atención prenatal (ANC) que las mujeres de 45 a 49 años (OR = 0,356). Al vivir en zona urbana tuvieron una menor probabilidad de atención prenatal de cuatro a más (OR = 0,563) que mujeres que vivían en zonas rurales. Tener educación secundaria (OR = 0,735), educación primaria (OR = 0,721) y ninguna educación (OR = 0,719) tuvieron menores probabilidades de utilizar atención prenatal de cuatro a más que tener educación superior. Riqueza no llegó a entrar al modelo ya que no fue significativo en el anterior modelo. Edad, lugar de residencia, nivel educativo fueron significativos para atención prenatal de cuatro a más.

Tizazu MA, et al. (15) (2020) en su estudio tuvo como objetivo “Identificar el nivel mínimo de uso de ANC de 4 y los factores asociados con la ciudad de Debre Berhan”. Estudio realizado en la ciudad de Debre Birhan. Estudio transversal en 393 mujeres que dieron a luz en los últimos

6 meses antes de inicio del estudio, mediante un cuestionario adaptado de la Encuesta demográfica y de salud de Etiopía (EDHS) y otra literatura. La variable de estudio principal fue la utilización de un mínimo de 4 servicios de atención prenatal. Y las variables a comparación fueron edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos mensuales), reproductivos y obstétricos (número de embarazos, embarazos planificados/no planificados, número de hijos, número de visitas de atención prenatal, meses de la primera visita de atención prenatal) y servicios de atención (asesoramiento sobre complicaciones del embarazo, preparación para el parto, realización de análisis de orina y controles de sangre durante la atención prenatal, vacunación TT). La mayoría fueron de 25–34 años de edad (69%). En la mayoría su primera visita fue menor igual a 16 semanas. En mujeres con educación universitaria o superior fue tres veces mayores (OR 3,09; ajustado) que entre las que no tenían educación. En mujeres con una primera visita ≤16 semanas de gestación tuvo ocho veces mayor (OR: 8,30; ajustado) a comparación de más de 16 semanas. Las variables nivel educativo y primera visita fueron significativos.

Nacionales

Condori V, (16) (2024) "Factores asociados a control prenatal incompleto en gestantes del Perú, según ENDES 2021". Análisis secundario con una población de 11,112 encuestadas de 15 a 49 años con último parto en los cinco años anteriores a la encuesta. Identificaron que un 25.4% (2827 mujeres) tuvieron control prenatal incompleto. Además, las mujeres entre los 15 y 19 años presentaron el mayor porcentaje de control prenatal incompleto, mientras que las mujeres entre los 35 y 49 años presentaron el menor porcentaje de control prenatal incompleto. Por otro lado, mujeres solteras presentaron el mayor porcentaje de control prenatal incompleto que las mujeres divorciadas presentaron menor porcentaje de control prenatal incompleto. Las mujeres

sin educación representan mayor riesgo de incumplir con los controles prenatales que las mujeres con secundaria completa. Respecto a lugar de residencia las mujeres que viven en la costa representan menor riesgo que las mujeres que residen en la sierra. Determinaron que los factores de riesgo asociados encontrados fueron el nivel educativo, rango etáreo, estado civil, multiparidad y planificación del embarazo.

Peralta C, (17) (2024) "Factores sociodemográficos asociados al cumplimiento del control prenatal en gestantes a nivel nacional durante el periodo 2021-2022 según ENDES". Fue un estudio analítico, cuantitativo, observacional y retrospectivo. Se utilizo una base secundaria del año 2021 – 2022. Se analizaron 38015 datos de mujeres de 12 A 49 años. Determinaron que el 84.9% recibieron atenciones prenatales con una frecuencia de seis o más controles, mientras que el 15.1% tuvo menos de seis controles. En base al estado civil, las gestantes que cuentan con una pareja tienen 1.071 mayor cumplimiento del control prenatal en comparación con aquellas sin pareja. Por otro lado, las mujeres con índice de riqueza "mas rico" tenían un cumplimiento mayor de controles prenatales con respecto a la categoría "mas pobre". Además, las mujeres gestantes procedentes de la Sierra tienen mayor riesgo de incumplir con las atenciones prenatales en comparación con las residentes de la Costa. Las gestantes sin educación tienen mayor riesgo de abandonar el control prenatal. Concluyeron que las mujeres embarazadas con un mayor cumplimiento del control prenatal fueron las mayores de 35 años, pertenecían a la Sierra, que tienen una pareja de categoría "más rico" y las gestantes con un grado de instrucción superior. No evidenciaron asociación estadísticamente significativa con relación a la ocupación y área de residencia.

Malásquez (18) (2023) “Factores asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021”. Fue un estudio de casos y controles donde la muestra fue de 12235 mujeres de 15 a 49 años participantes del ENDES 2021 de las cuales el 12.2% tuvieron menos de 6 controles. Las variables independientes fueron los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales. En donde están relacionados con el abandono del control prenatal, como pertenecer al grupo de edad de 15 a 19 años o de 20 a 29 años, ser soltera, residir en áreas urbanas, tener una condición económica pobre o de nivel medio, estar desempleada y no recibir atención de una obstetra o médico. Por otro lado, los factores que favorecieron la asistencia al control prenatal incluyeron tener nivel educativo primario o secundario, estar casada, tener entre uno y tres hijos, y contar con un seguro de salud, ya sea del MINSA o privado.

Oyague (19) (2022) “Factores asociados a insuficientes controles prenatales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020”. Análisis multivariado de datos secundarios con un total de 12 291 mujeres entre 12 y 49 años, residentes en el Perú. En el análisis bivariado se observó que cuatro de las variables estudiadas evidencian asociación estadísticamente significativa a los controles prenatales inadecuados. Las cuales son: el nivel de escolaridad, el estado civil, el índice de riqueza y la violencia física severa. Por otro lado, las mujeres que no tienen educación aumentan el riesgo de abandonar el control prenatal con respecto al grupo que tiene educación. Además, Se estimó que el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo pobre fue 30% mayor con respecto al grupo no pobre. No encontraron asociación entre los tipos de violencia doméstica (violencia física menos severa, violencia física severa, violencia

sexual, violencia emocional y la violencia económica) y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.

Timoteo-Barrantes y Castillo-Velarde (20) (2022) “Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020 según ENDES”. Estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo, el análisis de los datos se obtuvo mediante la base del “cuestionario nacional de demografía y salud familiar (ENDES) 2020”, con una muestra de 4464 gestante. Determinaron una prevalencia 11.3% de abandono de Control Prenatal. Con respecto a las variables sociodemográficas. Se determinó que en aquellas gestantes multíparas existe 2.33 mayor riesgo de abandono de control prenatal que las no multíparas, además las gestantes entre 15-19 años existe 4.47 mayor riesgo de abandono de control prenatal que las gestantes de 35 a más años. Las gestantes con nivel educativo primaria a menos existe 1.7 mayor riesgo de abandono de control prenatal que las gestantes con nivel educativo superior, también en las gestantes solteras existe 1.85 mayor riesgo de abandono de control prenatal que las gestantes con estado civil otros. Además, las variables institucionales determinaron que aquellas gestantes que abandonaron el control prenatal asistían más a los centros públicos como MINSA y ESSALUD. Consumaron que los factores de riesgo que se relacionan al abandono del control prenatal son la edad materna de 15 a 19 años, tener el grado de primaria a menos, estar soltera y ser multípara.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Fundamentación teórico científico

Diferentes investigadores se comprometen de forma constante en examinar los elementos que influyen en comportamientos saludables, tales como las barreras que obstaculizan la adherencia al seguimiento prenatal. Estos estudios suministran a los profesionales de la salud datos significativos con el propósito de perfeccionar las intervenciones destinadas al control prenatal, es decir, para concebir estrategias que impulsen la participación y retención de las mujeres embarazadas en un seguimiento prenatal completo y oportuno (21)

Por otra parte, la atención prenatal desempeña un papel crucial en asegurar un embarazo exitoso. Es fundamental que cada mujer embarazada se someta a revisiones periódicas desde el inicio para detectar posibles riesgos de manera temprana y abordarlos de manera apropiada. Esto ayuda a prevenir dificultades tanto para la madre como para el recién nacido. A pesar de la importancia de este cuidado, las mujeres embarazadas no están accediendo de manera adecuada a la atención prenatal debido a barreras que dificultan su acceso (21)

2.2.2. Teorías científicas

La presenta investigación se basa en 2 teorías en el Modelo de los determinantes sociales de la salud que fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 a través de la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y en el modelo de Diderichsen que fue propuesto por el epidemiólogo Finn Diderichsen en el año 2000, ambas teorías son relevantes para mi estudio , la primera hace referencia a las condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan, habitan y envejecen. La segunda teoría hace

referencia a la estratificación social, junto con los mecanismos de exposición, vulnerabilidad y efectos sociales que mantiene las desigualdades en salud. (22) (23).

El abandono del control prenatal puede analizarse desde el modelo de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que divide los factores sociodemográficos en determinantes estructurales y factores obstétricos en determinantes intermedios este modelo incluye un conjunto más amplio de factores y estructuras que afectan la vida diaria (22) Por otro lado, el modelo Diderichsen facilita comprender cómo los factores económicos afectan el abandono del control prenatal, considerando desde la posición social inicial hasta las consecuencias derivadas de la falta de atención. La pobreza, el trabajo precario, la carencia de seguros y la exclusión social se entrelazan, creando obstáculos que dificultan el acceso a los servicios prenatales, lo que contribuye a mantener las desigualdades en salud. (23)

1. **Factores sociodemográficos:** Basado en la teoría de los determinantes estructurales propuesta por la OMS siendo factores que afectan la posición social de las personas y condicionan sus oportunidades en riesgos de materia de la salud como por ejemplo nivel educativo, ocupación, raza, etnicidad, entorno geográfico (22).

2. **Factores económicos:** Basado en el modelo Diderichsen en donde evidencia cómo los factores económicos influyen en el acceso y la continuidad del control prenatal, lo que contribuye a mantener las desigualdades en salud y eleva los riesgos para la madre y el bebé como, por ejemplo, la falta de recursos económicos, limitado acceso a información de salud, trabajo informal o por cuenta propia (23).

3. **Factores obstétricos:** Basado en los determinantes intermedios propuesto por la OMS en donde hacen referencia a los elementos que influyen de manera directa en la decisión de asistir o no al control prenatal. Superar estas barreras puede favorecer el cumplimiento del control prenatal y, como resultado, mejorar los resultados de salud para la madre y el bebé como por ejemplo el acceso limitado a servicios de salud, calidad de la atención prenatal, falta de cobertura de seguros médicos, escasez de profesionales de salud (22).

Estos enfoques ayudan a comprender que el abandono del control prenatal no depende únicamente de una decisión personal, sino que es consecuencia de diversos factores sociodemográficos, económicos y obstétricos. Por ello, es fundamental abordarlo a través de políticas públicas y estrategias de intervención (22) (23)

2.2.2. La atención prenatal

La atención prenatal implica la evaluación y supervisión regular de la madre y el feto por parte de un profesional de la salud, con el objetivo de asegurar un desarrollo saludable sin complicaciones. En consecuencia, la mujer embarazada debe visitar regularmente el centro de salud. (24)

Además, el control del embarazo es de suma relevancia en riqueza de la salud de la mujer y el hijo. Durante este tiempo de embarazo es explorada y se despojan varios análisis para detectar a tiempo algunas complicaciones que puedan colocar en peligro la salud de la gestante, Por otro lado, durante las visitas se brindan consejerías sobre nutrición, síntomas y signos de alarma en

la gestación, parto y etapa puerperal y como atender y nutrir a un recién nacido, asimismo, se aconseja a la gestante sobre planificación familiar. ENDES define al control prenatal como todos los procedimientos y acciones consignados al diagnóstico, tratamiento y prevención de los factores que pueden estipular la morbimortalidad maternal y perinatal (24).

2.2.3. Objetivos del control prenatal

Existen varios objetivos de la atención de la gestante de tal modo que se estima descubrir y tratar pertinentemente la morbilidad obstétrica y perinatal. Los objetivos de la atención pregestacional son:

- **Identificar factores de riesgo materno y fetal:** Son necesarios identificar estos factores desde la primera visita hasta la terminación de la gestación, mediante determinadas pruebas tal es el caso como los estados alterados de la presión arterial en el embarazo, entre otros (25).
- **Determinar con mayor exactitud la edad de la gestación:** Nos accederá a identificar la etapa correcta de la gestación y manifestar con ello algunas conductas a seguir. Lo reglamentado es la identificación a través de la fecha de última menstruación o como coloquialmente se indica “Fecha de última regla”, lo cual se percibe con el ultrasonido. Si el embarazo está muy avanzado podemos precisar la edad gestacional por la altura uterina (25).

- **Establecer el estado fetal y vigilar el desarrollo del mismo:** Hace referencia a diversos componentes que nos permiten identificar los diagnósticos de la condición fetal, por ejemplo, los movimientos fetales, la altura uterina, el peso materno nos indican el crecimiento fetal. Por otro lado, las "maniobras de Leopold" nos permitirán conocer la presentación, posición, situación y el grado de encajamiento del feto (25).

- **Diagnosticar la condición materna:** Nos permite identificar los riesgos maternos, es por ello que la gestante pasa por interconsultas como nutrición, odontología, psicología, laboratorio, ginecología con la finalidad de detectar a tiempo ciertas patologías (25).

- **Educar a la pareja:** Es necesario que la pareja vivencie el proceso que lleva la gestante, esto fortalece el vínculo de las parejas, en la actualidad los controles prenatales, psicoprofilaxis y estimulación prenatal se anima a que la pareja asista (25).

2.2.4. Características del control prenatal

- **Precocidad:** Es necesario que el primer control debe realizarse lo más antes posible y se considera que la gestante debe encontrarse en el primer trimestre de la gestación, para determinar las posibles complicaciones en el embarazo y es ahí en que se identifican a las embarazadas de alto riesgo obstétrico (26)

- **Periódico:** De acuerdo al tipo de gestante varían el número de controles prenatales, por ejemplo, una gestante de bajo riesgo debe tener como mínimo seis controles prenatales

"1 control en el I trimestre, 2 controles en el II trimestre y 3 controles en el III trimestre". Las embarazadas de alto riesgo requieren atenciones gestacionales con más frecuencia dependiendo del grado de las complicaciones. El colegio "Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG)", aconseja que las atenciones se ejecuten cada 4 semanas hasta las veintiocho semanas, cada 3 semanas entre veintinueve y treinta y seis semanas, además cada 7 días entre las treinta y siete y cuarenta y una semanas (26).

- **Integral:** Se estima cumplir las labores de prevención, promoción de la salud, así mismo incluir la exploración física, análisis de laboratorio, respetando las creencias y costumbres de cada gestante con la finalidad de garantizar una buena conexión en ellas (26)

- **Amplia cobertura**: El control prenatal debe ser ofrecido a la mayor población posible de gestantes de tal manera que tengan fácil acceso generando un mayor impacto en la salud materno – perinatal (26).

2.2.5. Generalidades del primer control prenatal

Las regulaciones indican que cada entidad de salud proporciona servicios de cuidado prenatal, detallando que la primera cita gestacional debe tener una duración mínima de treinta minutos, mientras que las consultas subsiguientes no deben ser menores a 15 minutos. Además, se recomienda realizar un examen vaginal en la primera visita prenatal, que abarque la especuloscopia, la toma de Papanicolaou y la estimación de la pelvis (24).

Asimismo, la realización de los exámenes de laboratorio es de suma importancia como la hemoglobina, VIH, sífilis, glucosa y análisis completo de orina, en donde se debe de renovar a partir de las treinta y tres semanas y con una interrupción mínimo de tres meses en correspondencia a la inicial muestra (24).

En todo control se realiza el descubrimiento oportuno de síntomas y signos de alarma, también se educa al esposo, familiar o amistad que corteja a la gestante sobre los cuidados en el embarazo, parto y puerperio (25).

2.2.6. Acciones Periódicas del Control Prenatal

Indicaciones generales que se orientan en el control prenatal

1. **Dieta:** La dieta debe ser balanceada teniendo en cuenta el requerimiento del calcio y hierro. En donde la ingesta de calcio debe ser alrededor de 1200 mg al día. Es por ello que se debe educar a la gestante sobre que alimentos debe consumir (27).

2. **Higiene personal:** Se educa a toda gestante sobre la importancia de la higiene en esta etapa dando hincapié en la limpieza de manos, atuendo y cuidado personal (28).

3. **Actividad física:** Se recomienda a toda gestante que puede acudir a las sesiones de psicoprofilaxis a partir de las 20 semanas en donde realizara algunos ejercicios en beneficio de su salud. Se desaconseja el ejercicio de alta competición para no exponer al feto (28)

4. **Educación materna:** Se ofrece información clara, sencilla y veraz a toda embarazada dependiendo la edad gestacional con la finalidad de que sepa todos los cambios físicos que atraviesa (28).

5. **Psicoprofilaxis obstétrica**: Es el preparativo exhausto de la embarazada en donde le permite desarrollar comportamientos y hábitos saludables, además implica la preparación física y mental con la satisfacción de tener una cualidad positiva frente al embarazo, parto y puerperio (27).

6. **Medicamentos:** Se brinda la orientación y consejería de suspender la administración de medicamentos que no allá sido recetado por el especialista (28).

7. **Consejería:** Es de vital importancia concientizar a todas las gestantes sobre temas específicos y de relevancia, así como los signos de alarma, además reforzar que el embarazo no es una enfermedad (28).

8. **Relaciones Sexuales:** Se informa a la gestante que tener relaciones sexuales no dañan al feto al menos que el especialista haya restringido ya sea por algún riesgo, no obstante, va depender de la decisión de la pareja, ya que a lo largo de la gestación existen variaciones en la libido (29).

9. **Tabaquismo y alcohol:** Se coarta la ingesta de estas sustancias durante la gestación ya que conlleva a efectos adversos para el feto (29).

10. **Genética:** Existen pruebas de diagnóstico para determinar algún síndrome o malformación que pueda presentar el feto. Lo cual se va identificar ciertas patologías entre la semana diez y doce de gestación (29).

2.2.7. Factores de riesgo

Existe muchos factores de peligro que pueden condicionar en la salud de la gestante y la del feto los cuales son:

a) **Riesgo social:** Ruralidad, Analfabetas, falta de apoyo, Trabajo con mucho peso (29).

b) **Riesgo biológico:** Edad materna extrema (menor a catorce años o mayor a treinta y cinco años), obesidad o desnutrición (30).

c) **Riesgo ambiental:** alcohol, tabaco, drogas, exposición a químico y contagio ambiental (30).

2.2.8. Gestante controlada

El MINSA define a toda embarazada que ha concurrido seis atenciones gestacionales como mínimo y que incluya el paquete primordial de la atención a la embarazada (26).

2.2.9. Abandono del control prenatal

Las embarazadas están en la obligación de acudir a los controles prenatales no menos de 6 visitas, de forma temprana, completa y periódica. Distribuidos en 1 control en I Trimestre, 2 controles II Trimestre y 3 controles III trimestre. El hecho de dejar de asistir parcial o total por diversos motivos se considera abandono de control prenatal (31).

2.2.10. Tipo de establecimiento: Un centro de salud es una institución, ya sea estatal o privada, dedicada a ofrecer atención médica. Sus servicios pueden incluir consultas externas y hospitalización. Su finalidad es cuidar la salud de las personas mediante la prevención, el fomento del bienestar, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de enfermedades (17)(20)

- Ministerio de salud (MINSA): Son entidades estatales dedicadas a ofrecer atención médica a la comunidad, estructuradas en diversos niveles según la complejidad de los servicios que pueden proporcionar (17)

- Seguro Social de Salud (ESSALUD): Son instalaciones médicas del Seguro Social de Salud del Perú, creadas para ofrecer atención en prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación a sus afiliados (17)

- Establecimientos de salud Privados: Son centros de salud gestionados por entidades privadas, como corporaciones o especialistas autónomos, que brindan atención médica a quienes pueden pagarla directamente o mediante seguros de salud (20)

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022.

2.3.2 Hipótesis específicas

- Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico.
- Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico.
- Existe la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Enfoque hipotético-deductivo: Inicia con una suposición que se intenta invalidar o contradecir, posibilitando la obtención de conclusiones que deben ser confrontadas con la realidad de los acontecimientos. (32)

3.2. Enfoque investigativo

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, dado que los datos recopilados son susceptibles de medición y cuantificación. Este enfoque se sustenta en el paradigma positivista, el cual se centra en la precisión de la medición y el análisis numérico. Su importancia radica en la capacidad de identificar patrones, formular nuevas hipótesis y desarrollar teorías mediante la cuantificación. En este contexto, la estadística se emplea como una herramienta fundamental para el análisis de los datos. (32).

3.3. Tipo de investigación

Aplicada por que es un tipo de investigación que se centra en la creación de conocimientos prácticos y soluciones concretas para problemas específicos, con la intención de aplicar estos resultados de manera inmediata en la sociedad. En esencia, esta modalidad investigativa emplea los avances científicos y tecnológicos para abordar desafíos reales, con el propósito de generar un impacto tangible en la sociedad, la industria o el entorno económico (33).

Alcance: Correlacional, ya que su propósito es entender la relación o grado de asociación entre dos o más conceptos, categorías o variables. (34)

3.4. Diseño de la investigación

No experimentales:

Observacional, tipo transversal.

La investigación adoptó un enfoque observacional, ya que se limitó a medir y observar las variables sin intervención directa. Además, es de tipo transversal, dado que la recopilación de datos se llevó a cabo en un único momento, con la medición de las variables de exposición y resultado al mismo tiempo. Finalmente, se consideró retrospectiva, dado que el desenlace que se estudió ya ha ocurrido en el pasado. (35).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: "Mujeres entre 15 a 49 años del ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao", según ENDES 2022. (36) (37). El presente estudio utilizó la información (datos) presentes en la base ENDES 2022 (38).

Cálculo del tamaño de muestra:

ENDES 2022, fue "bietápica, probabilística (equilibrado), estratificada e independiente, a nivel departamental" (tanto urbana como rural) (37).

Número de muestra final (n):

La muestra programada anual de la ENDES es de "36 650 viviendas (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman Lima Metropolitana)". La distribución de la muestra de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar para el 2022, fue estimada previa evaluación de los resultados obtenidos con la implementación de las encuestas ENDES ejecutadas en los periodos 2012 a 2020 y los lineamientos del tipo de diseño previamente establecidos para este fin. Siendo la unidad primaria de muestreo: en el área Urbana: "El conglomerado y la vivienda particular, y, en el área Rural: el área de Empadronamiento Rural y la vivienda particular" (37).

ENDES consideró como unidad de investigación (37):

• "Los residentes habituales de viviendas particulares de áreas urbanas y rurales del país que hayan pernoctado la noche anterior, a la encuesta, en la vivienda seleccionada".

Excluyendo ENDES a (37).

• "Los residentes habituales que no hayan pernoctado la noche anterior a la encuesta en la vivienda seleccionada".

• "Visitantes que pasaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada".

El presente estudio consideró a los sujetos que cumplieron criterios de selección. Asimismo, las variables debieron estar disponibles en la base. Las bases ENDES 22 tienen naturaleza probabilística, ya que sus datos han sido obtenidos por muestras complejas (probabilística). Por ello, no se calculará muestra.

La ENDES 2022 utilizó tres cuestionarios: Cuestionario del Hogar ("El Jefe/a de Hogar, el (la) esposo/a o persona de 18 años a más"), Cuestionario Individual de la Mujer y niño (Mujeres de 12 a 49 años de edad y Cuestionario de Salud; siendo recolectado con Tablet (37).

.

Número de muestra final para el presente estudio (n):

El número de sujetos se elegio tomando en cuenta filtros y al análisis realizado de las variables. Siendo el total de 2676.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Gestantes de 15 a 49 años que estén registradas en la encuesta ENDES 2022.
- Gestantes de 15 a 49 años con datos completos en las variables de la encuesta ENDES 2022.
- Datos presentes de control de su último hijo.
- Gestantes que durante la última noche de realizada la encuesta hubieran pernoctado en la vivienda.
- Gestantes que hubieran presentado su primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo.

Exclusión:

- Gestantes 15 a 49 años que respondieron “No se” en las preguntas seleccionadas de la encuesta ENDES 2022.
- Gestantes que no presenten ningún control prenatal durante su último embarazo.
- Gestantes que hubieran sido atendidas en establecimientos de las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional del Perú, por los escases de datos que no permite inferencia estadística.

Para el presente estudio se eligió diversas variables de los cuestionarios ENDES 2022 (38). Estas fueron fusionadas en una sola base (considerando la variable dependiente e independientes). Para el análisis se usaron los factores de expansión ajustados. Estos factores se basan en las proyecciones de población (modelo demográfico de ENDES 2022). Durante el tratamiento de la base algunas variables independientes fueron descartadas por su falta de disponibilidad o baja frecuencia. En caso de ser necesario se categorizaron.

En el proceso de revisión y depuración se descartó variables (por baja frecuencia, no estar disponibles, datos perdidos, entre otros).

La **variable dependiente** fue: abandono del control prenatal (si/no): siendo sí la referencia.
La **variable independiente principal**: tipo de establecimiento de salud (Privada/ESSALUD/ MINSA)
Siendo las covariables:

En el **análisis del contraste de hipótesis** general, se consideró las variables que resultaron significativas en el contraste de los tres factores: Estado civil (Nunca casada, Viviendo juntos,

No viven juntos, Casada), Etnia (Quechua, Aimara, Nativo o indigena de la Amazonía + Parte de otro pueblo indígena u originario, Negro/ Moreno/ Zambo/ Mulato/Pueblo Afroperuano o afrodescendiente, Mestizo, Blanco), Región natural (Selva, Sierra, Resto Costa, Lima Metropolitana), Índice de riqueza (Más rico, Rico, Medio, Pobre, El más pobre), Mes de la última atención (2-3, 4-6, 7-9 mes), Momento del primer control prenatal (1er, 2do, 3er trimestre).

Fueron descartadas para integrar el modelo final aquellas que individualmente en sus factores no fueron significativas: Edad actual (de la embarazada), Idioma, Nivel educativo, Tipo de lugar de residencia (urbano, rural), Atención (profesional que la atendió).

La variable **tipo de establecimiento de salud,** por ser la variable independiente principal de interés, se consideró en las tres dimensiones y se incluyó en el contraste general; independientemente si fue o no significativo en alguna de las dimensiones.

Para el análisis final se utilizó el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta para respuesta binaria para identificar los factores relacionados con el abandono del control prenatal, aquí se incluyeron aquellas variables que resultaron significativas en los modelos anteriores. Se ajustó por tipo de establecimiento de salud y las variables incluidas fueron estado civil, etnia, región, índice de riqueza, meses de embarazo en la última revisión prenatal y momento de primer control prenatal;

Por ser un estudio de análisis documental (ficha de captura de datos) no requiere validación.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	*Definición conceptual*	*Definición operacional*	*Dimensiones*	*Indicadores*	*Escala de medición*	*Escala valorativa (niveles o rangos)*
Tipo de establecimiento de salud Var. independiente	Establecimiento de salud donde recibe atención la gestante	Gestante que recibió atención prenatal en un Hospital, Centro o Posta según la encuesta ENDES	Unidimensional	Tipo de establecimiento de salud	Nominal	1 MINSA 2 ESSALUD 3 Privada
Abandono control prenatal Var. dependiente	Suceso de dejar, asistir total o parcialmente a las visitas programadas con el profesional de la salud.	Gestante que tiene menos de 6 controles prenatales según la encuesta ENDES.	Unidimensional	Abandono	Nominal	0 No abandono 1 Abandono
Var. Control /co-variables	Estas variables tienen la capacidad de alterar, influir o regular los efectos que una causa produce en un resultado. Diferentes aspectos considerados en relación con la variable	Condición legal que define el vínculo de una persona con su entorno familiar y su pareja.	SOCIODEMOGRÁFICO	Estado civil	Nominal	0 Nunca casada 1 Casada 2 Viviendo juntos 3 Viuda+Divorciada 4 No viven juntos
		Grupo social que se define por la afinidad en su cultura, idioma, creencias y costumbres.	SOCIODEMOGRÁFICO	Etnia	Nominal	1 Quechua 2 Aimara 3 Nativo o indigena de la Amazonía + Parte de otro pueblo indigena u originario 4 Negro/ Moreno/ Zambo/ Mulato/Pueblo Afroperuano o afrodescendiente 5 Blanco 6 Mestizo

	dependiente presentes en la base ENDES 2022. La presente investigación se basa en la teoría propuesta por la OMS en el año 2005 el modelo de los determinantes de la salud y en el modelo de Diderichsen propuesto en el año 2020..	Es un método de expresión oral y escrita empleado por un grupo de personas para intercambiar ideas y compartir conocimiento.	SOCIODEMOGRÁFICO	Idioma	Nominal	1 Quechua 2 Aimara 3 Ashaninka+Awajún /Aguaruna+Shipibo /Konibo+Shawi /Chayahuita+Achuar+Otra lengua nativa u originaria 4 Castellano
		Situación en la que se encuentra el sujeto según el sistema educativo nacional el cual comprende Educación Básica y Educación Superior	SOCIODEMOGRÁFICO	Nivel educativo	Ordinal	1 Inicial/Pre-escolar+Primario 2 Secundario 3 Superior no universitario 4 Superior universitario+Posgrado
		Es la categorización del espacio donde reside una persona, tomando en cuenta su desarrollo estructural, disponibilidad de servicios y condiciones del entorno.	SOCIODEMOGRÁFICO	Tipo de lugar de residencia	Nominal	1 Urbano 2 Rural
		Son amplias áreas del territorio nacional que se distinguen entre sí principalmente por su altura sobre el nivel del mar, condiciones climáticas, características del terreno y tipo de vegetación.	SOCIODEMOGRÁFICO	SREGION Región natural	Nominal	1 Lima metropolitana 2 Resto Costa 3 Sierra 4 Selva

		Distribución en cinco partes iguales (quintil) en base a la unidad de ordenamiento el valor del Índice de Riqueza. Dando lugar a la especificación de un punto de corte para cada uno de ellos.	ECONÓMICO	V190 Índice de riqueza	Ordinal	1 El más pobre 2 Pobre 3 Medio 4 Rico 5 Más rico
		Corresponde al número de meses que pasaron desde que comenzó el último embarazo hasta el momento en que finalizó.	OBSTÉTRICO	Meses ultima atención	Ordinal	1. 2 – 3 meses 2. 4 – 6 meses 3. 7 – 9 meses
		Corresponde a la clase de profesional de salud que brindó atención médica a la mujer a lo largo de su embarazo.	OBSTÉTRICO	Atención (profesional que la atendió)	Nominal	1 Médico 2 Enfermera 3 Obstetra 4 Técnico de enfermería
		Corresponde a la cantidad de meses de embarazo que habían transcurrido cuando la mujer acudió por primera vez a una consulta prenatal con un profesional de salud.	OBSTÉTRICO	Momento del primer control prenatal	Ordinal	1 primer mes 2 segundo mes 3 tercer mes

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para ambas variables (dependiente e independiente) la técnica fue Análisis documental y el Instrumento fue Ficha de captura de datos.

3.7.2. Descripción

No aplica ya que es una ficha de recolección de datos.

3.7.3. Validación

No aplica ya que es una ficha de recolección de datos.

3.7.4. Confiabilidad

No aplica ya que es una ficha de recolección de datos.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los programas Word y Excel fueron utilizados para generar los documentos (proyecto, informe final, etc.) y ordenar la base de datos, respectivamente. Se utilizó los criterios de inclusión y exclusión como indicadores para calcular el número de unidades de análisis. En caso fue necesario para el análisis se categorizó variables de estudio. Se utilizó el programa estadístico SPSS. Con este programa se realizó análisis descriptiva e inferencial. La estadística inferencial se realizó mediante “Razón de Proporciones Poisson de varianza robusta”. Se consideró intervalo de confianza (95% de confianza).

3.9. Aspectos éticos

Fue utilizada la base de datos de acceso libre ENDES 22 (base anonimizada) (38). Al no tener contacto con sujetos no se utilizó consentimiento informado. Asimismo, al ser base de acceso libre tampoco se necesitó carta de autorización. El presente estudio pasó por comité de ética siendo el expediente 0349-2024 (anexo 3). El presente estudio ha cumplido con los criterios de justicia, no maleficencia.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla n. 1 distribución de frecuencias de las variables abandono

	Estimación	Error estándar	95% de intervalo de confianza		Coeficiente de variación	Recuento no ponderado
			Inferior	Superior		
0 No abandono	92.2%	0.5%	91.2%	93.1%	0.005	8549
1 Abandono	7.8%	0.5%	6.9%	8.8%	0.063	561
Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.000	9110

En el siguiente cuadro se observa que existe un abandono del control prenatal del 7.8% a diferencia de las gestantes que no abandonan con un 92.2%.

Tabla n. 2 distribución de frecuencias de los factores

			N (frecuencia)	Porcentaje	Frecuencia sin ponderar
Factor	Tipo de establecimiento de salud	1 Privada	316.00	11.8%	256
		2 ESSALUD	331.00	12.4%	309
		3 MINSA	2029.00	75.8%	1953
	Civil Estado civil	1 Nunca casada	117.00	4.4%	102
		2 Viviendo juntos	1668.00	62.3%	1588
		4 No viven juntos	312.00	11.7%	287
		5 Casada	579.00	21.6%	541
	Etnia	1 Quechua	619.00	23.1%	592
		2 Aimara	38.00	1.4%	38
		3 Nativo o indigena de la Amazonía + Parte de otro pueblo indigena u originario	53.00	2.0%	52
		4 Negro/ Moreno/ Zambo/ Mulato/Pueblo Afroperuano o afrodescendiente	412.00	15.4%	392
		5 Mestizo	1274.00	47.6%	1171
		6 Blanco	280.00	10.5%	273
	SREGION Región natural	1 Selva	404.00	15.1%	401
		2 Sierra	748.00	28.0%	738
		3 Resto Costa	650.00	24.3%	621
		4 Lima Metropolitana	874.00	32.7%	758
		1 Más rico	375.00	14.0%	321

Índice de riqueza	2 Rico	415.00	15.5%	382
	3 Medio	513.00	19.2%	472
	4 Pobre	645.00	24.1%	626
	5 El más pobre	728.00	27.2%	717
Meses_ultima	1 7 - 9	2594.00	96.9%	2456
	2 4 - 6	74.00	2.8%	54
	3 2 - 3	8.00	.3%	8
Momento del primer control prenatal	1 3	818.00	30.6%	771
	2 2	994.00	37.1%	935
	3 1	864.00	32.3%	812
	Total	2676.00	100.0%	2518

Podemos observar que la mayoría de sujetos (75,8%) acudieron más a MINSA para su atención. Según el estado civil predomino viviendo juntos con el 62.3%. Así mismo la gran mayoría (47.6%) son mestizos que residen en lima metropolitana (32.7%). Hubieron valores similares entre mas rico, rico y medio en donde predomino el más pobre con el 27.2%. Con respecto a meses de ultima gestación la gran mayoría tenia de 7 a 9 meses con el 96.9% .Por ultimo se observa cierta similitude en base al momento del primer control prenatal la cual resalto el primer mes con un 32.3%.

4.1.2. Prueba de hipótesis

-Prueba de hipótesis General

Hipótesis Nula: No existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022.

Hipótesis Alterna: Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Razón de Proporciones; Poisson de varianza robusta.

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): se encontró diversos valores de "p" según la variable.

-Toma de decisión: Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en los tres factores. Se encontró que existe significancia con el abandono el tipo de establecimiento de salud, la región, los meses de embarazo en la última revisión prenatal y el momento del primer control prenatal; siendo las tres primeras de menor riesgo y la última de mayor riesgo al abandono del control prenatal.

-Cuando el **tipo de establecimiento de salud** fue privado existe 33.5% menor riesgo de abandono respecto de aquellas mujeres que se atendieron en el MINSA (RP= 0.665; IC95%: 0.462 - 0.959).

-Aquellas madres que **residen en la selva** presentan 55.8% menor riesgo de abandono (RP= 0.442; IC95%: 0.279 - 0.700); aquellas que **residen en la sierra** presentan 46.16% menor riesgo de abandono (RP= 0.538; IC95%: 0.364 - 0.796) y aquellas que r**esiden en el resto de costa**

presentan 41.77% menor riesgo de abandono (RP= 0.582; IC95%: 0.409 - 0.829) respecto de aquellas que residen en Lima Metropolitana;

-Aquellas mujeres que contaban **entre 7 y 9 meses de embarazo desde la última revisión** prenatal presentaron 96.16% menor riesgo de abandono (RP= 0.038; IC95%: 0.021-0.072), y aquellas que contaban **entre 4 y 6 meses de embarazo desde la última revisión prenatal** presentaron 56.94% menor riesgo de abandono (RP=0.431; IC95%: 0.227 - 0.816), ambas respecto de aquellas mujeres que contaban de 2 a 3 meses de embarazo desde la última revisión prenatal.

-Aquellas mujeres acudieron al **primer control prenatal al tercer mes** tuvieron 313.94% mayor riesgo de abandono (RP= 4.139; IC95%: 2.843 - 6.026) mientras que aquellas que acudieron a su **primer control prenatal el cuarto mes** presentaron 123.20% mayor riesgo de abandono (RP= 2.232; IC95%: 1.514 - 3.290) ambas respecto de aquellas que acudieron el primer mes.

Tabla n. 3. Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022

Parámetro	B	Desv. Error	95% de intervalo de confianza de Wald Inferior	Superior	Contraste de hipótesis Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B) Inferior	Superior
(Intersección)	*-0.381*	*0.4754*	*-1.313*	*0.551*	*0.642*	*1*	*0.423*	*0.683*	*0.269*	*1.735*
[Tipo de establecimiento de salud =1] Privada	-0.407	0.1864	-0.773	-0.042	4.774	1	0.029	0.665	0.462	0.959
[Tipo de establecimiento de salud =2] ESSALUD	0.036	0.1932	-0.343	0.414	0.034	1	0.853	1.036	0.710	1.513
[Tipo de establecimiento de salud =3] MINSA	0[a]							1		
[Estado civil=1] Nunca casada	-0.356	0.3579	-1.057	0.346	0.989	1	0.320	0.701	0.347	1.413
[Estado civil=2] Viviendo juntos	0.048	0.1695	-0.284	0.381	0.081	1	0.776	1.050	0.753	1.463
[Estado civil=4] No viven juntos	0.317	0.2137	-0.102	0.736	2.204	1	0.138	1.373	0.903	2.088
[Estado civil=5] Casada	0[a]							1		
[Etnia=1] Quechua	0.473	0.2576	-0.032	0.978	3.369	1	0.066	1.605	0.968	2.658
[Etnia=2] Aimara	0.370	0.6004	-0.807	1.546	0.379	1	0.538	1.447	0.446	4.695
[Etnia=3] Nativo o indigena	0.543	0.6070	-0.647	1.733	0.801	1	0.371	1.721	0.524	5.656
[Etnia=4] Negro/ Moreno/ Afroperuano Zambo/ Mulato	0.463	0.2721	-0.070	0.996	2.893	1	0.089	1.589	0.932	2.708
[Etnia=5] Mestizo	0.327	0.2463	-0.156	0.810	1.762	1	0.184	1.387	0.856	2.247
[Etnia=6] Blanco	0[a]							1		

[Región natural=1] Selva	-0.817	0.2348	-1.277	-0.357	12.110	1	0.001	0.442	0.279	0.700
[Región natural=2] Sierra	-0.619	0.1993	-1.010	-0.229	9.653	1	0.002	0.538	0.364	0.796
[Región natural=3] Resto Costa	-0.541	0.1801	-0.894	-0.188	9.020	1	0.003	0.582	0.409	0.829
[Región natural=4] Lima Metropolitana	0[a]							1		
[Índice de riqueza=1] Más rico	-0.309	0.2642	-0.827	0.209	1.364	1	0.243	0.734	0.438	1.233
[Índice de riqueza=2] Rico	0.038	0.2263	-0.405	0.482	0.029	1	0.866	1.039	0.667	1.619
[Índice de riqueza=3] Medio	-0.091	0.2005	-0.484	0.302	0.206	1	0.650	0.913	0.616	1.352
[Índice de riqueza=4] Pobre	0.059	0.1826	-0.299	0.417	0.105	1	0.746	1.061	0.742	1.518
[Índice de riqueza=5] El más pobre	0[a]							1		
[Meses_ultima=1] 7 - 9	-3.259	0.3184	-3.883	-2.635	104.726	1	0.000	0.038	0.021	0.072
[Meses_ultima=2] 4 - 6	-0.842	0.3259	-1.481	-0.204	6.683	1	0.010	0.431	0.227	0.816
[Meses_ultima=3] 2 - 3	0[a]							1		
[Momento del primer control prenatal=1] 3 meses	1.421	0.1916	1.045	1.796	54.945	1	0.000	4.139	2.843	6.026
[Momento del primer control prenatal=2] 2 meses	0.803	0.1980	0.415	1.191	16.435	1	0.000	2.232	1.514	3.290

[Momento del primer control prenatal=3]	0[a]	1
1 mes		
(Escala)	1[b]	

Variable dependiente: Abandono
Modelo: (Intersección), tipo de establecimiento de salud, Estado civil, Etnia, Región natural, Índice de riqueza, Meses_ultima, Momento del primer control prenatal

a. Definido en cero porque este parámetro es redundante.

b. Fijado en el valor visualizado.

-Prueba de hipótesis específica 1:

Hipótesis Nula: No existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico.

Hipótesis Alterna: No existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Razón de Proporciones; Poisson de varianza robusta.

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): se encontró diversos valores de "p" según la variable.

-Toma de decisión: Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en tres variables del factor. De todas las variables Estado civil, etnia, región natural fueron significativas; siendo todas consideradas de mayor riesgo al abandono de control prenatal.

Tabla n. 4. Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico.

Parámetro	B	Desv. Error	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis			95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)		
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
(Intersección)	-2.679	.4030	-3.469	-1.889	44.201	1	.000	.069	.031	.151
[Tipo de establecimiento de salud =1] Privada	-.030	.2629	-.545	.486	.013	1	.911	.971	.580	1.625
[Tipo de establecimiento de salud =2] ESSALUD	.105	.2029	-.292	.503	.270	1	.603	1.111	.747	1.654
[Tipo de establecimiento de salud =3] MINSA	0[a]							1		
[Estado civil=1] Nunca casada	-.266	.4122	-1.074	.542	.416	1	.519	.767	.342	1.720
[Estado civil=2] Viviendo juntos	.202	.1842	-.158	.563	1.209	1	.272	1.224	.853	1.757
[Estado civil=4] No viven juntos	.482	.2256	.040	.925	4.576	1	.032	1.620	1.041	2.521
[Estado civil=5] Casada	0[a]							1		
[Edad actual - entrevistada (Agrupada)=1] 15-18 años	-.113	.4528	-1.000	.775	.062	1	.803	.893	.368	2.170
[Edad actual - entrevistada (Agrupada)=2] 19-24 años	-.276	.1620	-.594	.041	2.910	1	.088	.759	.552	1.042

[Edad actual - entrevistada (Agrupada)=3] 25-45 años	-.125	.6003	-1.302	1.051	.044	1	.835	.882	.272	2.861
[Edad actual - entrevistada (Agrupada)=4] 46-49 años	0[a]							1		
[Etnia=1] Quechua	.645	.3074	.043	1.248	4.408	1	.036	1.907	1.044	3.484
[Etnia=2] Aimara	.882	.6888	-.468	2.232	1.641	1	.200	2.417	.627	9.322
[Etnia=3] Nativo o indigena	.087	.7047	-1.294	1.468	.015	1	.902	1.091	.274	4.341
[Etnia=4] Negro/ Moreno/ Zambo/ Mulato	.600	.3063	-.001	1.200	3.834	1	.050	1.822	.999	3.321
[Etnia=5] Mestizo	.462	.2748	-.077	1.000	2.823	1	.093	1.587	.926	2.719
[Etnia=6] Blanco	0[a]							1		
[Idioma=1] Quechua	-.061	.2333	-.519	.396	.069	1	.793	.941	.595	1.486
[Idioma=2] Aimara	-.979	1.1365	-3.207	1.249	.742	1	.389	.376	.040	3.485
[Idioma=3] Ashaninka+Awajún	.549	.8192	-1.057	2.155	.449	1	.503	1.732	.348	8.625
[Idioma=4] Castellano	0[a]							1		
[Educa=1] Inicial/Pre-escolar+Primario	-.016	.3190	-.641	.610	.002	1	.961	.984	.527	1.840
[Educa=2] Secundario	.005	.2619	-.508	.518	.000	1	.985	1.005	.601	1.679
[Educa=3] Superior no universitario	.176	.2211	-.257	.609	.633	1	.426	1.192	.773	1.839
[Educa=4] Superior universitario+Posgrado	0[a]							1		

[Tipo de lugar de residencia=1] Urbano	-.105	.2000	-.497	.287	.274	1	.601	.901	.609	1.333
[Tipo de lugar de residencia=2] Rural	0[a]							1		
[Región natural=1] Selva	-.814	.2699	-1.343	-.285	9.100	1	.003	.443	.261	.752
[Región natural=2] Sierra	-.538	.1965	-.923	-.153	7.501	1	.006	.584	.397	.858
[Región natural=3] Resto Costa	-.397	.1732	-.737	-.058	5.261	1	.022	.672	.479	.944
[Región natural=4] Lima Metropolitana	0[a]							1		
(Escala)	1[b]									

Variable dependiente: Abandono
Modelo: (Intersección), tipo de establecimiento de salud, Estado civil, Edad actual - entrevistada (Agrupada), Etnia, Idioma, Educa, Tipo de lugar de residencia, Región natural
a. Definido en cero porque este parámetro es redundante.
b. Fijado en el valor visualizado.

-Cuando el **estado civil** fue No viven juntos, existe 62% mayor riesgo de abandono (RP=1.620; IC95%:1.041-2.521) respecto de las Casadas.

-Cuando la **Etnia** fue Quechua existe un 90.7% mayor riesgo de abandono (RP=1.907; IC95%:1.044-3.484) con respecto a etnia Blanco.

-Cuando la **Región** fue Selva presentaron 55,7% menor riesgo de abandono (RP=0.443; IC95%: 0.261-0.752); Sierra 41,6% menor riesgo de abandono (RP=0.584; IC95%: 0.397-0.858); Resto Costa 32,8% menor riesgo de abandono (RP=0.672; IC95%: 0.479-0.944) con respecto a Lima Metropolitana.

-Prueba de hipótesis específica 2:

Hipótesis Nula: Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico.

Hipótesis Alterna: Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Razón de Proporciones; Poisson de varianza robusta.

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): se encontró diversos valores de "p" según la variable.

-Toma de decisión: Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en una de las variables del factor. Solo la variable índice de riqueza fue significativa, siendo de mayor riesgo al abandono prenatal.

Tabla n. 5. Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico

Parámetro	B	Desv. Error	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis				95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)	
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
(Intersección)	-2.726	.1394	-2.999	-2.453	382.585	1	0.000	.065	.050	.086
[Tipo de establecimiento de salud =1] Privada	.280	.2512	-.213	.772	1.239	1	.266	1.323	.808	2.164
[Tipo de establecimiento de salud =2] ESSALUD	.208	.1895	-.163	.580	1.208	1	.272	1.232	.849	1.785
[Tipo de establecimiento de salud =3] MINSA	0[a]							1		
[Índice de riqueza=1] Más rico	-.397	.3187	-1.022	.228	1.550	1	.213	.672	.360	1.256
[Índice de riqueza=2] Rico	.242	.2238	-.196	.681	1.171	1	.279	1.274	.822	1.976
[Índice de riqueza=3] Medio	.481	.1914	.106	.856	6.322	1	.012	1.618	1.112	2.355
[Índice de riqueza=4] Pobre	.321	.1870	-.046	.687	2.945	1	.086	1.378	.955	1.988
[Índice de riqueza=5] El más pobre	0[a]							1		
(Escala)	1[b]									

Variable dependiente: Abandono
Modelo: (Intersección), tipo de establecimiento de salud, Índice de riqueza
a. Definido en cero porque este parámetro es redundante.

b. Fijado en el valor visualizado.

-Cuando **índice de riqueza** es Medio existe un 61,8% mayor riesgo de abandono (RP=1.618; IC95%:1.112-2.355) con respecto a El más pobre.

-Prueba de hipótesis específica 3:

Hipótesis Nula: No existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico.

Hipótesis Alterna: Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Razón de Proporciones; Poisson de varianza robusta.

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): se encontró diversos valores de "p" según la variable.

-Toma de decisión: Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en dos variables del factor. De todas las variables solo mes de ultima atención y primer control prenatal fueron significativas; siendo la primera de menor riesgo y la segunda de mayor riesgo al abandono de control prenatal.

Tabla n. 6. ***Análisis multivariado de tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico***

Parámetro	B	Desv. Error	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis			Exp(B)	95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)	
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intersección)	-.689	.2955	-1.268	-.110	5.436	1	.020	.502	.281	.896
[Tipo de establecimiento de salud =1] Privada	-.047	.2634	-.563	.470	.031	1	.860	.954	.570	1.599
[Tipo de establecimiento de salud =2] ESSALUD	.218	.1813	-.137	.573	1.448	1	.229	1.244	.872	1.774
[Tipo de establecimiento de salud =3] MINSA	0[a]							1		
[Meses_ultima=1] 7 - 9	-3.273	.1979	-3.661	-2.885	273.512	1	0.000	.038	.026	.056
[Meses_ultima=2] 4 - 6	-.806	.2105	-1.218	-.393	14.655	1	.000	.447	.296	.675
[Meses_ultima=3] 2 - 3	0[a]							1		
[Atención=1] Médico	.133	.5850	-1.014	1.280	.052	1	.820	1.142	.363	3.595
[Atención=2] Enfermera	.235	.2421	-.240	.709	.940	1	.332	1.265	.787	2.033
[Atención=3] Obstetra	.549	.3437	-.124	1.223	2.554	1	.110	1.732	.883	3.397
[Atención=4] Técnico de enfermería	0[a]							1		
[Momento del primer control prenatal=1] 3 meses	1.463	.1907	1.089	1.836	58.803	1	.000	4.317	2.971	6.274

[Momento del primer control prenatal=2] 2 meses	.862	.1970	.476	1.248	19.137	1	.000	2.367	1.609	3.482
[Momento del primer control prenatal=3] 1 mes	0[a]							1		
(Escala)	1[b]									

Variable dependiente: Abandono
Modelo: (Intersección), tipo de establecimiento de salud, Meses_ultima, Atención, Momento del primer control prenatal
a. Definido en cero porque este parámetro es redundante.
b. Fijado en el valor visualizado.

-Cuando el **mes de la última atención** fue 7 – 9 existe 96,2% menor riesgo de abandono (RP=0.038; IC95%:0.026-0.056), mientras que aquellas que fue 4 – 6 existe 55,3% menor riesgo de abandono (RP=0.447; IC95%:0.296-0.675) respecto de aquellas mujeres que el mes fue de 2 – 3.

-Cuando el **primer control prenatal** fue al tercer mes existe un 331,7% mayor riesgo de abandono (RP=4.317; IC95%:2.971-6.274), mientras que al segundo mes existe un 136,7% mayor riesgo de abandono (RP=2.367; IC95%:1.609-3.482), a comparación del primer mes.

4.1.3. Discusión de resultados

En el presente estudio, según la base de datos de ENDES 2022, se determinó que cuando el establecimiento de salud es privado existe un menor riesgo de abandono respecto a aquellas que se atendieron en el MINSA, lo que concuerda con las investigaciones de Malásquez y Timoteo (18) (20) quienes mencionan que aquellas gestantes que abandonaron el control prenatal asistían más a los centros públicos como MINSA y ESSALUD.

Atenderse en centros del MINSA aumenta la probabilidad de abandonar el control prenatal esto puede estar asociado a los recursos limitados, ya que los centros de salud públicos frecuentemente padecen de restricciones en cuanto a personal, equipo y suministros médicos. Esto puede derivar en servicios de menor calidad, largas esperas y atención deficiente, desmotivando a las mujeres a seguir con sus controles prenatales.

A sí mismo en ocasiones, los centros de salud del MINSA se encuentran saturados debido a la alta demanda de servicios médicos gratuitos o de bajo costo. Esto puede resultar en una atención rápida y menos personalizada, disminuyendo la satisfacción del paciente y aumentando el abandono. Solucionar estos problemas demanda invertir en la mejora de la infraestructura y los recursos de los centros de salud públicos, además de implementar políticas y programas que atiendan las necesidades específicas de las mujeres embarazadas y eliminen las barreras al acceso y la calidad de la atención prenatal.

Tomando en cuenta la variable dependiente se encontró en el presente estudio un 7.8% de abandono al control prenatal. El 63% tuvieron algún tipo de atención prenatal en su último embarazo. Entre las que recibieron atención prenatal, aproximadamente el 26 % tuvo su primera atención prenatal en el primer trimestre (11). El 46,64 % tuvo un número de 4 a más visitas de control prenatal (12). El 50,3% tuvieron visitas prenatales adecuadas (13). De 8885 mujeres el (44%) tuvieron atención prenatal cuatro o más veces (14).

Según el nivel educativo, en el **presente estudio** el nivel educativo, en el modelo de factor sociodemográfico, no fue significativo con abandono de atención prenatal, coincidiendo con (13). Sin embargo, **el presente estudio** no coincide con otros estudios donde al aumentar el nivel educativo (de un OR 1.95 de primaria hasta OR 3.76 de universitario), aumentan las probabilidades de visitas recomendadas a comparación de sin educación (12). Tener educación secundaria (OR = 0,735), educación primaria (OR = 0,721) y ninguna educación (OR = 0,719) tuvieron menores probabilidades de utilizar atención prenatal de cuatro a más que tener educación superior (14). En mujeres con educación universitaria o superior la visita prenatal fue tres veces mayores (OR 3,09; ajustado) que entre las que no tenían educación (15). Asimismo, el nivel educativo comparado con otros estudios si es importante ya que puede ser fundamental para garantizar la continuidad del control prenatal, una formación académica puede influir en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Un mayor grado de instrucción suele estar vinculado a un mejor acceso a la información, una mayor conciencia sobre la relevancia del cuidado prenatal y una comprensión más clara de los riesgos asociados con su abandono. Por otro lado, no podemos aseverar que las gestantes con mayor educación suelen acudir con mayor frecuencia a los servicios médicos, pueden seguir indicaciones profesionales y adoptar hábitos saludables que favorezcan tanto a la madre como al bebé porque en nuestro estudio no

hay una relación significativa con el abandono del control prenatal. No obstante, un nivel educativo bajo puede estar asociado con la desinformación, creencias equivocadas sobre el embarazo, temor a los servicios de salud o limitaciones económicas, lo que incrementa la probabilidad de descuidar el control prenatal y sus posibles complicaciones.

Según tipo de residencia, en el **presente estudio**, en el modelo final, el tipo de residencia (urbano, rural) no fue incluido, al no ser significativo en el modelo sociodemográfico. Lo que coincide con lo encontrado en (13) en su modelo. Sin embargo, la literatura muestra que mujeres de áreas urbanas (en cinco naciones) tuvieron mayores probabilidades de utilizar servicios de atención prenatal que las mujeres rurales (39). En el análisis multivariado, mujeres (OR = 1,48) del área urbano tenían mayores probabilidades de visitas de atención prenatal, en comparación con área rural (12). Aunque otros estudios, indican lo contrario, que al vivir en zona urbana tuvieron una menor probabilidad de atención prenatal de cuatro a más (OR = 0,563) que mujeres que vivían en zonas rurales (14). El residir en la costa presentan menor riesgo de abandonar el control prenatal en comparación de aquellas que residen en la selva y en la sierra, lo que concuerda con el estudio de Condori (16) en donde menciona que vivir en la sierra hay mayor riesgo de abandono. Esto puede deberse a las dificultades de acceso a los centros de salud, derivadas de la geografía montañosa, pueden obligar a las mujeres a desplazarse largas rutas para obtener atención prenatal lo que incrementa el tiempo y el costo del desplazamiento.

Según momento del primer control prenatal, en el **presente estudio** se encontró que las mujeres que acudieron al **primer control prenatal** al tercer mes tuvieron 313.94% mayor riesgo de abandono (RP= 4.139) mientras que aquellas que acudieron a su primer control prenatal el cuarto mes presentaron 123.20% mayor riesgo de abandono (RP= 2.232) ambas

respecto de aquellas que acudieron el primer mes. Un estudio en Etiopia, encontró que el inicio de la atención prenatal después de los tres meses de embarazo fue un factor positivo de la calidad de la atención prenatal al compararlo con tres meses a menos. Eso es un doble de probabilidades de recibir un servicio de atención prenatal de buena calidad (40). Un estudio sobre asistencia a control prenatal, considerando el cero, encontraron que mujeres que iniciaron el control prenatal después de las 12 semanas de gestación tuvieron un 36 % (IRR = 0,64; ajustado) menos de contactos de control prenatal en comparación con aquellas que iniciaron el control prenatal dentro de las 12 semanas de gestación (41). En mujeres con una primera visita ≤16 semanas de gestación tuvo ocho veces mayor probabilidad (OR: 8,30; ajustado) de ir a atención a comparación de más de 16 semanas (42).

La reserva temprana de servicios de atención prenatal (OR = 5,79) aumentó las probabilidades de visitas recomendadas en comparación con la reserva tardía (13). Un estudio en India, encontró un pico de mortinatos en ≥37 semanas de gestación. El mayor número se dio a las 40 semanas. Estos datos indican la necesidad de una atención prenatal adecuada durante este período (43).

Así mismo se evidenció que las mujeres gestantes que iniciaron el control prenatal en el tercer mes, tuvieron un mayor riesgo de abandono en cuanto a las gestantes que iniciaron sus controles prenatales en el cuarto mes. Se observa que el riesgo de abandono de control prenatal disminuye conforme van pasando los meses, posiblemente a que la mujer puede ir experimentando algunas complicaciones en la gestación y toma consciencia de la importancia del mismo, por otro lado, la proximidad del nacimiento puede motivar a las gestantes a mantenerse en control para recibir orientación y asegurarse de un parto seguro.

Tomando en cuenta la variable independiente, en el **presente estudio** se encontró que cuando el **tipo de establecimiento de salud** fue privado existe 33.5% menor riesgo de abandono respecto de aquellas mujeres que se atendieron en el MINSA (RP= 0.665). Contrario a lo que indica (13), al no encontrar significancia con cobertura de salud.

No se encontró estudios a comparar en base al tipo de establecimiento de salud.

De acuerdo con el factor sociodemográfico, en el **presente estudio**, en el modelo final, **edad** no fue considerada. En el modelo sociodemográfico, la edad no fue significativa con atención prenatal. Por el contrario, un estudio en Maly, presenta que la edad entre 35 y 49 años redujo la probabilidad de recibir cuatro o más visitas de atención prenatal, en comparación con 20–34 años (11). Un estudio realizado en 13 países de África occidental, encontró que el uso de cualquier atención prenatal para los primeros partos fue alto en todos los grupos de edad (similar entre adolescentes y las mujeres mayores en 12 de 13 países). Las madres adolescentes tuvieron más probabilidades de iniciar la atención prenatal después del primer trimestre y de tener menos visitas de atención prenatal a comparación de sus mayores (44). Un estudio en cinco naciones, encontraron que mujeres entre 15 y 24 años tienen más probabilidades de buscar servicios de atención prenatal en India y Pakistán que las mayores de edad. Esto no es relevante en países como Bangladesh y Nepal (39). Al aumentar la edad (25 a 34 años y de 35 a 49 años con OR=1,08 y OR=1,25; respectivamente) llevan a un aumento de probabilidad de visita en comparación con las mujeres de 15 a 24 años (12). Mujeres de 20 a 24 años tuvieron menor probabilidad de utilizar atención prenatal que las mujeres de 45 a 49 años (OR = 0,356) (14). A medida que las madres envejecen, aumenta su probabilidad de asistir a las visitas de atención prenatal de manera (45).

Eliufoo E et al, no encontró significancia entre edad y atención prenatal (13).

En diversos estudios internacionales la edad es significativo con el abandono del control prenatal ser adolescente o ser muy mayor de edad existe más probabilidad de abandono, eso puede deberse en el caso de las adolescentes que el miedo o la vergüenza de un embarazo no planificado y la falta de apoyo familiar o social aumente la probabilidad de no acudir a sus controles, por otro lado, en el caso de las gestantes mayores las creencias erróneas o la mala experiencia previa de gestaciones anteriores y las responsabilidades laborales o familiares pueden limitar el acceso a acudir a los controles prenatales. En ambas situaciones, es esencial fortalecer la orientación sobre la relevancia del control prenatal y proporcionar el respaldo necesario para disminuir el abandono de las consultas médicas.

De acuerdo con el factor económico, en el **presente estudio** se encontró significancia entre **riqueza** y atención prenatal, pero en el modelo ajustado, la variable dejó de ser significativa. Al contrario de Yemane GD , donde Riqueza no llegó a entrar al modelo, ya que no fue significativo en el anterior modelo (14).

El **presente estudio** no coincide con Ghosh R que menciona que el tener quintil de riqueza más rico y pobre, tuvieron más de probabilidades (OR 1.41 y 1.43; respectivamente) de tener cuatro o más visitas de atención prenatal en comparación con las del quintil más pobre (11). Semejante a Al-Zubayer MdA , que indica que al aumentar la riqueza (de un OR 1.18 pobre hasta OR 1.48 del más rico), las probabilidades de visitas recomendadas aumentaron a comparación al más

pobre (12). Lo mismo indica Eliufoo E et al), ser rico (OR = 1,31) a aumenta la probabilidad de atención a comparación de ser pobre (13).

Si bien disponer de recursos económicos no asegura por completo el cumplimiento del control prenatal, sí contribuye a disminuir de manera significativa los obstáculos que podrían llevar a su abandono. Es notorio que el abandono del control prenatal ocurre con mayor frecuencia en mujeres de bajos recursos, es fundamental que todas las gestantes, independientemente de su situación económica, reconozcan la relevancia de las atenciones prenatales para evitar complicaciones y asegurar un embarazo seguro. Siendo esencial que los sistemas de salud desarrollen estrategias que mejoren el acceso al control prenatal en comunidades vulnerables, asegurando atención sin costo o a precios accesibles, educación sobre su importancia y servicios disponibles para disminuir el abandono.

En el **presente estudio,** en el factor sociodemográfico, fue significativo con atención prenatal pero al ajustar al modelo final no fue significativo. Estos resultados coinciden con (11) que indica que el no vivir juntos, lleva a un abandono de control prenatal (según factor sociodemográfico) en comparación con las casadas, deja de ser significativa al ajustar con otros factores (11).

De acuerdo con el factor obstétrico, en el **presente estudio** existe un menor riesgo de abandono del control prenatal en aquellas gestantes que cuentan entre **7 y 9 meses de gestación** en cuanto al último control prenatal. A sí mismo, hay un mayor riesgo en aquellas gestantes que se encuentran entre los **4 y 6 meses** de gestación en base a ultimo control prenatal. Esto puede ser debido generalmente a que, en los primeros meses de gestación, algunas mujeres pueden

considerar no necesario las visitas prenatales al no presentar complicaciones. Se encuentra en la literatura razones que esgrimen para no asistir a las visitas de atención prenatal han sido relatadas como: estar saludable, no tener conciencia sobre su importancia, la percepción de que no estaban enfermas para ir y miedo a la privacidad (46). Por otro lado, la ausencia de programas educativos eficaces sobre la relevancia del control prenatal puede generar una menor conciencia sobre la importancia de estos cuidados durante la gestación. Una revisión sistemática encontró que la atención prenatal realizada en grupos, es probablemente más beneficiosa cuando es realizada en personas y contextos con altos niveles de desigualdades en el acceso y la experiencia de la atención (poblaciones vulnerables) (47). De hecho, es importante incentivar y fidelizar a la mujer gestante en el inicio del control prenatal para garantizar un adecuado seguimiento y reducir el riesgo de abandono.

En el presente estudio, no encontró estudios para comparar.

Participantes de actividades prenatales usando tecnología de salud móvil, han informado que buscaban información sobre el embarazo en la Web, ya que no querían realizarle las preguntas a algún familiar, asimismo, esta información la querían obtener de inmediato. Comentaron también que, de compartir información, lo harían siempre que la aplicación estuviera afiliada a una institución clínica establecida (48).

La asistencia a los controles prenatales es crucial para detectar complicaciones y brindar un manejo oportuno. Estas atenciones son acciones llevadas a cabo globalmente en centros de salud por personal cualificado, con el fin de supervisar y gestionar de manera controlada el embarazo. Por tanto, estos controles incluyen el seguimiento del progreso del embarazo, la identificación

de posibles riesgos, así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles patologías. Se ha demostrado que la falta o insuficiencia de controles prenatales aumenta el riesgo de morbimortalidad materno-perinatal.

Si bien la importancia de la atención prenatal es evidente, estudios recientes han encontrado que la asistencia a la atención prenatal, por si misma, puede no ser suficiente para modular la mortalidad infantil y tener relevancia en el crecimiento del bebé hasta los 6 meses de edad (49). Esto sugiere que se debe realizar estudios con diversas variables que acompañen en un modelo a la atención prenatal.

Con los resultados de este estudio se podrían ajustar las normativas actuales para proporcionar una atención óptima de manera uniforme en todos los sistemas de salud, y así lograr que las mujeres embarazadas acudan con mayor frecuencia a sus controles.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en los tres factores. Existe significancia con el tipo de establecimiento de salud, la región, los meses de embarazo en la última revisión prenatal y el momento del primer control prenatal; siendo las tres primeras de **menor riesgo** y la última de **mayor riesgo** al abandono del control prenatal.

Segunda. Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en tres variables del factor. Existe significancia con estado civil, etnia, región natural; siendo todas consideradas de **mayor riesgo** al abandono de control prenatal.

Tercera: Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en una de las variables del factor. Existe significancia con la variable índice de riqueza, siendo de **mayor riesgo** al abandono prenatal.

Cuarta: Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontró significancia en dos variables del factor. Existe significancia con mes de ultima atención y primer control prenatal; siendo la primera de **menor riesgo** y la segunda de **mayor riesgo** al abandono de control prenatal.

5.2 Recomendaciones

Primera. La variable lugar de atención no fue significativo en ninguno de los modelos de factor, sin embargo, esta tomó importancia al ser incluido en el modelo final. Lo que indica que el lugar de atención, por sí mismo, no es suficiente para narrar abandono, está relacionado con otros aspectos, por ello, se recomienda que el MINSA supervise las diferencias que existe en los sistemas de salud con menores tasas de abandono y así identificar las deficiencias. Ya que las instituciones privadas resultaron con menos abandono se recomendaría realizar campañas generales priorizando MINSA. Asimismo, enfocar la fidelización de las gestantes que acuden en el tercer mes de embarazo y las que dejaron de ir entre 4 y 6 meses de embarazo mediante folletos, charlas, sobre la importancia de los controles, considerando en especial a aquellas que residen en el resto de costa. El responsable sería el personal de salud que brinda la atención en coordinación con su jefe inmediato. Incluir en un próximo estudio variables que incluyan a la pareja, número de hijos vivos, participación de la mujer en asuntos de salud entre otros.

Segunda. Focalizar a las gestantes que no viven juntos ya que tienen mayor riesgo de abandono, es necesario la inclusión de pareja o en caso contrario al familiar o grupos de apoyo en las atenciones prenatales para compartir su experiencia y recibir respaldo, conllevando a la motivación de la gestante de continuar con las atenciones. Asimismo, Considerar la identidad e idiosincrasia en las atenciones de control prenatal en base a interculturalidad incrementando la formación del personal de salud en el idioma quechua y en la adopción de un trato digno y

considerado hacia las mujeres indígenas valorando sus costumbres y valores. Se recomienda que el personal de salud pueda agendar con antelación las consultas prenatales para adaptarlas a su rutina diaria considerando a aquellas gestantes que residen en el resto de la costa , por otro lado es necesario identificar establecimientos de salud que ofrezcan horarios flexibles o disponibilidad los fines de semana esto debido que la gran mayoría de las gestantes que residen en la costa pueden estar enfrentadas a largas jornadas laborales, desinformación sobre los horarios de las atenciones prenatales. El personal de salud que atiende los controles prenatales es el responsable de realizar un plan estratégico basado en la educación, sensibilización, accesibilidad, programas de fidelización y flexibilización con la finalidad de evitar el abandono del mismo.

Tercera. Que el personal de salud no enfoque su intensidad de trabajo basándose en las apariencias, pensando que una persona (de clase media) no necesita de sus consejos. Al contrario, debe organizar las visitas prenatales de la manera más óptima en base a la rutina de la gestante, considerando en todo momento la importancia del mismo. Se recomienda la implementación de paquetes con bajo costo y con pagos fraccionados en los establecimientos privados para evitar que la gestante abandone los controles prenatales por medios económicos. El personal responsable sería el área administrativa junto con el jefe del establecimiento la implementación del mismo.

Cuarta. Con respecto al mes de ultima atención, el personal de salud debe enfocarse en las gestantes de 4 – 6 meses ya que tienen mayor riesgo de abandono en fortalecer la educación sobre la relevancia del control prenatal mediante charlas grupales, talleres de psicoprofilaxis y estimulación prenatal fortaleciendo el vínculo de madre e hijo en las gestantes y así disminuir

la probabilidad de que abandonen el control prenatal. Se recomienda que el personal de salud se enfoque y priorice la fidelización de aquellas gestantes que van a su primer control en el tercer trimestre pues tienden abandonar el doble de aquellas que están en el segundo trimestre, por ejemplo, creando un ambiente de confianza de confort con un trato amable y respetuoso llamándolas por su nombre, siendo empáticos mostrando interés en el bienestar de la madre y el de su bebe. Brindando un seguimiento personalizado para que perciban apoyo durante todo el embarazo. El personal responsable de la atención es el encargado de brindar una atención de calidad basándose en la comodidad, el confort, la empatía y así fortalecer el vinculo del personal de salud y la gestante evitando el abandono del mismo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Atención prenatal en atención primaria de salud. Lima: OMS, 2018.

2. Ministerio de Salud. Boletín informativo del Perú. Lima: MINSA, 2017

3. Vidal C. Factores de riesgo asociados al no cumplimiento de la Atención Prenatal en gestantes a término atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Rezola. Enero a diciembre 2017. (Tesis para optar el título profesional de licenciatura en Obstetricia). Lima: Universidad Privada Sergio Bernales, 2018. Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe.

4. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Lima: OMS, 2018.

5. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico del Perú. Lima: MINSA, 2018.

6. INEI. Encuesta demográfica de Salud Familiar-ENDES 2019;166- 167. 2019.

7. Erausquin A, Cruz G. factores causales y el abandono del control prenatal en gestantes del a.a.h.h. dios es amor, comas, 2021. (Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Autónoma de Ica, 2021. Disponible en: http://repositorio.autonomadeica.edu.pe.

8. Barquet N,. revista Ocronos. Vol. IV. N.º 12–diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12: 84. Lima, Perú. 2021

9. Fernández Y, Garcìa G, Estrada A, Kassandra O. Absence of prenatal control: What are the main associated factors? CpD. 29 de junio de 2019;10(1):9-16.

10. Compendio de normas. COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ [Internet]. Colegiodeobstetras.pe. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: https://colegiodeobstetras.pe/wpcontent/themes/obstetras/pdf/compendio_normas_cop.pdf

11. Ghosh R, Konipo A (Nene), Treleaven E, Rozenshteyn S, Beckerman J, Whidden C, et al. Factors influencing pregnancy care and institutional delivery in rural Mali: a secondary baseline analysis of a cluster-randomised trial. BMJ Open. abril de 2024;14(4):e084315.

12. Al-Zubayer MdA, Shanto HH, Kundu S, Sarder MdA, Ahammed B. The level of utilization and associated factors of WHO recommended antenatal care visits in South Asian countries. Dialogues in Health. junio de 2024;4:100175.

13. Eliufoo E, Majengo V, Tian Y, Bintabara D, Moshi F, Li Y. Determinants of adequate antenatal care visits among pregnant women in low-resource setting: evidence from Tanzania national survey. BMC Pregnancy Childbirth. 26 de noviembre de 2024;24(1):790.

14. Yemane GD. The factors associated with antenatal care utilization in Ethiopia. Annals of Medicine & Surgery [Internet]. julio de 2022 [citado 10 de febrero de 2025];79. Disponible en: https://journals.lww.com/10.1016/j.amsu.2022.104092

15. Tizazu MA, Asefa EY, Muluneh MA, Haile AB. Utilizing a Minimum of Four Antenatal Care Visits and Associated Factors in Debre Berhan Town, North Shewa, Amhara, Ethiopia, 2020. RMHP. diciembre de 2020;Volume 13:2783-91.

16. Condori ZV. Factores asociados a control prenatal incompleto en gestantes del Perú, según ENDES 2021. repositorioupsjbedupe [Internet]. 2024 Mar 5; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14308/5329.

17. Peralta C. Factores sociodemográficos asociados al cumplimiento del control prenatal en gestantes a nivel nacional durante el periodo 2021-2022 según endes. Handlenet [Internet]. 2024; Disponible en : https://hdl.handle.net/20.500.14138/7364

18. Malasquez L, Factores asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 [Internet].2023. disponible en : https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7542f130-41bc-4997-a9fa-e13df14a1381/content.

19. Oyague QA. Factores asociados a insuficientes controles prenatales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020. [Internet]. Universidad Ricardo Palma - URP; 2022 [citado: 2025, marzo] disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b8687b4d-2977-45c3-a544-1d17ac5c79b5/content

20. Timoteo-Barrantes PG, Castillo-Velarde E. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. Rev. Int Salud Materno Fetal 2022:7(2): o1-7.DOI: https://doi.org/10.47784/rismf.2022.7.1.268.

21. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):880-6.

22. Organización Mundial de la Salud. Definición de determinantes sociales de la salud. [Internet] [Consultado: 2024 dic 5] Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

23. Rodríguez CZA. Los determinantes sociales y su importancia para los profesionales de la salud [Internet]. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2020 oct [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20532

24. Instituto nacional de estadística y Informática. Salud Materna. Lima: INEI; 2021 Serie de Informes Técnicos.

25. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105-MINSA/ DGSP-V.01. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. Lima, Perú. Diciembre 2013. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf. [Fecha de acceso 08 de abril del 2023]

26. Rodríguez BJL. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo Junio - octubre 2017. Univ. Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 09 de abril de 2023]; Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1250

27. Guidelines for Perinatal Care Practice AC on F and N and AC on O., 8th Edition. 2017.Disponible en: https://www.acog.org/store/products/clinicalresources/guidelines-for-perinatal-care

28. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú 2020. Semana epidemiológica (del 27 de diciembre al 02 enero del 2020). Volumen 29 - SE 53-2020. Lima, Perú. Enero 2021. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/boletinesepidemiologicos/

29. MINSA. Maternidad saludable. [Internet] 2015; (10). [citado 10 de Junio de 2025] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/massalud/MasSalud10.pdf

30. Carvajal CJA, Ralph TCA. Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición; 2017. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf

31. Beckmann C, Ling F, Barzansky B, Herbert W, Laube D, et al. Obstetrics and gynecology 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2010 ACOG.

32. Arispe C, Yangall J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica una aproximación para los estudios de posgrado. Primera edición. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2020.

33. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONCYTEC). Programa nacional de ciencia, tecnología e innovación en tecnologías de la información y comunicación [En línea]. 2016-2021. Disponible en: URL https://portal.concytec.gob.pe/images/noticias/DocumentoTIC.pdf

34. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw;2018. p. 110 y 112.

35. Guevara AGP, Verdesoto AAE, Castro MNE. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). RECIMUNDO [Internet]. 16jul.2020 [citado 24jul.2023];4(3):163-7. Available from: https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/

36. INEI. ENDES documentos metodológicos. Perú: INEI; 2022. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp

37. INEI. Ficha técnica ENDES 2022. Perú:INEI. 2022 disponible en:

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2022.pdf

38. INEI. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. [Internet]. Lima:INEI; 5 septiembre 2023 [consultado 10 enero 2025]. Disponible en: http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/760

39. Mahamud TM, Islam MdA, Rahman MdA. Exploring the factors behind socioeconomic inequalities in Antenatal Care (ANC) utilization across five South Asian natiaons: A decomposition approach. Saha J, editor. PLoS ONE. 7 de agosto de 2024;19(8):e0304648.

40. Hailu GA, Weret ZS, Adasho ZA, Eshete BM. Quality of antenatal care and associated factors in public health centers in Addis Ababa, Ethiopia, a cross-sectional study. Mordaunt DA, editor. PLoS ONE. 10 de junio de 2022;17(6):e0269710.

41. Alem AZ, Tegegne BA, Aragaw FM, Teklu RE, Baykeda TA. Multilevel negative binomial analysis of factors associated with numbers of antenatal care contacts in low and middle income countries: Findings from 59 nationally representative datasets. Nair M, editor. PLoS ONE. 18 de abril de 2024;19(4):e0301542.

42. Tizazu MA, Asefa EY, Muluneh MA, Haile AB. Utilizing a Minimum of Four Antenatal Care Visits and Associated Factors in Debre Berhan Town, North Shewa, Amhara, Ethiopia, 2020. RMHP. diciembre de 2020;Volume 13:2783-91.

43. Mittal P, Choudhary N, Gaikwad HS. Antenatal Care: Is It Really a Modifiable Factor for Stillbirth Prevention? Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology. 29 de abril de 2024;16(3):214-8.

44. Owolabi OO, Wong KLM, Dennis ML, Radovich E, Cavallaro FL, Lynch CA, et al. Comparing the use and content of antenatal care in adolescent and older first-time

mothers in 13 countries of west Africa: a cross-sectional analysis of Demographic and Health Surveys. The Lancet Child & Adolescent Health. noviembre de 2017;1(3):203-12.

45. Chatata AG, Chirwa GC. The impact of multidimensional poverty on antenatal care service utilisation in Malawi. Health Econ Rev. 4 de enero de 2025;15(1):1.

46. Hailemariam T, Atnafu A, Gezie LD, Tilahun B. Utilization of optimal antenatal care, institutional delivery, and associated factors in Northwest Ethiopia. Sci Rep. 19 de enero de 2023;13(1):1071.

47. Mehay A, Motta GD, Hunter L, Rayment J, Wiggins M, Haora P, et al. What are the mechanisms of effect of group antenatal care? A systematic realist review and synthesis of the literature. BMC Pregnancy Childbirth. 1 de octubre de 2024;24(1):625.

48. Claisse C, Durrant AC, Lie M. Understanding Antenatal Care Needs through Co-Creation with Roma Women to Inform the Design of mHealth Technologies. En: Proceedings of the CHI Conference on Human Factors in Computing Systems [Internet]. Honolulu HI USA: ACM; 2024 [citado 10 de febrero de 2025]. p. 1-16. Disponible en: https://dl.acm.org/doi/10.1145/3613904.3642584

49. Lansdale AJ, Bountogo M, Sie A, Zakane A, Compaoré G, Ouedraogo T, et al. Associations between Antenatal Care Visit Attendance and Infant Mortality and Growth. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 5 de junio de 2024;110(6):1270-5.

ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema General ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022? Problemas Específicos ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico? ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico? ¿Cuál es la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico?	Objetivo General Determinar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022. Objetivos Específicos Identificar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico. Identificar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico. Identificar la asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico.	Hipótesis General Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal de las gestantes atendidas en el Perú en el año 2022. Hipótesis Específica Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor sociodemográfico. Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor económico. Existe asociación entre el tipo de establecimiento de salud y el abandono del control prenatal en las gestantes en el Perú en el año 2022 según factor obstétrico.	Variable 1 Tipo de establecimiento de salud Dimensiones: Establecimientos del Ministerio de salud Establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud) Establecimientos privados Variable 2 Abandono del control prenatal Variables intervinientes: Factores sociodemográficos Factores económicos Factores obstétricos	Tipo de Investigación Aplicada con alcance correlacional Método y diseño de la investigación Enfoque hipotético-deductivo Observacional, tipo transversal. Población Muestra La población del presente estudio estará conformada por todos los registros de las gestantes con atenciones prenatales según la ficha técnica de ENDES 2022.con una muestra final de 2676 en base a los criterios de inclusión y exclusión

Anexo 2: Instrumentos

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO

Abandono

( ) No abandono

( ) Abandono

Tipo de establecimiento de salud

( ) MINSA

( ) ESSALUD

( ) Privada

Estado civil

( ) Nunca casada

( ) Casada

( ) Viviendo juntos

( ) Viuda+Divorciada

( ) No viven juntos

Etnia

( ) Quechua

( ) Aimara

( ) Nativo o indigena de la Amazonía + Parte de otro pueblo indigena u originario

( ) Negro/ Moreno/ Zambo/ Mulato/Pueblo Afroperuano o afrodescendiente

( ) Blanco

( ) Mestizo

Idioma

( ) Quechua

( ) Aimara

( ) Ashaninka+Awajún/Aguaruna+Shipibo/Konibo+Shawi /Chayahuita+Achuar+Otra lengua nativa u originaria

( ) Castellano

Nivel educativo

( ) Inicial/Pre-escolar+Primario

( ) Secundario

( ) Superior no universitario

( ) Superior universitario+Posgrado

Tipo de lugar de residencia

( ) Urbano

( ) Rural

SREGION Región natural

( ) Lima metropolitana

( ) Resto Costa

( ) Sierra

( ) Selva

Índice de riqueza

( ) El más pobre

( ) Pobre

( ) Medio

( ) Rico

( ) Más rico

Meses ultima atención

( ) 2 – 3 meses

( ) 4 – 6 meses

( ) 7 – 9 meses

Atención (profesional que la atendió)

( ) Médico

( ) Enfermera

( ) Obstetra

( ) Técnico de enfermería

Momento del primer control prenatal

( ) Primer mes

( ) Segundo mes

( ) Tercer mes

Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética

Resolución del CEI de la UNW

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 22 de mayo de 2024

Investigador(a)
Abigail Ingrid Morante Roca
Exp. N°: 0349-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "**Nivel de atención del establecimiento de salud asociado al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Perú, 2022" Versión 01** con **fecha 24/04/2024**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Abigail Ingrid Morante Roca.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avance**s se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

Av. Arequipa 440 – Santa Beatriz
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo:comite.etica@uwiener.edu.pe

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

AUTORIZACIÓN DE CAMBIOS EN PROTOCOLO

Lima, 18 de marzo de 2025.

Investigador(a):
Abigail Ingrid Morante Roca
Exp. N°: 0349-2024

Cordiales saludos, en referencia a la solicitud presentada al Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener, en la cual se solicita modificaciones en el proyecto **APROBADO "Nivel de atención del establecimiento de salud asociado al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Perú, 2022"**; el mismo que tiene como investigador principal a Abigail Ingrid Morante Roca.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener, ha acordado **AUTORIZAR CAMBIOS**, para lo cual se indica lo siguiente:

- Cambiar la redacción del título de la investigación:
- TEMA ANTERIOR: **"Nivel de atención del establecimiento de salud asociado al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Perú, 2022"**;
- Modificación del proyecto ahora titulado **"Tipo de establecimiento de salud asociado al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Perú, 2022"**;

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente.

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW

Anexo 4: Reporte de similitud de Turnitin

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

17% Fuentes de Internet
2% Publicaciones
12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

17% Fuentes de Internet
2% Publicaciones
12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1 Internet
repositorio.uwiener.edu.pe 3%

2 Internet
hdl.handle.net 3%

3 Internet
repositorio.urp.edu.pe 2%

4 Trabajos entregados
Universidad Privada San Juan Bautista on 2023-07-02 1%

5 Internet
repositorio.upsjb.edu.pe <1%

6 Trabajos entregados
uwiener on 2023-02-17 <1%

7 Internet
www.coursehero.com <1%

8 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2024-06-12 <1%

9 Trabajos entregados
Universidad Cesar Vallejo on 2025-01-06 <1%

10 Internet
cdn.www.gob.pe <1%

11 Internet
alicia.concytec.gob.pe <1%