Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la Ciudad de Chiclayo, 2025

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud

AUTOR

Clara Milena PALMA GARCÍA

ASESOR

Dr. Manuel Hernán IZAGUIRRE SOTOMAYOR

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Palma C. Acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la Ciudad de Chiclayo, 2025 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Clara Milena Palma García
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	16760827
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5451-2237
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08732866
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-0768-7402
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Juan Pedro Matzumura Kasano
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09165800
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Dr. Miguel Hernán Sandoval Vegas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08754382
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	21886222
Datos de investigación	

Línea de investigación	Alcance no experimental, de diseño analítico, enfoque cuantitativo, de carácter retrospectivo y transversal.
Grupo de investigación	180 gestantes de la Red de Salud Chiclayo
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Chiclayo/Lambayeque/Perú
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 30 días del mes de junio del año dos mil veintiséis siendo las 12:00 horas, bajo la presidencia del Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano con la asistencia de los Profesores: Dr. Miguel Hernán Sandoval Vegas (Miembro), Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo (Miembro) y el Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, con Bachiller de Obstetricia, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: ***"Acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la Ciudad de Chiclayo, 2025"*** *con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación* ***B MUY BUENO (17).*** *A continuación, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de* ***MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD****, a la postulante* ***CLARA MILENA PALMA GARCÍA****.*

Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 12:44 horas se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Miguel Hernán Sandoval Vegas
Profesor Principal
Miembro

Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Profesor Asociado
Miembro

Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Profesor Principal
Asesor

Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Presidente

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR** en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la UPG **N° 000186-2026-UPG-VDIP-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es "**Acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la Ciudad de Chiclayo, 2025"** presentado por el egresado **CLARA MILENA PALMA GARCÍA** para optar el **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD,**

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **18%** de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.**

Lima, 15 de julio de 2026

ONPE Firma Digital
OFICINA NACIONAL DE PROCESOS ELECTORALES

Firmado digitalmente por IZAGUIRRE SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.07.2026 13:59:33 -05:00

Firma del Asesor _____

Nombres y Apellidos del asesor: **MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR**

DNI: 08732866

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Agradecimiento

Un agradecimiento especial a mi asesor quien como catedrático me guió con ese conocimiento, experiencia y motivaciones que le caracteriza para lograr mi objetivo académico trazado,

A cada gestante que se tomó el tiempo para escucharme, apoyarme y me brindaron las facilidades a través de su carnet perinatal, encuesta, historia clínica, para el desarrollo de mi tesis.

Al Magister Hugo Florencio Gutiérrez Crespo, del Curso Seminario de Tesis por sus palabras de ahínco.

Dedicatoria

A Dios, por permitirme pasar este momento importante en mi vida para obtener una de mis metas académicas.

A mis padres que me enseñaron a persistir en la vida superando todo tipo de obstáculos.

A mi hermano Enrique, mi ángel en el cielo, no me olvido lo que te prometí.

.

Índice general

Página de aceptación o veredicto de la tesis por los miembros del Jurado Examinador ii
Agradecimiento iii
Dedicatoria iv
Índice general v
Lista de cuadros vi
Lista de figuras ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Resumen viii
Abstract ix
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN 10
1.1 Situaciόm problemática 10
1.2 Formulación del problema 12
1.3 Justificación teórica 13
1.4 Justificación práctica 13
1.5 Objetivos 13
1.5.1 Objetivo general 13
1.5.2 Objetivos específicos 14
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO 15
2.1 Marco filosófico o epistemiológico de la investigación 15
2.2 Antecedentes de investigación 16
2.3 Bases teóricas 20
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA 29
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 39
4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados 39
4.2 Pruebas de hipótesis 42
4.3 Presentación de resultados 47
CONCLUSIONES 53
RECOMENDACIONES 54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56
ANEXOS 63

Lista de tablas

Tabla Página

Tabla 1. Distribución de la población 30

Tabla 2. Distribución de la muestra 31

Tabla 3. Relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal 43

Tabla 4. Relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal 43

Tabla 5. Relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal 44

Tabla 6. Relación entre la dimensión continuidad de la atención y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal 45

Tabla 7. Relación entre la dimensión resolutividad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal 45

Tabla 8. Relación entre la dimensión calidad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal 46

Tabla 9. Características generales de las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 47

Tabla 10. Nivel de acceso a los servicios de salud de las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 48

Tabla 11. Dimensiones de la variable acceso a los servicios de salud 48

Tabla 12. Demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 49

Tabla 13. Acceso al servicio de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 49

Tabla 14. Accesibilidad geográfica y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 50

Tabla 15. Disponibilidad y oportunidad de atención y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 50

Tabla 16. Continuidad de la atención y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 51

Tabla 17. Resolutividad y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 51

Tabla 18. Calidad y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 52

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. La investigación fue de tipo no experimental, con enfoque cuantitativo y diseño analítico, retrospectivo y transversal, cuya muestra estuvo conformada por 180 gestantes. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal ($p<0,001$). Asimismo, se encontró asociación significativa con las dimensiones accesibilidad geográfica, continuidad de la atención y resolutividad; ($p<0,001$) con la demora en el inicio de atención prenatal, mientras que no se evidenció relación significativa con la disponibilidad ($p=0,058$), ni con la calidad de la atención ($p=0,231$). Se concluye que un inadecuado acceso a los servicios de salud implicará demoras en el inicio de atención prenatal.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud, atención prenatal

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between access to health services and delays in initiating prenatal care among pregnant women in the city of Chiclayo, 2025. The research was non-experimental, with a quantitative approach and an analytical, retrospective, and cross-sectional design. The sample consisted of 180 pregnant women. The Chi-square test was used for data analysis with a significance level of 0.05. The results showed a statistically significant relationship between access to health services and delays in initiating prenatal care ($p < 0.001$). A significant association was also found between access to health services, continuity of care, and effectiveness ($p < 0.001$) and delays in initiating prenatal care, while no significant relationship was found with availability ($p = 0.058$) or quality of care ($p = 0.231$). It is concluded that inadequate access to health services will lead to delays in the initiation of prenatal care.

Keywords: Access to health services, prenatal care

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, el 81 % de las mujeres embarazadas habían recibido al menos una consulta de atención prenatal, mientras que solo el 56 % completó al menos cuatro controles. En el continente americano los indicadores son más positivos, registrándose que el 95 % de las gestantes tuvo al menos una consulta y el 86 % alcanzó cuatro controles prenatales durante su embarazo (Quijaite et al., 2019). En Perú, según datos del Seguro Social de Salud (EsSalud), aunque las atenciones prenatales han aumentado en más del 40 %, apenas el 57 % de las gestantes inicia sus controles de manera oportuna (Seguro Social de Salud , 2024).

La atención prenatal tiene como propósito proteger y fortalecer la salud tanto de la madre como del hijo. Sin embargo, las cifras a nivel mundial muestran que apenas el 50% de las mujeres gestantes acceden al número de controles prenatales sugerido por las recomendaciones internacionales (Geltore & Anore, 2021). Numerosos países con recursos económicos limitados, muchas mujeres no logran completar estas consultas, situación que puede influir directamente en el incremento de la mortalidad materna y del recién nacido (Lee et al., 2024).

Está comprobado que iniciar tempranamente la atención prenatal y mantener controles periódicos a lo largo del embarazo contribuye de manera decisiva a mejorar la salud de la madre y del recién nacido. Un seguimiento adecuado permite detectar y tratar a tiempo posibles complicaciones, reduciendo los riesgos tanto maternos como fetales y favoreciendo un parto seguro. Por el contrario, la ausencia de controles o la asistencia insuficiente a las consultas prenatales se relaciona con un aumento de la

mortalidad y las complicaciones graves en la gestante, además de resultados desfavorables en el embarazo, como el bajo peso al nacer, el parto prematuro y la mortalidad infantil (Howell, 2018; Holt et al., 2024).

En ese sentido, se ha identificado que la demora en el inicio de los controles prenatales está estrechamente relacionada con el acceso a los servicios de salud. Este acceso no solo implica la disponibilidad de centros y profesionales, sino también la posibilidad real de utilizarlos de manera oportuna y continua. Cuando las personas pueden acceder a la atención sin obstáculos, se facilita la detección temprana de problemas de salud. Además, un acceso efectivo fortalece la confianza en el sistema de salud, promueve la adherencia a los controles y contribuye a reducir desigualdades en los resultados de salud a lo largo de la vida (Coombs et al., 2021; Penman et al., 2023).

Sin embargo, aunque la atención prenatal forma parte del sistema de salud y, en teoría, debería estar al alcance de todas las mujeres durante el embarazo, en la práctica esto no siempre se cumple. Existen diversas circunstancias que dificultan que las gestantes puedan acudir a sus controles, incluyendo barreras económicas, sociales, demográficas e incluso culturales, las cuales pueden afectar de manera significativa la oportunidad y la calidad de la atención recibida (Dioses et al., 2023). Se ha observado que aquellas con acceso limitado, por bajos ingresos, residencia en zonas rurales o pertenencia a minorías étnicas, suelen recibir menos controles prenatales y comenzar la atención más tarde durante el embarazo (Penman et al., 2023).

Estudios como los realizados por Guillén et al. (2024), mostraron que factores como ser mayor de 35 años, contar con un empleo con horarios rígidos, carecer de apoyo por parte de la pareja o mantener relaciones conflictivas con la familia aumentan la probabilidad de que las gestantes comiencen su atención prenatal de manera tardía. En esa misma línea Hadaro et al. (2025), evidenciaron que la demora en la decisión de buscar atención médica durante el embarazo es un problema significativo, con una prevalencia del 44,7 %. Se identificaron factores claramente asociados con esta demora: la falta de educación formal, la residencia en áreas rurales, el desempleo, la dependencia de la decisión del esposo y la ausencia de seguimiento prenatal.

Estos hallazgos evidencian que la demora en el inicio de la atención prenatal no es un hecho aislado, sino el resultado de una interacción compleja entre factores individuales, familiares, sociales y estructurales. Las barreras económicas, culturales, geográficas y las limitaciones en la educación, condicionan directamente el acceso a los servicios de salud, retrasando la búsqueda de atención y reduciendo la cantidad y calidad de los controles prenatales.

Ante esta problemática, el acceso a los servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de Chiclayo constituye un desafío de salud pública que requiere atención prioritaria. Comprender esta situación es fundamental para diseñar estrategias integrales que mejoren la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, así como fortalezcan el apoyo familiar y comunitario, garantizando que la atención prenatal sea oportuna para todas las gestantes de la ciudad.

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?

Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?

1.3 Justificación teórica

A nivel teórico este estudio contribuye a la comprensión de cómo diversas barreras influyen en la demora del inicio de los controles y permitirá profundizar la comprensión de la relación entre el acceso a los servicios de salud y la demora en el inicio de los controles prenatales. Este conocimiento no solo ayuda a consolidar los fundamentos teóricos sobre determinantes sociales de la salud y equidad en la atención, sino que también sirve como referencia para futuras investigaciones y modelos de intervención en los servicios de salud en Chiclayo. Al explorar esta problemática desde un enfoque teórico, el estudio ofrece un marco conceptual que ayuda a comprender las dinámicas locales del acceso a la atención prenatal.

1.4 Justificación práctica

A nivel práctico este estudio tiene la capacidad de generar información valiosa que permite mejorar el acceso y la oportunidad de la atención prenatal en gestantes de Chiclayo. Los resultados permiten identificar las barreras que dificultan la llegada temprana a los controles, lo que favorece el diseño de estrategias dirigidas a facilitar la atención oportuna. Para las gestantes, esto se traduce en un seguimiento más cercano de su embarazo, la detección temprana de riesgos y la reducción de complicaciones en la gestación. Para los profesionales de salud, los hallazgos sirven como guía para optimizar la planificación de servicios y para mejorar la calidad de la atención ofrecida. Asimismo, los centros de salud podrán utilizar esta información para ajustar sus recursos, organizar mejor la atención prenatal y garantizar que los servicios sean más accesibles y centrados en las necesidades de la comunidad, contribuyendo así a una atención integral en los establecimientos de salud de la Red de Salud de Chiclayo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

1.5.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Identificar la relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Identificar la relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Identificar la relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Identificar la relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico o epistemiológico de la investigación

Para avanzar en la investigación científica y analizar los resultados tanto en su aspecto teórico como práctico, es crucial establecer bases filosóficas claras que proporcionen un enfoque lógico dentro del campo científico. Un paradigma filosófico sirve como marco conceptual que orienta la investigación, estableciendo un conjunto de supuestos relacionados con el contexto social y el conocimiento humano (Miranda et al., 2020).

En este marco, el paradigma positivista resalta por su enfoque en obtener conocimiento a través de métodos científicos verificables y controlados. Según este enfoque, el conocimiento legítimo se deriva de la observación directa y de la experimentación empírica. Es decir, el positivismo sostiene que la realidad es observable y medible objetivamente, y que las leyes universales se pueden descubrir a través del método científico (Williamson & Johanson, 2018).

Desde la perspectiva positivista, la investigación científica se enfoca en recolectar datos observables, analizarlos estadísticamente y formular hipótesis que puedan ser validadas o refutadas a través de evidencia empírica. El objetivo principal es minimizar los sesgos y evitar la subjetividad, priorizando la objetividad y la capacidad de replicar los resultados. Así, el estudio se basó en una recolección meticulosa y objetiva de datos, con una descripción imparcial de los mismos, siguiendo los principios fundamentales del positivismo. Esto implicó excluir cualquier juicio de valor o interpretación personal que pudiera influir en los resultados. En su lugar, se favoreció la objetividad y la neutralidad al presentar los hallazgos, lo que permitió una comprensión más precisa y fundamentada en

evidencia del acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal (Park et al., 2020).

Adoptar un enfoque positivista es adecuado para este tipo de investigación, ya que proporciona una metodología basada en la objetividad, lo que es esencial para entender la relación entre las variables en estudio. La objetividad asegura que los datos y análisis sean imparciales, aumentando la fiabilidad y validez de los resultados. Al evitar prejuicios y juicios de valor, esta perspectiva permite realizar una evaluación más precisa de las relaciones entre las variables, facilitando la identificación de patrones y la formulación de conclusiones respaldadas por evidencia sólida. En última instancia, una aproximación objetiva contribuye a la creación de un conocimiento científico confiable y robusto en el área de estudio.

2.2 Antecedentes de investigación

Antecedentes Internacionales

Misikir et al. (2025), examinaron el inicio tardío del contacto de atención prenatal de la OMS de 2016 y los factores asociados entre mujeres embarazadas. De tipo transversal; en donde incluyeron a 380 participantes. Los resultados indicaron que el inicio tardío del contacto de atención prenatal fueron residir en una zona rural (OR=2,12; IC95%; 1,24-3,62) y tener dificultades para acceder al transporte (OR=1,97; IC95%; 1,18-3,29). Se pudo concluir que los factores señalados se asociaron significativamente en inicio tardío de la atención prenatal.

Mazhar et al. (2024), determinaron la frecuencia y los factores asociados con el retraso en los servicios de atención prenatal en una institución de atención médica. De tipo transversal; en donde incluyeron a 232 participantes. Los resultados indicaron que los factores asociados al retraso de la atención prenatal fueron la edad (p=0,001), el grado de instrucción de la gestante (p=0,001), el estado laboral (p=0,002), la residencia rural (p=0,001), el ingreso mensual <35 000 rupias (p=0,003), ser multíparas (p=0,001) y el tipo de familia (p=0,001). Se concluyó que el estudio mostró una frecuencia significativa de retrasos en la atención prenatal, que se asoció con la edad, la educación, la ocupación, la residencia y los ingresos de las encuestadas

Endawkie et al. (2024), determinaron el tiempo necesario para reservar la atención prenatal y sus factores predictivos en mujeres embarazadas. De tipo transversal; en donde incluyeron a 86 662 pacientes. Los resultados mostraron que la educación materna en los niveles primario (HR = 1,01; IC95%; 1,02–1,25), secundario (HR = 1,03; IC95%; 1,02–1,05) y superior (HR = 1,40; IC95%; 1,30–1,50), así como el nivel educativo del esposo en los niveles primario (HR = 1,08; IC95%; 1,06–1,09), secundario (HR = 1,12; IC95%; 1,10–1,13) y superior (HR = 1,08; IC95%; 1,07–1,10), en comparación con aquellos sin educación, se asociaron significativamente con el tiempo hasta la reserva de atención prenatal. Además, un estatus económico de clase media (HR = 1,66; IC95%; 1,60–1,70) o alto (HR = 1,60; IC95%; 1,56–1,73), un mayor nivel de alfabetización materna comunitaria (HR = 1,05; IC95%; 1,04–1,06) y una cesárea previa (HR = 1,35; IC95%; 1,33–1,39) también se identificaron como factores predictivos. Por el contrario, un alto nivel de pobreza comunitaria (HR = 0,99; IC95%; 0,98–0,99) y los embarazos no deseados (HR = 0,74; IC95%; 0,72–0,77) se asociaron con una menor probabilidad de iniciar oportunamente la atención prenatal. Se pudo concluir que los factores señalados se asociaron significativamente con el inicio tardío del control prenatal.

Klare et al. (2024), examinaron las barreras comunes del sistema de salud para la atención prenatal, las disparidades raciales en la atención prenatal y el impacto de las barreras reportadas por las pacientes en su utilización de la atención médica y los resultados del embarazo. De tipo de cohorte, retrospectivo; en donde incluyeron a 251 participantes. Los resultados mostraron que los pacientes hispanos iniciaron la atención prenatal más tarde que los pacientes blancos no hispanos (13 semanas y 6 días frente a 10 semanas y 5 días; p = 0,009). De manera similar, los pacientes con educación hasta duodécimo grado iniciaron la atención más tardíamente que aquellos con educación universitaria (16 semanas frente a 11 semanas; p < 0,001). Además, los pacientes con ingresos anuales menores de 45,000 dólares comenzaron la atención prenatal más tarde que aquellos con ingresos superiores a 140,000 dólares (13 semanas y 3 días frente a 9 semanas y 1 día; p = 0,02). Por último, los pacientes que reportaron largos tiempos de espera iniciaron la atención prenatal un promedio de 2 semanas y 2 días más tarde que los que no enfrentaron esta barrera (14 semanas y 1 día frente a 12 semanas; p = 0,01). Se pudo concluir que los factores mencionados se asociaron significativamente con inicio tardío del control prenatal.

Nigatu et al. (2023), determinaron la magnitud y los determinantes del inicio tarde de la atención prenatal en mujeres en edad reproductivo. De tipo transversal, analítico; en donde incluyeron 2 643 participantes. Los resultados indicaron el 56% de las participantes iniciaron tardíamente con los controles prenatales. Además, las mujeres con embarazo no planeado (OR=1,60; IC95%; 1,37-1,84), no tener seguro médico (OR=1,78; IC95%; 1,14-2,76) y tener antecedentes de cesárea (OR=1,50; IC95%; 1,10-2,07) tuvieron una mayor probabilidad de iniciar tardíamente la atención prenatal. Se concluye que enfocar la atención en las personas de alto riesgo podría disminuir el retraso en la primera consulta prenatal, contribuyendo a reducir problemas de salud materna y fetal mediante la detección y acción temprana.

Tadele et al. (2022), determinaron la prevalencia del inicio tardío de la atención prenatal y los factores asociados entres las mujeres embarazadas en un hospital público. De tipo transversal; en donde incluyeron a 409 participantes. Los resultados indicaron que el 48% de las gestantes iniciaron su primera atención prenatal. Asimismo, los factores relacionados con el retraso fueron la educación primaria (OR=0,242; IC955; 0,071-0,828), las mujeres con un embarazo no planificado (OR=11,290; IC95%; 4,109-31,023), el tiempo de llegada al centro de salud >60 minutos (OR=8,285; IC95%; 2,794-24,564) y el conocimiento inadecuado sobre el servicio de atención prenatal (OR=4,181; IC95%; 1,693-10,348). Se concluyó que los factores señalados se consideraron variables significativas en el inicio tardío de la atención prenatal.

Venyuy et al. (2020), determinaron los factores asociados con el inicio tarde de la atención prenatal en embarazadas. De tipo transversal; en donde incluyeron 602 participantes. Los resultados indicaron que el 75% de las pacientes iniciaron tarde la atención prenatal. Además, los factores asociados relacionados con el retraso fueron la edad (p=0,0001), el nivel educativo (p=0,002), el estado civil (p=0,016), religión (p=0,034), paridad (p=0,001), los ingresos mensuales (p=0,001), el costo del servicio de salud (p=0,010), la distancia al centro de salud (p=0,021) e insatisfacción con los servicios de atención prenatal previos (p=0,014). Se puede concluir que disminuir los costos asociados a los servicios de atención prenatal y reducir las barreras geográficas como la distancia a los centros de salud, junto con la implementación de

otras acciones identificadas, podría favorecer que un mayor número de mujeres embarazadas inicien la atención prenatal de manera temprana, lo que a su vez contribuiría a mejorar los resultados del embarazo.

Teshale et al. (2020), determinaron la prevalencia y los factores asociados con el retraso en la reserva de la primera cita de atención prenatal. De tipo observacional, transversal; en donde incluyeron 4741 participantes. Los resultados indicaron que las mujeres con niveles educativos de secundaria y superior presentaron una menor probabilidad de retrasar su primera consulta de atención prenatal, (OR= 0,78; IC95%:0,61–0,99) y (OR= 0,61; IC 95 %; 0,44–0,83) respectivamente. En contraste, las mujeres multíparas y grandes multíparas mostraron una mayor probabilidad de iniciar tardíamente la atención prenatal (OR= 1,21; IC95 %; 1,01–1,45) y (OR=1,50; IC 95 %; 1,16–1,93) respectivamente. De igual forma, aquellas cuyo último embarazo no fue deseado (OR = 1,52; IC 95 %; 1,10–2,09), las que residían en zonas rurales (OR = 1,66; IC95 %; 1,25–2,21) y las que habitaban en regiones centrales amplias o en regiones periféricas pequeñas (OR = 2,76; IC95 %; 2,20–3,47 y (OR = 2,70; IC95 %; 2,12–3,45) respectivamente también mostraron una mayor tendencia a posponer la primera cita de atención prenatal. Se pudo concluir que los factores mencionados se relacionaron significativamente con el retraso de la atención prenatal.

Betancourt-Ruiz y García. (2019), determinaron cuales son los factores asociados a la no adherencia a control prenatal en gestantes. De tipo descriptivo, de corte transversal; en donde incluyeron 50 participantes. Los resultados indicaron que el 98% de las pacientes tuvieron un inicio tardío del control prenatal. Con respecto a las limitaciones para asistir al control prenatal fueron 20% por la distancia del centro de salud, 10% no le parece importante, 4% percibieron una mala atención del personal. Por su parte para la dificultad de conseguir citas médicas, el 44% largas filas de espera, 42% la cantidad de documentos necesarios para la solicitud de la cita, 6% asignación de la cita, 6% ausencia del profesional de la salud. Asimismo, el tiempo estimado entre la solicitud de la cita y la realización del control prenatal osciló entre 1 y 3 días en el 40 % de las gestantes, entre 4 y 10 días en el 30 %, y entre 11 y 30 días en el 16 %. Un 10 % de las participantes refirió haber sido atendida de forma inmediata tras la solicitud, mientras que solo un 4 % informó una espera superior a

un mes. Se concluyó que las principales limitaciones para acceder al control prenatal fueron los factores económicos, las dificultades de transporte, la distancia al centro de salud, las largas filas de espera, la falta de documentación requerida, el tiempo prolongado entre la solicitud de la cita y la atención, así como la ausencia de personal sanitario.

Antecedentes Nacionales

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de evidencia escrita a nivel nacional utilizando las principales fuentes de información, como Google Académico, RENATI y diversos repositorios nacionales; no obstante, no se encontraron resultados relevantes.

2.3 Bases teóricas

Acceso a los servicios de salud

El término “acceso” en el contexto de los servicios de salud se refiere a la acción del individuo de intentar obtener atención médica, sin que esto implique necesariamente que reciba efectivamente los servicios ofrecidos por las instituciones de salud. Actualmente, uno de los principales objetivos de los distintos sistemas de salud es alcanzar la Cobertura Universal, especialmente en países de ingresos medianos y bajos (Robinson y otros, 2022).

Algunos autores plantean que el acceso a los servicios de salud se entiende como la facilidad y oportunidad con la que las personas pueden acercarse y recibir atención médica adecuada cuando consideran que la necesitan, sin enfrentar obstáculos significativos. Este acceso se genera a partir de la interacción entre las características individuales y familiares, los contextos sociales y físicos, así como los sistemas, organizaciones y profesionales de la salud. Dicha interacción puede examinarse considerando las distintas etapas del modelo de prestación del servicio (Vértiz-Ramírez y otros, 2024).

La accesibilidad a los servicios de salud es fundamental porque actúa como un vínculo entre la oferta y la demanda. Su importancia radica en contar con mecanismos que permitan a la población acceder a la atención requerida y satisfacer sus necesidades de manera oportuna. Las necesidades de salud no deben evaluarse

únicamente en función de los servicios disponibles, sino en términos de la resolución efectiva de los problemas de salud. Esto implica incorporar elementos innovadores en la planificación de los servicios, un liderazgo sólido y el desarrollo de tecnologías que mejoren la gestión de los determinantes de la salud, contribuyendo así a la calidad de vida y al bienestar de la población (Carballo-Quesada, 2022).
Puede evaluarse tomando en cuenta las siguientes dimensiones:

Disponibilidad

Están relacionadas con la capacidad del sistema de salud para responder adecuadamente a las necesidades de la población, lo cual depende de la interacción entre factores físicos, humanos y de servicios. Entre las principales limitaciones se encuentran la falta de infraestructura adecuada, la escasez de médicos especializados, la carencia de información sobre los servicios disponibles, la insuficiencia de medicamentos y la limitada capacitación del personal sanitario. Los recursos físicos comprenden las instalaciones y equipamientos indispensables para la prestación efectiva de los servicios de salud; los recursos humanos constituyen un elemento clave, responsable de la provisión y desarrollo de dichos servicios; y los servicios de salud engloban las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se ofrecen tanto en los establecimientos asistenciales como en el entorno comunitario (Arias y otros, 2020).

Accesibilidad

Se refieren a los obstáculos que enfrentan las personas para acceder a los establecimientos de salud, tales como largas filas, procedimientos administrativos complejos, tiempos de espera prolongados y trámites excesivos. Estas barreras pueden clasificarse en tres dimensiones: física, organizativa y financiera. La accesibilidad física está determinada por la distancia entre el domicilio del usuario y el centro de salud, así como por la disponibilidad de medios de transporte y la calidad de las vías de comunicación. La accesibilidad organizativa se relaciona con los requisitos y procesos que debe cumplir el paciente para recibir atención médica, incluyendo la obtención de citas o el cumplimiento de criterios administrativos. Finalmente, la accesibilidad financiera depende de la capacidad económica del usuario para asumir los costos asociados a la atención, como consultas, medicamentos o transporte (Arias y otros, 2020).

Aceptabilidad

Están relacionadas con los factores culturales y sociales que influyen en la disposición o consentimiento de las personas para acceder a los servicios de salud. Estas barreras reflejan las percepciones, creencias, valores y experiencias previas de los usuarios respecto al sistema sanitario, así como sus expectativas sobre el tipo de atención que recibirán. La aceptabilidad depende de elementos socioculturales, religiosos y personales, entre los que se incluyen las costumbres familiares, los conocimientos transmitidos por el entorno y las creencias construidas a partir de experiencias previas con los servicios de salud. Además, aspectos como el respeto, la privacidad y la adecuación del trato recibido también influyen en la decisión del paciente de buscar o continuar con la atención médica (Arias y otros, 2020).

Contacto con el servicio

Corresponde a la etapa del proceso de atención en salud en la que se establece la interacción directa entre el prestador y el paciente, garantizando la continuidad de la atención mediante la adaptación de los servicios a las necesidades del usuario y la calidad en la prestación del cuidado (Arias y otros, 2020).

Atención prenatal

La atención prenatal está orientada a promover la salud y el bienestar de las personas embarazadas, durante el parto y el período posterior, así como de sus hijos. Se basa en servicios respaldados por evidencia científica que incluyen la evaluación, la atención médica, la orientación y el apoyo oportuno. Este tipo de atención facilita la detección y el manejo adecuado de enfermedades crónicas y de posibles complicaciones del embarazo, especialmente en aquellas personas con mayor riesgo de presentar resultados adversos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2025).

Durante la primera consulta prenatal, que idealmente debe realizarse en el primer trimestre del embarazo, se llevan a cabo diversas evaluaciones médicas que incluyen la elaboración de una historia clínica completa, la realización de exámenes físicos y ginecológicos, así como estudios de laboratorio e imagen. En los casos de embarazos de alto riesgo, se requiere un seguimiento más frecuente. La historia clínica inicial, esta primera visita contempla valoraciones clínicas detalladas que permiten

identificar posibles exposiciones a infecciones o sustancias tóxicas, así como evaluaciones psicosociales destinadas a detectar problemas de salud mental, barreras para el acceso a la atención o situaciones de violencia. También se realiza el control de parámetros maternos como la presión arterial, el peso y la talla, el monitoreo de la actividad cardíaca fetal y la aplicación de pruebas para detectar condiciones materno-fetales, entre ellas anemia, infecciones o enfermedades de transmisión sexual (Karrar y otros, 2024).

Las ecografías constituyen una herramienta esencial, ya que permiten determinar con precisión la edad gestacional, identificar embarazos múltiples y detectar posibles anomalías congénitas. Asimismo, se puede ofrecer tamizaje genético prenatal para detectar alteraciones cromosómicas o portadores de enfermedades hereditarias. Las pruebas de laboratorio realizadas durante las consultas prenatales también contribuyen a confirmar el embarazo y a identificar condiciones que puedan afectar la salud materna o fetal (Karrar y otros, 2024).

La atención prenatal, como servicio proporcionado por el sistema de salud, debería estar disponible y ser accesible para todas las mujeres durante el embarazo. No obstante, en la práctica, diversas circunstancias pueden dificultar la asistencia a los controles prenatales. Entre las principales causas de inasistencia se encuentran factores socioeconómicos, sociodemográficos y culturales, los cuales pueden afectar de manera negativa la continuidad y calidad de la atención prenatal (Dioses y otros, 2023).

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, se sugiere que toda mujer embarazada realice al menos ocho controles prenatales con el propósito de reducir el riesgo de mortalidad materna y neonatal, así como de prevenir complicaciones que puedan presentarse antes, durante o después del parto. El primer control debe efectuarse alrededor de las doce semanas de gestación, y los siete controles restantes deben distribuirse a lo largo del embarazo conforme a las necesidades de cada etapa (Dioses y otros, 2023).

Demora en el inicio de la atención prenatal

Las mujeres se enfrentan a diversas barreras sociales, culturales, económicas y legales que dificultan satisfacer sus necesidades de salud. En muchos contextos, su autonomía y capacidad de decisión sobre su propia salud son limitadas. Asimismo, las responsabilidades asociadas al trabajo doméstico, al cuidado de hijos, hijas y personas dependientes, así como las condiciones laborales que enfrentan, restringen el tiempo disponible para acceder a los servicios de salud (Houghton y otros, 2022).

El momento en que se inicia la primera atención prenatal constituye un punto decisivo en el cuidado de la gestante, ya que a partir de esta consulta se puede establecer un plan de seguimiento periódico y continúo basado en sus necesidades de salud (Quijaite et al., 2019). El inicio tardío de la atención prenatal es un problema frecuente que limita la posibilidad de detectar y tratar de manera temprana las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo. En cambio, cuando esta atención se brinda de forma oportuna, se reduce considerablemente el riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido (Guillen-Calle y otros, 2024)

A pesar de las recomendaciones internacionales y de las políticas nacionales orientadas a mejorar la cobertura como el fortalecimiento del personal sanitario, la implementación de modelos de atención basados en el curso de vida, el aseguramiento universal y las estrategias vinculadas a los objetivos de desarrollo sostenible, la atención prenatal oportuna continúa siendo un desafío. Las gestantes que realizan menos de seis controles prenatales ven disminuidas sus oportunidades de adoptar prácticas saludables, lo que puede repercutir negativamente en su salud y en el desarrollo adecuado del feto (Guillen-Calle y otros, 2024).

La falta o el retraso en el inicio de la atención prenatal se han relacionado con factores como una edad materna más temprana, un mayor número de embarazos previos, la ausencia de un proveedor médico habitual, pertenecer a grupos raciales o étnicos no predominantes y niveles educativos más bajos. Asimismo, aspectos prácticos como la falta de transporte, la carencia de cuidado infantil, el tipo de empleo o la cobertura de seguro de salud también se asocian con la imposibilidad de acceder oportunamente a la atención prenatal (Simeone y otros, 2023).

Acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes

La Organización Panamericana de la Salud identifica cuatro factores principales que limitan el acceso a los servicios de salud: la falta de infraestructura adecuada; deficiencias en la asignación y gestión de recursos, tanto los directamente relacionados con la atención médica como los que, aunque no lo estén, influyen en la salud; problemas relacionados con la calidad de los servicios; y barreras que dificultan la atención, como las de tipo geográfico, económico o cultural. Mientras que los tres primeros factores dependen directamente de la provisión de servicios y de las políticas nacionales para garantizar su disponibilidad, el último se relaciona con las decisiones individuales de los usuarios, quienes las toman considerando las restricciones que enfrentan y los elementos que afectan la demanda de los servicios de salud (Gonzales, 2019).

El inicio tardío de la atención prenatal representa un problema relevante de salud pública. Esta situación se asocia con múltiples factores relacionados tanto con la mujer embarazada y su entorno familiar, como con las condiciones sociales, culturales y las características del propio establecimiento de salud donde se brinda la atención. Se ha identificado que la falta de conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal para la madre y el feto, los costos de transporte, las ocupaciones laborales o domésticas, la ausencia de planificación del embarazo, los ingresos económicos limitados, la escasez de tiempo disponible, la distancia al centro de salud y los largos periodos de espera son factores que contribuyen al inicio tardío de los controles prenatales (Quijaite et al., 2019).

Según la literatura internacional, la evidencia indica que los pacientes que no se sienten satisfechos con la atención recibida presentan menor adherencia a las indicaciones médicas, tienden a retrasar la búsqueda de nuevos servicios de salud y muestran una comprensión limitada de la información proporcionada por el personal médico. En este sentido, los tiempos de espera prolongados en los establecimientos de salud se asocian con niveles más altos de insatisfacción y pueden provocar una asistencia irregular o un uso inadecuado de los servicios de atención prenatal (Abdus-salam y otros, 2021).

Otra investigación sugiere que la carencia de transporte y la distancia entre el hogar y el centro de salud se relacionan con una menor probabilidad de utilización de los servicios sanitarios. Este problema es particularmente relevante en áreas rurales, donde las barreras geográficas son significativamente más frecuentes que en los entornos urbanos. La planificación adecuada y la implementación de un plan de parto personalizado para cada gestante pueden contribuir a reducir este tipo de barreras. Asimismo, se ha sugerido que los ingresos económicos de las gestantes resultan insuficientes para cubrir los costos de los servicios hospitalarios y que enfrentan dificultades para costear gastos adicionales, como medicamentos o estudios que no son provistos a través del seguro de salud (Blanquillo-Reyes & Santos-Rosales, 2024).

Asimismo, se observó que la gran distancia a los centros de salud se relaciona con un menor uso y un uso tardío de los servicios de atención prenatal, así como con una reducción en el número de visitas realizadas por las mujeres embarazadas. Esta situación resalta la importancia de implementar estrategias complementarias, como la utilización de educadores pares, para dar seguimiento a las gestantes en sus distintos sectores de salud durante los programas de campaña (Venyuy y otros, 2020).

Por su parte, las mujeres que viven en zonas rurales tienen una mayor probabilidad de retrasar el inicio de la atención prenatal en comparación con las mujeres urbanas, debido a dificultades de acceso, falta de conocimiento sobre la salud y barreras culturales. Además, enfrentan más obstáculos relacionados con el tiempo disponible para recibir atención prenatal temprana. Estos hallazgos sugieren que los gobiernos podrían reducir la brecha entre áreas rurales y urbanas mediante la mejora del acceso de las mujeres rurales a la atención prenatal oportuna (Mazhar y otros, 2024).

Marcos conceptuales o Glosario

Atención prenatal

Se refiere a los cuidados brindados a la mujer durante el embarazo, con el propósito de prevenir complicaciones y reducir tanto la mortalidad materna como la infantil (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Acceso a los servicios de salud

Se define como el nivel en que las personas pueden acceder y utilizar efectivamente la atención médica disponible. Esta capacidad está determinada por diversos factores, como la ubicación geográfica, las condiciones de infraestructura, la disponibilidad de transporte y la situación económica, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Barreras de acceso a los servicios de salud

Factores que impiden el acceso equitativo a los servicios, medicamentos y tecnologías de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Servicios de Salud

Se entiende por servicios de salud aquellos destinados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como a la promoción y mantenimiento de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Demora

Tardanza, dilación (Real Academia Española, 2023).

Hipótesis general

Ha: Existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Ho: No existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Hipótesis específicas

HE1: Existe relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE2: Existe relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE3: Existe relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE4: Existe relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE5: Existe relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Identificación de variables

Variable 1

Acceso a servicios de salud

Variable 2

Demora en el inicio de la atención prenatal

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

Tipo de estudio

No experimental y de enfoque cuantitativo.

Diseño de investigación

Analítico, retrospectivo y transversal.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada gestante atendida en los servicios de atención prenatal de los establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de Chiclayo, durante el mes de diciembre del 2025.

Población de estudio

336 gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal de cuatro establecimientos de la Red de Salud de Chiclayo (Centro de Salud de Reque, Eten, Monsefú y Nuevo Arica), durante el mes de diciembre del 2025.

El tamaño de la población fue estimado a razón de la distribución expuesta en la siguiente tabla, la cual representa el promedio mensual de gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal de los establecimientos:

Tabla 1. Distribución de la población

Establecimiento	N	%
Reque	80 (70)	24%
Ciudad Eten	75	22%
Monsefú	172	51%
Nueva Arica	9	3%
Total	**336**	**100%**

Fuente: Reporte materno 2025 de la Red de Salud en Chiclayo

Criterios de inclusión

- Gestantes de 18 años o más.
- Gestantes con al menos un embarazo previo documentado en el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de Wawared.
- Gestantes que hayan tenido al menos una atención prenatal en su embarazo anterior.
- Gestantes con un periodo intergenésico menor o igual a 10 años. Se consideró dicho margen para evitar la reducción de los casos y porque el Instituto Nacional de Estadística e Informática no muestra variaciones significativas en el porcentaje de barreras de acceso a los servicios de salud de mujeres peruanas de 15 a 49 años entrevistadas entre el 2015 y 2024 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020; 2023; 2024).
- Gestantes atendidas en el Centro de Salud de Reque, Eten, Monsefú o Nuevo Arica, durante el mes de diciembre del 2025.
- Gestantes con historias clínicas electrónicas completas.

Criterios de exclusión

- Gestantes con embarazos ectópicos o molares.
- Gestantes que se mudaron a otro departamento durante el embarazo anterior o que no completaron el seguimiento en servicios locales.
- Gestantes con problemas psiquiátricos.
- Gestantes con alguna discapacidad.

Tamaño de muestra

180 gestantes atendidas en cuatro establecimientos de la Red de Salud en Chiclayo (Centro de Salud de Reque, Eten, Monsefú y Nuevo Arica), durante el mes de diciembre del 2025.

El tamaño de muestra fue determinado utilizando la fórmula para estimar una proporción cuando la población es finita (N=336), además, se consideró un nivel de confianza del 95%, error de precisión del 5% y una proporción esperada de gestantes con inicio tardío de atención prenatal (p = 0.50, al desconocerse el valor real en la población objetivo).

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^{2} \times p \times q}{d^{2} \times (N-1) + Z_{\alpha}^{2} \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población: N=336

Nivel de Confianza (95%): Z_{α}=1.96

Proporción a favor: p=0.5

Proporción en contra: q=0.5

Error de precisión: d=0.05

Tamaño de muestra n = 180

La muestra se distribuyó proporcionalmente al tamaño poblacional de cada establecimiento, tal como se muestra a continuación:

Tabla 2. Distribución de la muestra

Establecimiento	Población (N)	%	Muestra (n)
Reque	80	24%	43
Ciudad Eten	75	22%	40
Monsefú	172	51%	92
Nueva Arica	9	3%	5
Total	**336**	**100%**	**180**

Fuente: Cálculo propio a partir del Reporte materno 2025 de la Red de Salud en Chiclayo

Selección de muestra

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de tipo probabilístico mediante la técnica estratificado proporcional, considerando como estratos a los cuatro establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud de Chiclayo: Reque, Ciudad Eten, Monsefú y Nueva Arica. El número de gestantes a incluir en cada establecimiento se determinó de forma proporcional al tamaño de su población, de acuerdo con el promedio mensual de gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal.

Dentro de cada estrato, la selección de participantes se efectuó mediante muestreo consecutivo, incluyendo a todas las gestantes que acudan a su atención prenatal durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión, hasta completar el número asignado por establecimiento. Este procedimiento permitió garantizar la representatividad de los establecimientos y la viabilidad del reclutamiento en el marco del diseño prospectivo del estudio.

Técnicas de recolección de datos

La técnica de investigación fue el análisis documental (Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de Wawared) y el instrumento una ficha de recolección de datos, constituida por las siguientes secciones:

1. Datos generales

   En esta sección se registró información sobre la edad (años), sexo (femenino, masculino), grado de instrucción (analfabeta, primaria, secundaria, superior técnico y superior universitario), estado civil (soltera, conviviente, casada, conviviente, divorciada y viuda), ocupación (ama de casa, estudiante, trabajadora independiente y trabajadora dependiente) y establecimiento de origen (Centro de Salud de Reque, Eten, Monsefú y Nuevo Arica) de la gestante.

2. Acceso a servicios de salud

   La investigadora diseñó un instrumento de recolección de datos para evaluar la variable acceso a los servicios de salud, definida como la posibilidad que tuvo la gestante de recibir atención integral y de calidad durante un embarazo anterior, sin enfrentar ningún tipo de barrera geográfica u organizacional. Para ello, se revisaron

diferentes modelos teóricos y conceptuales, que permitieron definir las dimensiones, como los Componentes Básicos del Derecho a la Salud de la OMS (2023), Indicadores Utilizados para Analizar las Barreras de Acceso a la Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (Báscolo et al., 2020), las Dimensiones del Acceso a los Servicios de Salud de la *Royal Society Medicine* (Fajardo-Dolci et al., 2015) y el Modelo Teórico de Acceso a Servicios de Salud en la Lógica del Derecho a la Salud de Arrivillaga y Borrero (2016). Luego, se analizó la información disponible en el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared, a fin de estructurar las dimensiones finales y sus indicadores de manera precisa (Ministerio de Salud, 2024).

Como resultado, el instrumento implicó a 11 ítems, distribuidos en 5 dimensiones: accesibilidad geográfica, disponibilidad y oportunidad de atención, continuidad de la atención, resolutividad y calidad. A continuación, se describen cada una de ellas:

- Accesibilidad geográfica: Facilidad con la que la gestante pudo acceder físicamente a los servicios de salud (Báscolo et al., 2020). Esta dimensión estuvo constituida por 2 indicadores, los cuales fueron puntuados con 1 si se cumple con el estándar de conformidad y 0 si no se cumple con el mismo.

  Atención en su distrito de residencia: Si la gestante fue atendida en un centro de salud cercano a su distrito de residencia se otorgará un punto, de lo contrario 0 puntos.
  Derivación con inicio de atención: Se otorgó 1 punto a aquellas gestantes que no precisaron de derivación por distancia o que fueron referidas a otros establecimientos y allí continuaron con sus atenciones prenatales (mínimo 6 atenciones prenatales). Sin embargo, si no acudió al centro de referencia o no completó el mínimo de atenciones en el mismo se otorgó 0 puntos.

  En lo que respecta a su categorización, esta dimensión se dividió en 3: accesibilidad geográfica deficiente cuando se obtuvo 0 puntos, regular 1

punto y adecuada 2 puntos (suma de los indicadores). Los datos necesarios para el cálculo fueron obtenidos del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared.

- Disponibilidad y oportunidad de atención: Medida en que los servicios de salud estuvieron disponibles en el momento y lugar requerido, y garantizaron el inicio y continuidad de la atención (Gulliford et al., 2002). Esta dimensión estuvo constituida por 3 indicadores, que fueron puntuados con 1 si se cumplió con el estándar de conformidad y 0 si no se cumplió con el mismo.

  Captación temprana: Si la gestante recibió su primera atención prenatal antes de las 14 semanas se puntuará con 1, de lo contrario se asignó un puntaje de 0 (Ministerio de Salud, 2013).

  Número total de atenciones prenatales: Si la gestante recibió como mínimo seis atenciones prenatales se puntuará con 1, de lo contrario con 0 (Ministerio de Salud, 2013).

  Intervalos adecuados entre atenciones prenatales: Si la gestante recibió la primera atención prenatal antes de las 14 semanas, la segunda entre las 14 y 21 semanas, la tercera entre las 22 y 24 semanas, la cuarta entre las 25 y 32 semanas, la quinta entre las 33 y 36 semanas, y la sexta entre las 37 y 40 semanas se asignó 1 punto, de lo contrario 0 puntos (Ministerio de Salud, 2013). En caso, de que la paciente no haya completado como mínimo las 6 atenciones prenatales, se asignó inmediatamente 0 puntos.

  En lo que respecta a su categorización, esta dimensión se dividió en 3: disponibilidad deficiente cuando se obtuvo entre 0 y 1 punto, regular 2 puntos y adecuada 3 puntos (suma de los indicadores). Los datos necesarios para el cálculo fueron obtenidos del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared.

- Continuidad de la atención: Constancia en la asistencia proporcionada por el personal médico durante la etapa prenatal y postparto (Bradford et al., 2022). Esta dimensión estuvo constituida por 2 indicadores, que fueron puntuados con 1 si se cumplió con el estándar de conformidad y 0 si no se cumplió con el mismo.

Interrupción de las atenciones prenatales: Si la paciente abandonó las atenciones prenatales, antes de que se complete el seguimiento recomendado se asignó 0 puntos, de lo contrario 1 punto. Los datos necesarios para el cálculo fueron obtenidos del submódulo "atención prenatal" del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared (Ministerio de Salud, 2024).

Control puerperal: Si las pacientes recibieron atención en el consultorio de gineco-obstetricia durante el puerperio mediato; es decir entre las 24 horas y 7 días postparto se asignó un punto, de lo contrario 0 (Ministerio de Salud, 2013). Los datos necesarios para el cálculo fueron obtenidos del submódulo "puerperio" del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared (Ministerio de Salud, 2024).

En lo que respecta a su categorización, esta dimensión se dividió en 3: continuidad de la atención deficiente cuando se obtuvo 0 puntos, regular 1 punto y adecuada 2 puntos (suma de los indicadores).

- Resolutividad: Capacidad de los servicios de salud para proveer una asistencia que se ajuste a los requerimientos y exigencias de las pacientes (Ministerio de Salud de Uruguay, 2018). Esta dimensión estuvo constituida por 2 indicadores, que fueron puntuados con 1 si se cumple con el estándar de conformidad y 0 si no se cumple con el mismo.

  Complicaciones atendidas en el establecimiento de salud de su jurisdicción: Si las pacientes experimentaron complicaciones (preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones, entre otras) en su embarazo anterior que fueron atendidas en el establecimiento de su jurisdicción se asignó1 punto, pero si estas generaron la derivación de la paciente a otro establecimiento se puntuó con 0.

  Referencia atendida: Si las pacientes referidas por alguna complicación recibieron asistencia en un nivel de atención superior se asignó 1 punto. Lo mismo si estas regresaron al establecimiento con una contrarreferencia o si no necesitaron de la derivación. En cambio, si no lograron ser atendidas

por trámites burocráticos o abandonaron las atenciones tras la referencia se puntuó con 0.

En lo que respecta a su categorización, esta dimensión se dividió en 3: resolutividad deficiente cuando se obtenga 0 puntos, regular 1 punto y adecuada 2 puntos (suma de los indicadores).Los datos necesarios para el cálculo fueron obtenidos del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared.

- Calidad: Grado en que los servicios de salud incrementan las probabilidades de generar resultados deseados, en base a la eficacia, eficiencia, seguridad del usuario, equidad y enfoque en el paciente (Organización Mundial de la Salud , 2023). Esta dimensión estuvo constituida por 2 indicadores, que fueron puntuados con 1 si se cumplió con el estándar de conformidad y 0 si no se cumplió con el mismo.

  Atenciones prenatales con tamizajes completos: Gestantes que completaron todos los tamizajes estipulados en el esquema básico de atención prenatal del Ministerio de Salud (2013). Estos tienen que haber sido realizados en las semanas de gestación recomendadas.
  De cumplirse dicho criterio se asignó 1 punto, de lo contrario 0 puntos. Los datos necesarios para el cálculo fueron obtenidos del submódulo "atención prenatal" del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared (Ministerio de Salud, 2024).
  Parto institucional: Si las gestantes atendieron su parto en la institución de salud correspondiente a su jurisdicción se asignará 1 punto, de lo contrario 0 puntos. Los datos necesarios para el cálculo serán obtenidos del submódulo "parto" del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared (Ministerio de Salud, 2024).

En lo que respecta a su categorización, esta dimensión se dividió en 3: calidad deficiente cuando se obtuvo 0 puntos, regular 1 punto y adecuada 2 puntos (suma de los indicadores).

El puntaje final de la variable acceso a los servicios de salud se determinó con ayuda de los percentiles 50 y 75:

Acceso deficiente a los servicios de salud ($<P_{50}$): 0-5 puntos.

Acceso regular los servicios de salud ($P_{50} - P_{75}$): 6-8 puntos.

Acceso adecuado a los servicios de salud ($\geq P_{75}$): 9-11 puntos.

3. Demora en el inicio de la atención prenatal

   En esta sección se determinó si las gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal de cuatro establecimientos de la Red de Salud de Chiclayo, durante diciembre del 2025, acudieron a su primera atención prenatal después de las 14 semanas de gestación.

Procedimientos

- Se solicitó la aprobación del proyecto al Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a la Oficina de Docencia de la Gerencia Regional de Lambayeque.
- Asimismo, se ingreó por mesa de partes de la Gerencia Regional de Lambayeque una solicitud de autorización para extraer información del Centro de Salud Reque, Eten, Monsefú y Nuevo Arica del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Wawared.
- Toda la información fue registrada en una ficha de recolección de datos, creada para fines del estudio. El periodo de recabacion fue de dos meses.
- Los datos fueron vaciados a una base creada en un software estadístico, donde se procedió con su análisis descriptivo e inferencial.

Análisis e interpretación de la información

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 25. Previamente se realizó una depuración y codificación de la base de datos, verificando la consistencia y completitud de la información recolectada.

En el análisis descriptivo, las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas (%), mientras que las variables cuantitativas (como edad y semanas de gestación) fueron resumidas mediante medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico), según

corresponda a su distribución normal o no normal. La prueba de normalidad se realizó con la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Para el análisis bivariado, se evaluó la relación entre el acceso a servicios de salud (y sus dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio) y la demora en el inicio de la atención prenatal, mediante la prueba Chi-cuadrado de independencia. En los casos donde las frecuencias esperadas fueron menores a 5, se aplicará la prueba exacta de Fisher. Se considerará un nivel de significancia estadística del 5% ($p < 0.05$).

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos. La interpretación de la información se realizó en función de los objetivos específicos del estudio, contrastando los hallazgos con la evidencia científica previa y discutiendo sus implicancias en el acceso a los servicios de salud materna en la población estudiada.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados

Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo durante el año 2025. A partir de los resultados obtenidos se pudo concluir que existen relaciones significativas entre varios aspectos del acceso a la atención y el retraso en el inicio del control prenatal.

En primer lugar, se encontró que el acceso a los servicios de salud está relacionado con la demora en el inicio de la atención prenatal. Es decir, cuando las gestantes enfrentan dificultades para acceder a los servicios de salud, como la lejanía de los centros médicos o la falta de información sobre los mismos, existe una mayor probabilidad de que inicien su atención prenatal de manera tardía. Este resultado coincide con estudios previos, como el de Tadele et al. (2022), quienes identificaron factores como el tiempo de llegada al centro de salud y la falta de conocimiento sobre los servicios de atención prenatal como los principales elementos que contribuyen al retraso en el inicio de la atención. Por lo tanto, es crucial garantizar que las gestantes tengan no solo acceso físico a los servicios de salud, sino también información clara y precisa sobre la importancia de comenzar los controles prenatales desde las primeras semanas de embarazo.

Con respecto al primer objetivo específico se identificó relación entre la accesibilidad geográfica y el retraso en el inicio de la atención prenatal; es decir las gestantes que viven en áreas rurales o aquellas que enfrentan dificultades para acceder al transporte tienen más probabilidades de iniciar tarde su atención prenatal. Este resultado está en línea con lo observado por Misikir et al. (2025), quienes encontraron que las gestantes que residían en zonas rurales tenían un mayor riesgo de

retrasarse en el inicio de la atención. Esto puede explicarse por las barreras geográficas, como la distancia a los centros de salud y la falta de infraestructura de transporte adecuada. En las zonas rurales, muchas veces las gestantes no cuentan con un medio de transporte accesible o adecuado para llegar a tiempo a las consultas. Así, este factor geográfico es clave para reducir los retrasos y mejorar el acceso a la atención prenatal, lo que subraya la necesidad de mejorar la infraestructura de transporte en áreas alejadas.

Por otro lado, en cuanto al segundo objetivo específico se evidenció que la disponibilidad y oportunidad de la atención, no se relacionó significativamente con la demora en el inicio de la atención prenatal en este estudio. Sin embargo, investigaciones previas, como la de Klare et al. (2024), han demostrado que los largos tiempos de espera para ser atendido pueden contribuir al retraso en el inicio de la atención prenatal. Aunque no se observó esta relación de manera clara en Chiclayo, el hecho de que las gestantes enfrenten tiempos prolongados de espera en los centros de salud podría ser un factor subyacente que afecta indirectamente su decisión de acudir a las consultas prenatales. Por ello, la gestión eficiente de las citas y la mejora en la organización de los servicios son áreas clave para evitar que las gestantes enfrenten barreras adicionales.

Con respecto al tercer objetivo específico los resultados mostraron una relación significativa entre la continuidad de la atención y el retraso en el inicio de la atención prenatal. No se encontraron investigaciones previas que hayan evaluado específicamente la existencia de relación entre estas variables. Sin embargo, es importante mencionar que los hallazgos indican que las gestantes que no reciben una atención continua a lo largo de su embarazo, ya sea por falta de seguimiento o por interrupciones en el acceso a los servicios, tienen más probabilidades de retrasar el inicio de su control prenatal. La continuidad en la atención es fundamental para detectar a tiempo posibles complicaciones y asegurar que las gestantes reciban la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales. Si esta continuidad no se garantiza, las gestantes pueden perder la oportunidad de beneficiarse de los controles regulares que son esenciales para una gestación saludable.

Con relacional al cuarto objetivo específico se encontró que la resolutividad de los servicios de salud también está relacionada con la demora en el inicio de la atención prenatal. Esto significa que cuando los centros de salud no tienen la capacidad para resolver las necesidades de salud de las gestantes, ya sea por falta de personal capacitado o de recursos médicos, es más probable que las gestantes enfrenten retrasos. Si los centros de salud no cuentan con los recursos adecuados para ofrecer atención completa y oportuna, las gestantes pueden ver dificultado su acceso a la atención prenatal y, por lo tanto, comenzar más tarde su seguimiento. Lamentablemente, no se encontraron estudios previos que analizaran la relación entre la resolutividad de los servicios y los retrasos en la atención prenatal, por lo que no fue posible una comparación directa de estos resultados con investigaciones previas. A pesar de ello, es crucial considerar que los servicios de salud mejoren su capacidad resolutiva, es decir, que puedan ofrecer una atención integral que aborde todas las necesidades de las gestantes de manera eficaz y sin demoras.

Finalmente, en cuanto al quinto objetivo específico se identificó que la calidad de la atención no se relacionó significativamente con la demora en el inicio de la atención prenatal. Esto podría sugerir que, aunque la calidad de la atención es un factor importante, su influencia directa en el inicio tardío de la atención prenatal no es tan fuerte en este contexto específico. Sin embargo, otros estudios, como el de Venyuy et al. (2020), han demostrado que la insatisfacción con la calidad de los servicios de salud puede ser un factor que indirectamente influye en la decisión de las gestantes de no acudir a las consultas a tiempo. Si las gestantes perciben que los servicios no son satisfactorios o que el trato recibido es deficiente, podrían retrasar o incluso evitar la atención prenatal, lo que podría afectar negativamente su salud y la del bebé. Aunque en este estudio no se observó una relación estadísticamente significativa, la percepción de la calidad sigue siendo un factor relevante que debe ser considerado en futuras investigaciones.

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de un estudio analítico, retrospectivo y transversal, lo que implica que los datos fueron recopilados en un solo punto en el tiempo, y se basaron en registros pasados. Debido a esta metodología, no es posible establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, sino solo asociaciones.

La naturaleza retrospectiva también implica que los datos recopilados pueden estar sujetos a sesgos de selección, ya que se depende de la información disponible en registros previos, los cuales pueden no ser completos o exactos.

Por último, la falta de estudios previos que hayan abordado la misma población y las mismas variables hace que sea difícil comparar y contrastar los hallazgos con otros resultados, lo que limita el contexto y la aplicabilidad de los resultados a nivel más amplio. La falta de investigación previa sobre este tema también representa una oportunidad para futuros estudios que podrían abordar las mismas variables con metodologías prospectivas, cualitativas o de mayor alcance temporal para obtener una comprensión más profunda de las variables que afectan el inicio de la atención prenatal en la región.

Finalmente, los resultados de este estudio muestran que varias variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud, como la accesibilidad geográfica, la continuidad de la atención y la resolutividad del sistema de salud, están estrechamente vinculados con la demora en el inicio de la atención prenatal. Aunque la disponibilidad y la calidad de la atención no mostraron una relación significativa en este estudio, es importante que las autoridades de salud trabajen en mejorar el acceso, la infraestructura de transporte, la capacidad resolutiva de los centros de salud y la calidad de la atención, para asegurar que todas las gestantes puedan recibir la atención prenatal de manera oportuna. Solo a través de un sistema de salud más eficiente y accesible, será posible reducir las demoras y mejorar los resultados en la salud materna y neonatal en Chiclayo.

4.2 Pruebas de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Ha: Existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Tabla 3. Relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal

	Demora en el inicio de la atención prenatal		
Acceso a servicios de salud	Chi cuadrado	Gl	p
	46.519	1	<0.001

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 ($p < 0.001$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el inadecuado acceso a los servicios de salud se asocia con la presencia de demora en el inicio de la atención prenatal.

Hipótesis específica 1

Ho: Existe relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE1: Existe relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Tabla 4. Relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal

	Demora en el inicio de la atención prenatal		
Accesibilidad geográfica	Chi cuadrado	Gl	p
	12.839	1	<0.001

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 ($p < 0.001$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la inadecuada accesibilidad geográfica se asocia con la presencia de demora en el inicio de la atención prenatal.

Hipótesis específica 2

Ho: No existe relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE2: Existe relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Tabla 5. Relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal

Disponibilidad y oportunidad de atención	Demora en el inicio de la atención prenatal		
	Chi cuadrado	Gl	p
	5.692	2	0.058

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado muestran que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 (p =0.058). En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se concluye que la inadecuada disponibilidad y oportunidad de atención no se asocia con la presencia de demora en el inicio de la atención prenatal.

Hipótesis específica 3

Ho: No existe relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE3: Existe relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Tabla 6. Relación entre la dimensión continuidad de la atención y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal

	Demora en el inicio de la atención prenatal		
Continuidad de la atención	Chi cuadrado	Gl	p
	149.030	2	0.000

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la continuidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 ($p < 0.001$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la inadecuada continuidad se asocia con la presencia de demora en el inicio de la atención prenatal.

Hipótesis específica 4

Ho: No existe relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE4: Existe relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Tabla 7. Relación entre la dimensión resolutividad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal

	Demora en el inicio de la atención prenatal		
Resolutividad	Chi cuadrado	Gl	P=NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	67.516	2	<0.001

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 ($p < 0.001$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la inadecuada resolutividad se asocia con la presencia de demora en el inicio de la atención prenatal.

Hipótesis específica 5

Ho: No existe relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

HE5: Existe relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.

Tabla 8. Relación entre la dimensión calidad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal

	Demora en el inicio de la atención prenatal		
Calidad	Chi cuadrado	Gl	p
	3	2	0.231

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado muestran que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025 (p =0.231). En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se concluye que la inadecuada calidad no se asocia con la presencia de demora en el inicio de la atención prenatal.

4.3 Presentación de resultados

Tabla 9. Características generales de las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Características generales	N	%
Edad, Me(RI)	26(10.5)	
Grado de instrucción		
Primaria	7	3.9%
Secundaria	164	91.1%
Superior técnico	9	5.0%
Estado civil		
Soltera	10	5.6%
Conviviente	153	85.0%
Casada	17	9.4%
Ocupación		
Ama de casa	172	95.6%
Estudiante	0	0.0%
Trabajadora independiente	2	1.1%
Trabajadora dependiente	6	3.3%
Distrito de residencia		
Ciudad Eten	40	22.2%
Monsefú	92	51.1%
Nueva Arica	5	2.8%
Reque	43	23.9%
Total	**180**	**100%**

Me: Mediana: RI: Rango intercuartílico

La tabla 9 muestra que al menos el 50% de gestantes tenía hasta 26 años, el 91.1% estudió hasta le nivel secundario, el 85% convivían con sus parejas, el 95.6% eran amas de casa y el 51.1% residía en Monsefú.

Tabla 10. Nivel de acceso a los servicios de salud de las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Acceso a servicios de salud	N	%
Deficiente	82	45.6%
Regular	73	40.5%
Adecuada	25	13.9%
Total	**180**	**100%**

La tabla 10 muestra que el 45,6% de gestantes consideraba deficiente el acceso a los servicios de salud, el 40,5% regular y solo el 13,9% percibía un nivel adecuado en esta variable.

Tabla 11. Dimensiones de la variable acceso a los servicios de salud

Dimensiones	Deficiente		Regular		Adecuada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Accesibilidad geográfica	0	0.0%	112	62.2%	68	37.8%	180	100.0%
Disponibilidad y oportunidad de atención	53	29.4%	60	33.3%	67	37.2%	180	100.0%
Continuidad de la atención	82	45.6%	35	19.4%	63	35.0%	180	100.0%
Resolutividad	112	62.2%	51	28.3%	17	9.4%	180	100.0%
Calidad	9	5.0%	102	56.7%	69	38.3%	180	100.0%

La tabla 11 muestra que las gestantes percibieron deficiente “continuidad de la atención” (45.6%) y “resolutividad” (62.2%). Por otro lado, mostraron regular “accesibilidad geográfica” (62,2%) y “calidad del servicio” (56.7%), mientras que se evidenció adecuado nivel en la dimensión “disponibilidad y oportunidad de atención (37.2).

Tabla 12. Demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Demora en el inicio de la atención prenatal.	N	%
Sí	148	82.2%
No	32	17.8%
Total	**180**	**100.0%**

La tabla 12 muestra que el 82,2% de gestantes percibió demora en el inicio de la atención prenatal, mientras que 17,8% no evidenció demora.

Tabla 13. Acceso al servicio de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Acceso a servicios de salud	Demora en el inicio de la atención prenatal,				p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Deficiente	82	55.4%	0	0.0%	
Regular	43	29.1%	30	93.8%	<0.001
Adecuada	23	15.5%	2	6.3%	
Total	**148**	**100%**	**32**	**100%**	

Prueba Chi cuadrado

La tabla 13 muestra relación significativa entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal. Se observa que el 55.4% de gestantes que percibieron demora en el inicio de la atención indicaron deficiente acceso a los servicios de salud y el 6.3% de aquellas que no percibieron demora en el inicio de atención prenatal indicaron adecuado acceso a los servicios de salud.

Tabla 14. Accesibilidad geográfica y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Accesibilidad geográfica	Demora en el inicio de la atención prenatal,				p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Deficiente	0	0.0%	0	0.0%	
Regular	101	68.2%	11	34.4%	<0.001
Adecuada	47	31.8%	21	65.6%	
Total	**148**	**100%**	**32**	**100%**	

Prueba Chi cuadrado

La tabla 14 muestra relación significativa entre la accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal. Se observa que el 65.6% de gestantes que no percibieron demora en el inicio de la atención indicaron adecuada accesibilidad geográfica, comparado con el 31.8% que evidenció demora y presentó el mismo nivel de accesibilidad geográfica.

Tabla 15. Disponibilidad y oportunidad de atención y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Disponibilidad y oportunidad de atención	Demora en el inicio de la atención prenatal,				p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Deficiente	41	27.7%	12	37.5%	
Regular	46	31.1%	14	43.8%	0.058
Adecuada	61	41.2%	6	18.8%	
Total	**148**	**100%**	**32**	**100%**	

Prueba Chi cuadrado

La tabla 15 no muestra relación significativa entre la disponibilidad y oportunidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal. Se observa que el 27,7% de gestantes que percibieron demora en el inicio de la atención indicaron deficiente disponibilidad y oportunidad de atención y el 18,8% que no evidenció demora presentó adecuada disponibilidad y oportunidad de atención.

Tabla 16. Continuidad de la atención y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Continuidad de la atención	Demora en el inicio de la atención prenatal,				p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Deficiente	82	55.4%	0	0.0%	
Regular	4	2.7%	31	96.9%	<0.001
Adecuada	62	41.9%	1	3.1%	
Total	**148**	**100%**	**32**	**100%**	

Prueba Chi cuadrado

La tabla 16 muestra relación significativa entre la continuidad de atención y la demora en el inicio de la atención prenatal. Se observa que el 55,4% de gestantes que percibieron demora en el inicio de la atención indicaron deficiente continuidad de atención y el 3,1% de aquellas que no percibieron demora en el inicio de atención prenatal indicaron adecuada continuidad de la atención.

Tabla 17. Resolutividad y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Resolutividad	Demora en el inicio de la atención prenatal,				p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Deficiente	111	75.0%	1	3.1%	
Regular	32	21.6%	19	59.4%	<0.001
Adecuada	5	3.4%	12	37.5%	
Total	**148**	**100%**	**32**	**100%**	

Prueba Chi cuadrado

La tabla 17 muestra relación significativa entre la resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal. Se observa que el 37,5% de gestantes que no percibieron demora en el inicio de la atención indicaron adecuada resolutividad, comparado con el 3,4% que evidenció demora y presentó el mismo nivel de resolutividad.

Tabla 18. Calidad y demora en el inicio de la atención prenatal en las gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025

Calidad	Demora en el inicio de la atención prenatal,				p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Deficiente	7	4.7%	2	6.2%	
Regular	80	54.1%	22	68.8%	0.231
Adecuada	61	41.2%	8	25.0%	
Total	**148**	**100%**	**32**	**100%**	

Prueba Chi cuadrado

La tabla 18 no muestra relación significativa entre la calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal. Se observa que el 54.1% de gestantes que percibieron demora en el inicio de la atención indicaron regular calidad de atención y el 25% que no evidenció demora presentó adecuada calidad de atención.

CONCLUSIONES

- Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes. Es decir, que un inadecuado acceso a los servicios de salud implicará demoras en el inicio de atención prenatal y viceversa.
- La accesibilidad geográfica se encuentra significativamente relacionada con la demora en el inicio de la atención prenatal. Es decir, que las dificultades de ubicación y desplazamiento influyen en el inicio oportuno de la atención prenatal.
- No se evidenció relación estadísticamente significativa entre la disponibilidad y oportunidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal.
- La continuidad de la atención se encuentra significativamente relacionada con la demora en el inicio de la atención prenatal. Es decir, que un inadecuado seguimiento y permanencia en los servicios de salud implicará un inicio tardío del control prenatal.
- La resolutividad de los servicios de salud se relaciona de manera significativa con la demora en el inicio de la atención prenatal. Es decir, que la incapacidad para resolver problemas influye en el un inicio tardío del control prenatal.
- Finalmente, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la calidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer la educación y la difusión de información sobre la atención prenatal, mediante la creación de material informativo sencillo y accesible, que se pueda distribuir en centros de salud, clínicas comunitarias, y a través de medios digitales (como redes sociales) para informar a las gestantes sobre la importancia del inicio temprano de la atención prenatal.
- Se sugiere realizar campañas informativas que incluyan charlas breves en los centros de salud o en reuniones comunitarias.
- Se recomienda mejorar la gestión de citas y reducir los tiempos de espera en los centros de salud, mediante la implementacion de citas más eficientes. Esto incluye la posibilidad de realizar citas por teléfono o incluso por aplicaciones móviles para quienes tengan acceso a internet. También se pueden establecer horarios específicos para gestantes para evitar la acumulación de pacientes y reducir tiempos de espera. De igual forma, se podría promover el uso de sistemas de cita previa, permitiendo que las gestantes elijan la hora que más les convenga para ser atendidas, reduciendo las largas filas y optimizando la atención.
- Se sugiere garantizar la continuidad de la atención prenatal mediante el seguimiento regular. Una estrategia viable sería establecer recordatorios automáticos para las consultas prenatales. Estos recordatorios pueden enviarse por SMS o aplicaciones de mensajería, como WhatsApp, que son ampliamente utilizadas en áreas rurales y urbanas. Además, los profesionales de salud pueden hacer llamadas de seguimiento a las gestantes para confirmar las citas y asegurarse de que reciban la atención necesaria. Para las gestantes que no asisten a sus citas, se podrían implementar sistemas de alerta temprana para contactar a las pacientes y motivarlas a retomar el control prenatal.
- Se recomienda realizar entrenamientos regulares para el personal de salud en áreas clave, como la atención prenatal básica y la identificación temprana de riesgos. Esto puede hacerse a través de talleres o capacitaciones en línea.
- Se sugiere realizar estudios más focalizados en la comunidad para identificar barreras específicas. Se podrían organizar grupos focales con gestantes de diferentes zonas (urbanas y rurales) para recoger información sobre sus experiencias y obstáculos. Esto no solo ayuda a obtener datos relevantes, sino que también permite a las gestantes sentirse escuchadas, lo cual podría fortalecer su

compromiso con el cuidado prenatal. Los resultados de estos estudios pueden servir para desarrollar políticas más enfocadas y efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Betancourt-Ruiz, A., & García, M. (2019). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud, 4*(7), 1-23. https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646

Guillen-Calle, B., Santos, Y., & Campos, K. (2024). Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que discontinuaron las visitas. *Revista Cubana de Medicina Militar, 53*(4), 1-16. https://share.google/MyP4fszBRV3TVdkaR

Klare, M., Dougherty, A., Chang, M., Mendes, A., & Graziano, S. (2024). Health system barriers and predictors of prenatal care utilization at a large academic medical center. *Discover Social Science and Health, 4*(38), 1-13. https://doi.org/10.1007/s44155-024-00096-y

Vértiz-Ramírez, J., Ramírez-Palacios, P., Ríos-Cázares, G., Sánchez-Domínguez, M., Ochoa-Torres, M., De Negri-Filho, A., & Saturno-Hernández, P. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Publica Mex, 66*(4), 556-570. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/16199

Abdus-salam , R., Adeniyi , A., & Bello, F. (2021). Antenatal Clinic Waiting Time, Patient Satisfaction, and Preference for Staggered Appointment–A Cross-Sectional Study. *J Patient Exp., 25*(8), 1-9. https://doi.org/10.1177/23743735211060802

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2025). *Tailored Prenatal Care Delivery for Pregnant Individuals.* https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/clinical-consensus/articles/2025/04/tailored-prenatal-care-delivery-for-pregnant-individuals.pdf?rev=5090db51445e4f7eaccfd4b5c9de7983&hash=9A628D8A3AC996A84CE0EEE00624BD56

Arias , L., Aramayo , A., Flores , E., Asturizaga , F., Dolz, C., Espinoza , A., . . . Pardo, R. (2020). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud de la población de 18 a 70 años que vive en el área de influencia del Centro de Salud Público Cerro Verde, Cochabamba, 2019. *Revista de Investigación e*

Información en Salud, 1(1), 24-35. https://doi.org/10.52428/20756208.v15i39.334

Arrivillaga, M., & Borrero, Y. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública, 32*(5), e00111415. https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415

Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riesgo, A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica, 44*, 1-9. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100

Blanquillo-Reyes, A., & Santos-Rosales, Y. (2024). Barreras de acceso a la atención de la salud según la nacionalidad peruana –. *Rev Obstet Ginecol Venez, 84*(2), 168-177. https://doi.org/10.51288/00840210

Bradford, B., Wilson, A., Portela, A., McConville, F., Fernández, C., & Homer, C. (2022). Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Glob Public Health, 2*(10), e0000935. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935

Carballo-Quesada, L. (2022). Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. *Acta Médica Costarricense, 64*(2), 1-3. https://doi.org/10.51481/amc.v64i2.1284

Coombs , N., Meriwether , W., Caringi, J., & Newcomer, S. (2021). Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM Popul Health, 15*(1), 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100847

Dioses, D., Corzo, C., Zarate, J., Vizcarra , V., Zapata, N., & Arredondo-Nontol, M. (2023). Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horiz. Med., 23*(4), 1-9. https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.12

Dioses, D., Corzo-Sosa, C., Zarate-García, J., Vizcarra-Gonzales, V., Zapata-Maza, N., & Arredondo-Nontol, M. (2023). Adherence to prenatal care in the sociocultural context of developing countries: a narrative review. *Horiz. Med, 23*(4), 1-7. https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.12

Endawkie, A., Kebede, S., Abera, K., Abeje, E., Enyew, E., Daba, C., . . . Tsega, Y. (2024). Time to antenatal care booking and its predictors among pregnant women in East Africa: a Weibull gamma shared frailty model using a recent

demographic and health survey. *Front. Glob. Women's Health, 5*(1), 1-10. https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1457350

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública, 57*(2), 180-186.

Geltore, T., & Anore, D. (2021). *The Impact of Antenatal Care in Maternal and Perinatal Health.* IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.98668

Gonzales, E. (2019). *Las barreras de acceso al servicio de salud pública; un enfoque de la demanda.* Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/investigaciones/cide-barreras-de-acceso.pdf

Gulliford, M., Figueroa-Muñoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy, 7*(3), 186-188. https://doi.org/10.1258/135581902760082517

Hadaro, T., Shewangizaw , M., Geltore, T., Bekele, M., Zewude, L., Abebe, M., . . . Leyto, S. (2025). Delays in the decision to seek care and associated factors among women in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth. , 25*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07968-4

Holt, V., Pelegri, E., Hardy, M., Buchin, L., Dapkins, I., & Chuang, M. (2024). Patient-perceived barriers to early initiation of prenatal care at a large, urban federally qualified health center: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth, 24*(1), 436. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06630-9

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., del Riego, A., & Ventura, E. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica , 46*(1), 1-9. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94

Howell, E. (2018). Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality. *Clin Obstet Gynecol, 61*(2), 387-399. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000349

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020.*

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2016/libro.pdf

Karrar, S., Vadakekut, E., & Hong, P. (2024). Initial Antepartum Care. *StatPearls, 1*(1), 1-18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570635/

Lee, S., Adam, E., Kanyike, A., Wani, S., Kasibante, S., Mukunya, D., & Nantale, R. (2024). Compliance with the WHO recommended 8+ antenatal care contacts schedule among postpartum mothers in eastern Uganda: A cross-sectional study. *PLoS One, 19*(12), 1-13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314769.

Mazhar, S., Junaid, K., Ijaz, F., Baig, M., Abbas, S., & Imran, S. (2024). Frequency and Factors Associated with Delay in Antenatal Care Services at Public Health Care Facility in Lahore, Pakistan: ACross-Sectional Study. *Anales de la Universidad Médica King Edward , 30*(4), 1-6. https://doi.org/10.21649/akemu.v30i4.5760

Ministerio de Salud. (2013). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.* NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01, Lima . chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf?v=1594243717

Ministerio de Salud. (2024). *Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica: Manial de Usuario-Módulo de Atención Prenatal.* Gobierno del Perú, Lima. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsa.gob.pe/sihce/manualess/MU_ATENCION_PRENATAL.pdf.

Ministerio de Salud de Uruguay. (2018). *Buenas prácticas en capacidad resolutiva. Primer Nivel de Atención del SNIS*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.fenf.edu.uy/wp-

content/uploads/2023/06/MSP_OPS-2019.-Buenas-Practicas-en-Capacidad-Resolutiva.-Primer-Nivel-de-Atencion-del-SNIS.-2018-1.pdf

Miranda, S., Ortiz, J. A., Miranda, S., & Ortiz, J. (2020). Los paradigmas de la investigación: Un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 11(21). https://doi.org/10.23913/ride.v11i21.717

Misikir, D., & Ezo, E. (2025). Delayed Initiation of the 2016 World Health Organization Antenatal Care Contact and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Kamba Zuria District South Ethiopia. *Perinatal Nursing and Midwifery, 11*(1), 1-11. https://doi.org/10.1177/23779608251320771

Nigatu, S., & Birhan, T. (2023). The magnitude and determinants of delayed initiation of antenatal care among pregnant women in Gambia; evidence from Gambia demographic and health survey data. *BMC Public Health, 23*(590), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15506-0

Organización Mundial de la Salud . (2023). *Derechos humanos*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20accesibilidad%20tiene%20cuatro%20dimensiones,y%20accesibilidad%20de%20la%20informaci%C3%B3n.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Accesibilidad de los servicios de salud. DeCs*. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6448&filter=ths_termall&q=Acceso%20a%20los%20servicios

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Atención Prenatal. DeCs*. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11731&filter=ths_termall&q=Atenci%C3%B3n%20prenatal

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Barreras de acceso a los servicios de salud. DeCs*. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57977&filter=ths_termall&q=Acceso%20a%20los%20servicios

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Servicios de Salud. DeCs*. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6447&filter=ths_termall&q=Servicio%20de%20salud

Park, Y., Konge, L., & Artino, A. (2020). The Positivism Paradigm of Research. Academic Medicine, 95(5), 690. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003093

Penman, S., Beatson, R., Walker, E., Goldfeld, S., & Molloy, C. (2023). Barriers to accessing and receiving antenatal care: Findings from interviews with Australian women experiencing disadvantage. *J Adv Nurs, 79*(12), 4672-4686. https://doi.org/10.1111/jan.15724

Quijaite, T., Valverde, N., & Barja, J. (2019). Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol, 45*(4), 1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003

Real Academia Española. (2023). *Demora*. https://dle.rae.es/demora

Robinson , A., Elarbi , M., Todd, A., & Husband, A. (2022). A qualitative exploration of the barriers and facilitators affecting ethnic minority patient groups when accessing medicine review services: Perspectives of healthcare professionals. *Health Expect, 25*(2), 628-638. https://doi.org/10.1111/hex.13410

Seguro Social de Salud . (2024). *Semana de la Maternidad Saludable 2024: solo el 57% de gestantes inicia sus controles a tiempo*. https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/955632-semana-de-la-maternidad-saludable-2024-solo-el-57-de-gestantes-inicia-sus-controles-a-tiempo

Simeone , R., Reefhuis, J., Jamieson, D., Drews-Botsch , C., Lash , T., Fisher , S., . . . Howards , P. (2023). Delayed entry into prenatal care among women with pre-pregnancy health conditions, National Birth Defects Prevention Study, 1997–2011. *Prev Med, 22*(164), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107272

Tadele, F., Getachew, N., Fentie, K., & Amdisa , D. (2022). Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia, 2020. *BMC Health Services Research, 22*(632), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08055-6

Teshale, A., & Tesema, G. (2020). Prevalence and associated factors of delayed first antenatal care booking among reproductive age women in Ethiopia; a

multilevel analysis of EDHS 2016 data. *PLoS ONE, 15*(7), 1-10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235538

Venyuy , M., Cumber , S., Nkfusai, C., Bede, F., Ijang, Y., Wepngong, E., . . . Tebeu, P. (2020). Factores determinantes del inicio tardío de la atención prenatal en embarazadas: el caso del Hospital General Santa Isabel, Shisong, Camerún. *Pan African Medical Journal, 35*(12), 1-9. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.112.18712

Vértiz-Ramírez, J., Ramírez-Palacios, P., Ríos-Cázares, G., Sánchez-Domínguez, M., Ochoa-Torres, M., De Negri-Filho, A., y otros. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Publica Mex, 66*(4), 556-570.

Williamson, K., & Johanson, G. (2018). *Research Methods Information, Systems, and Contexts* (2da ediciòn). Chandos Publishing.

ANEXOS

Ficha de recolección

Acceso a servicios de salud y demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025		
Fecha: ___/___/___		**Número de ficha: _____.**
Datos Generales (embarazo actual)		
Edad: _____ años.		
Sexo:	Femenino Masculino	( ) ( )
Grado de instrucción:	Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Estado civil:	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Ocupación:	Ama de casa Estudiante Trabajadora independiente Trabajadora dependiente	( ) ( ) ( ) ( )
Establecimiento de origen:	C.S. de Reque C.S. Eten C.S Monsefú C.S. Nuevo Arica	( ) ( ) ( ) ( )
Acceso a servicios de salud (embarazo anterior)		
Accesibilidad geográfica		Puntaje:
Distrito de residencia de la gestante en su embarazo anterior: _____. Centro de Salud donde la gestante atendió su embarazo anterior: _____.		0

<table>
<tr><td>Necesidad de referencia: Si ( ) No ( )

Número de atenciones prenatales en el establecimiento de referencia: _____.</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Puntación total:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Disponibilidad y oportunidad de atención</td><td colspan="2">Puntaje</td></tr>
<tr><td>Captación antes de las 14 semanas: Si ( ) No ( ) _____ss.</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Número total de atenciones prenatales: _____.</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Intervalos adecuados entre atenciones prenatales: Si ( ) No ( )

<table><tr><td>Primera atención prenatal antes de las 14 semanas</td><td></td></tr><tr><td>Segunda atención prenatal antes de las 14 y 21 semanas</td><td></td></tr><tr><td>Tercera atención prenatal entre las 22 y 24 semanas</td><td></td></tr><tr><td>Cuarta atención prenatal entre las 25 y 32 semanas</td><td></td></tr><tr><td>Quinta atención prenatal entre las 33 y 36 semanas</td><td></td></tr><tr><td>Sexta atención prenatal entre las 37 y 40 semanas</td><td></td></tr></table></td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Puntación total:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Continuidad de la atención</td><td colspan="2">Puntaje</td></tr>
<tr><td>La gestante interrumpió sus atenciones prenatales antes de completar el seguimiento recomendado (≥6 atenciones prenatales): Si ( ) No ( )</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>La gestante asistió a su control puerperal entre las 24 horas y 7 días postparto: Si ( ) No ( )</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Puntación total:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Resolutividad</td><td colspan="2">Puntaje</td></tr>
<tr><td>La gestante tuvo complicaciones durante el embarazo:
Si ( ) No ( ) ¿Cuál/Cuáles? _____.

Las complicaciones fueron atendidas en el establecimiento de salud de su jurisdicción: Si ( ) No ( )</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Referencia por complicaciones “atendida”: Si ( ) No ( )
}</td><td>1</td><td>0</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Puntación total:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Calidad</td><td colspan="2">Puntaje</td></tr>
<tr><td>Atenciones con tamizaje completos: Si ( ) No ( )
<table><tr><th rowspan="3">ACTIVIDAD / ATENCÓN / CUIDADO</th><th colspan="6">ATENCIONES PRENATALES</th></tr><tr><th>1a</th><th>2a</th><th>3a</th><th>4a</th><th>5a</th><th>6a</th></tr><tr><th colspan="6">SEMANAS DE GESTACIÓN</th></tr><tr><th></th><th><14</th><th>14-21</th><th>22-24</th><th>25-32</th><th>33-36</th><th>37-40</th></tr><tr><td>Determinar grupo sanguíneo ABO y Rh</td><td>+</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Determinación de Hemoglobina y Hematocrito</td><td>+</td><td></td><td></td><td></td><td>+</td><td></td></tr><tr><td>Examen de orina completo o Urocultivo</td><td>+</td><td></td><td></td><td>+</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Detección de diabetes gestacional</td><td>+</td><td></td><td></td><td>+</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Tamizaje de VIH/Sífilis prueba rápida/ELISA-RPR, previa consejería</td><td>+</td><td></td><td></td><td></td><td>+</td><td></td></tr><tr><td>Proteína en orina. Tira reactiva o Ácido Sulfosalísilico</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr></table></td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Parto institucional: Si ( ) No ( )</td><td>1</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Puntación total:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>SUMA TOTAL DE LAS DIMENSIONES</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Demora en el inicia de la atención prenatal (embarazo actual)</td></tr>
<tr><td colspan="3">En el embarazo actual las pacientes acudieron a la primera atención prenatal después de las 14 semanas: Si ( ) No ( )

Edad gestacional durante la primera atención prenatal : _____ss.</td></tr>
</table>

Operacionalización de variables

Variables	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Dimensiones	Indicadores	Indicadores	Instrumento
Acceso a servicios de salud	Posibilidad que tuvo la gestante de recibir atención integral y de calidad durante un embarazo anterior, sin enfrentar ningún tipo de barrera geográfica u organizacional.	Cualitativa	Nominal	Accesibilidad geográfica	- Atención en su distrito de residencia. - Derivación con inicio de atención.	Deficiente (0-5 puntos) Regular (6-8 puntos) Adecuado (9-11 puntos)	Ficha de recolección de datos
				Disponibilidad y oportunidad de atención	- Captación temprana. - Número total de atenciones prenatales. - Intervalos adecuados entre atenciones prenatales.		
				Continuidad de la atención	- Interrupción de las atenciones prenatales. - Control puerperal.		
				Resolutividad	- Complicaciones atendidas en el establecimiento de salud de su jurisdicción. - Referencia atendida (referencia con contrarreferencia).		
				Calidad	- Atenciones prenatales con tamizajes completos. - Parto institucional.		

Demora en el inicio de la atención	Paciente, que en su gestación actual, acudió a su primera atención prenatal después de las 14 semanas (Quijaite et al., 2019).	Cualitativa	Nominal	No aplica	Edad gestacional >14 semanas	Si No	Ficha de recolección de datos

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
General ¿Existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025? **Específicos** ¿Cuál es la relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025? ¿Cuál es la relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025? ¿Cuál es la relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal	**General** Determinar la relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. **Específicos** Identificar la relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. Identificar la relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. Identificar la relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.	**General** **Ha:** Existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. **Ho:** No existe relación entre el acceso a servicios de salud y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. **Específicos** HE1: Existe relación entre la dimensión accesibilidad geográfica y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. HE2: Existe relación entre la dimensión disponibilidad y oportunidad de atención, y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo,	**Variable 1** Acceso a servicios de salud **Variable 2** Demora en el inicio de la atención prenatal	**Tipo de estudio** No experimental. **Diseño de investigación** Analítico, retrospectivo y transversal. **Población** 336 gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal de cuatro establecimientos de la Red de Salud de Chiclayo (Centro de Salud de Reque, Eten, Monsefú y Nuevo Arica), durante el mes de diciembre del 2025. **Muestra** 180 pacientes gestantes. **Técnica** Análisis documental (Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de Wawared). **Instrumento** Ficha de recolección de datos.

en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025? ¿Cuál es la relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025? ¿Cuál es la relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025?	Identificar la relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. Identificar la relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.	2025. HE3: Existe relación entre la dimensión continuidad de la atención y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. HE4: Existe relación entre la dimensión resolutividad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025. HE5: Existe relación entre la dimensión calidad y la demora en el inicio de la atención prenatal en gestantes de la ciudad de Chiclayo, 2025.		**Análisis de datos** Frecuencias absolutas y relativas (%). Media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico. Prueba Chi-cuadrado de independencia.