

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Publicación anticipada

El Comité Editor de la Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta la revisión de pares que lo evaluaron y levantamiento de observaciones. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito, pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo. Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos, pero recuerde que la versión electrónica final y en formato pdf pueden ser diferentes.

Advance publication

The Editorial Committee of the Journal Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo approved this manuscript for publication, taking into account the peer review that evaluated it and the collection of observations. It is published in advance in a provisional pdf version based on the latest electronic version of the manuscript, but without it having been diagrammed or style corrected yet. Feel free to download, use, distribute, and cite this preliminary version as directed, but remember that the final electronic and pdf versions may differ.

Citación provisional / Poemape Aguirre FH, Alpaca Salvador HA, Sanchez Vasquez LD. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2 de marzo de 2025 [citado 2 de marzo de 2025];17(4). DOI: 10.35434/rcmhnaaa.2024.174.2441

Recibido / 18/04/2024

Aceptado / 15/12/2024

Publicación en Línea / 02/03/2025



Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas

Factors Affecting Prenatal Care in Peruvian Women: Understanding Social and Health Barriers

Autores:

Fabricio Hernan Poemape-Aguirre^{1,a}, Hugo Aurelio Alpaca-Salvador^{1,2,b}, Luis David Sanchez Vasquez^{1,a}

1. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, Perú.
2. Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Hospital III EsSalud Chimbote, Chimbote, Perú.
 - a. Médico Cirujano General.
 - b. Médico Patólogo Clínico.

ORCID:

Fabricio Hernan Poemape Aguirre <https://orcid.org/0000-0002-8727-9096>

Hugo Aurelio Alpaca Salvador <https://orcid.org/0000-0002-6805-6786>

Luis David Sanchez Vasquez <https://orcid.org/0000-0001-5497-5821>

Contribución de los autores: FPA, HAS y LSV conceptualizaron y diseñaron la metodología, analizaron los datos, redactaron el borrador inicial, redactaron y revisaron la versión final. FPA recolectó la información de la base de datos y condujo la investigación.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses que revelar.

Correspondencia

Nombres y apellidos: Fabricio Hernan Poemape Aguirre

Correo electrónico: fabriciopoemape@gmail.com

Dirección: Jr. Saenz Peña Casco Urbano 400, Óvalo Barrio 1 41-D.

RESUMEN

Introducción: La atención prenatal vigila y evalúa íntegramente a la gestante y al feto, detectando tempranamente complicaciones durante la gestación. La Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de 8 controles prenatales; sin embargo, aún prevalecen gestantes con cobertura inadecuada de la atención prenatal. **Objetivo:** Identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas. **Materiales y métodos:** Estudio transversal con 18 574 mujeres peruanas entre 15 a 49 años, participantes de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2022. Se realizó un análisis multivariante con regresión logística. **Resultados:** Las mujeres sin pareja (RPa:1.11), sin educación (RPa:1.44), educación secundaria (RPa:1.11), no afiliadas a un seguro público de salud (RPa:1.12), con ≥ 5 miembros en el hogar (RPa:1.09), que no planificaron su embarazo (RPa:1.09), sin inicio temprano del control prenatal (RPa:2.59), multíparas (RPa:1.09) y grandes multíparas (RPa:1.28) tuvieron mayor riesgo de cobertura inadecuada de atención prenatal. Las residentes en zonas rurales presentaron menor riesgo (RPa:0.86); mientras que la edad fue inversamente proporcional al riesgo. **Conclusión:** Se identificaron algunos factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la cobertura inadecuada de atención prenatal cuyo abordaje podría ayudar a prevenir este evento.

Palabras clave: atención prenatal; salud materna; encuestas de salud; estudios transversales; servicios de salud materna (Fuente: DeCs - BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care fully monitors and evaluates the pregnant woman and the fetus, detecting early complications during pregnancy. The World Health Organization recommends a minimum of 8 prenatal check-ups; However, there are still pregnant women with inadequate prenatal care coverage. **Objective:** Identify the sociodemographic and obstetric factors associated with inadequate coverage of prenatal care in Peruvian women. **Materials and methods:** Cross-sectional study with 18,574 Peruvian women between 15 and 49 years old, participants in the 2022 Demographic and Family Health Survey. A multivariate analysis was performed with logistic regression. **Results:** Women without a partner (RPa:1.11), without education (RPa:1.44), secondary education (RPa:1.11), not affiliated with public health insurance (RPa:1.12), with ≥ 5 members in the household (RPa:1.09), who did not plan their pregnancy (RPa:1.09), without early initiation of prenatal care (RPa:2.59), multiparous (RPa:1.09), and severely multiparous (RPa:1.28) had a higher risk of inadequate coverage. of prenatal care. Those residing in rural areas had a lower risk (RPa:0.86); while age was inversely proportional to risk. **Conclusion:** Some sociodemographic and obstetric factors associated with inadequate prenatal care coverage were identified, the approach of which could help prevent this event.

Keywords: prenatal care; maternal health; health surveys; cross-sectional studies; maternal health services (Source: Mesh - NLM).

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal corresponde a la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto en sesiones continuas y realizadas por un profesional calificado. Asimismo, detecta tempranamente las complicaciones que se puedan presentar en el embarazo; por ello, hay necesidad que todas las gestantes puedan tener un número de controles prenatales adecuados, que provean una experiencia positiva durante su embarazo ^{2,13}.

A nivel mundial, aunque el 88% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal al menos una vez; solo el 69% reciben al menos cuatro visitas de atención prenatal ³⁻⁵. En regiones con altas tasas de mortalidad materna, como África occidental, y Asia meridional, el porcentaje de mujeres que reciben al menos cuatro visitas de atención prenatal es incluso menor, con un 56% y 55%, respectivamente ⁵. En Latinoamérica, el contexto también es preocupante ya que muchas mujeres no tienen acceso a servicios de atención prenatal y como resultado muchas mueren cada año por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto⁶. La Organización Mundial la Salud (OMS) en medio de sus esfuerzos por la búsqueda de una salud integral, establecen entre sus lineamientos que el número mínimo de controles prenatales (CPN) que debe tener una gestante es de ocho ^{2,7,8}.

Aunque en Perú se ha registrado un aumento en la cobertura de atención prenatal, pasando del 77,2% en 2009 al 89,7% en 2019⁹, con la llegada de la pandemia por COVID-19 disminuyó en 4,7%, el 2022, según los lineamientos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA)¹⁰. La combinación de factores como el miedo a contraer COVID-19, las restricciones de movilidad que nos obligaba al confinamiento y aislamiento social, y la suspensión de las consultas médicas externas pudieron haber obstaculizado la identificación y seguimiento de las mujeres embarazadas, generando un retroceso en los avances obtenidos en encuestas previas.

Actualmente, continuamos con el reto de cerrar las brechas en la cobertura de la atención prenatal; siendo crucial examinar y abordar los factores subyacentes, cuyo conocimiento pueda aportar con la implementación de nuevas estrategias, contribuyendo a mejorar la salud materna-perinatal. El objetivo de nuestro estudio es identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres en edad fértil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio analítico de corte transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por mujeres peruanas en edad fértil de 15 a 49 años, que tuvieron al menos un parto en los últimos cinco años previos a la aplicación del cuestionario, participantes de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) 2022. Se estableció un muestreo censal que incluyó 18 574 mujeres con datos completos, de un total de 36650 viviendas y 3245 conglomerados. Las unidades de muestreo se componen según el área urbana y rural. En el área urbana, el conglomerado y la vivienda particular. Y en el área rural, el empadronamiento rural y la vivienda particular ¹¹.

Procedimientos

Se recolectó la información de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2022 realizada por encuestadores del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) aplicada de enero a diciembre del año 2022¹⁰. Se consideraron el cuestionario de hogar y los cuestionarios individuales.

Las preguntas que componen el cuestionario individual y albergaron nuestras variables de interés fueron, según su número de orden: 106 (edad), 501 y 502 (estado civil), 108 (grado de instrucción), 103 (Lugar de residencia), 119 (lengua materna), 209 (paridad), 228 (embarazo planificado), 229B y 229C (afiliación al seguro público de salud), 410B (inicio temprano del control prenatal), 230 (mala historia obstétrica), 410^a (control prenatal)¹⁰ Ver Anexo 1.

Asimismo, las preguntas que componen el cuestionario de hogar son: De la pregunta 40 a la pregunta 80 (índice de riqueza)¹⁰ Ver Anexo 1.

Dichas preguntas fueron descargadas con las variables ya definidas por la ENDES, las mismas que pertenecen a los siguientes códigos de variable: V501 (estado civil), V149 (grado de instrucción), V190 (índice de riqueza), V025 (Lugar de residencia), S119 (lengua materna), S413 (afiliación al seguro público de salud), V012 (edad), V136 (miembros del hogar), M10 (embarazo planificado), M13 (inicio temprano del CPN), V210 (paridad), V228 (mala historia obstétrica) y M14 (control prenatal)¹⁰ Ver Anexo 2.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables referentes a los factores sociodemográficos estuvieron conformadas por el estado civil (categorizada en “con” o “sin” pareja), el grado de instrucción (categorizada en “sin” educación, primaria, secundaria y superior; índice de riqueza (variable ordinal categorizada como pobre, medio y rico), lugar de residencia (categorizada como rural y urbano), lengua materna (categorizada en castellano y lenguas nativas), afiliación al seguro público de salud (categorizado en afiliado y no afiliado), edad: (expresada en años), miembros del hogar: (variable nominal que indica el número de personas que comparten la vivienda, categorizada en <5 miembros y ≥5 miembros)

Las variables referentes a los factores obstétricos fueron el embarazo planificado (indica si una madre decide activamente tener un hijo y toma medidas intencionadas para concebir, categorizada en planificado y no planificado), inicio temprano del control prenatal (categorizada como inicio temprano si el primer control prenatal fue en el primer trimestre y como inicio tardío si fue en el segundo o tercer trimestre), paridad (categorizada como primípara, multípara y gran multípara), mala historia obstétrica (variable categórica que indica el antecedente de aborto o natimuerto)

La variable referente al evento estuvo conformada por la cobertura inadecuada de la atención prenatal, variable nominal que indica la cantidad de consultas de atención prenatal registradas hasta el momento del estudio, categorizada como adecuada (≥8 CPN) e inadecuada (<8 CPN).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se usó el muestreo complejo, para ello se consideraron las variables de ponderación (V0005/1000000), estrato (V0022) y conglomerado (V001) presentes en la ENDES 2022.

En el análisis descriptivo de la población se utilizaron indicadores de tendencia central y dispersión, como la mediana y el rango intercuartil, para las variables cuantitativas. Además, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para nuestras variables cualitativas, ponderadas mediante un muestreo complejo.

La asociación bivalente de las variables independientes y dependiente se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado de Wald. Además, para el análisis multivariante se estimaron las razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) entre la cobertura inadecuada de la atención prenatal y las variables independientes usando modelos lineales generalizados (GLM) de la familia Poisson con función de enlace (log) crudos y ajustados.

En el modelo se incorporaron las asociaciones con un valor $p < 0,25$, para evitar un error de tipo II o underfitting, evitando la exclusión incorrecta de variables que pudiesen tener un impacto significativo en el evento. Se utilizó un nivel de confianza al 95% (IC 95%). Se empleó el Programa Microsoft Excel 2016 para tabular la información, así como el paquete estadístico SPSS versión 26.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa. (constancia Nro. 15-2023) Se respetó la dignidad, integridad e intimidad de las pacientes adhiriéndose a lo estipulado en la pauta bioética número 19 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas¹².

Nuestro estudio se desarrolló en base a datos secundarios y anónimos que fueron codificados, por ende, no precisamos de un consentimiento informado.

RESULTADOS

El cuestionario individual del ENDES 2022 fue respondido por un total de 38 105 mujeres de 12 a 49 años de edad; se excluyeron 19 521 mujeres por no tener datos de su último parto y 10 mujeres por no pertenecer a la edad estudiada. Finalmente se incluyeron 18 574 mujeres (Figura 1) que cumplieron los criterios de selección.

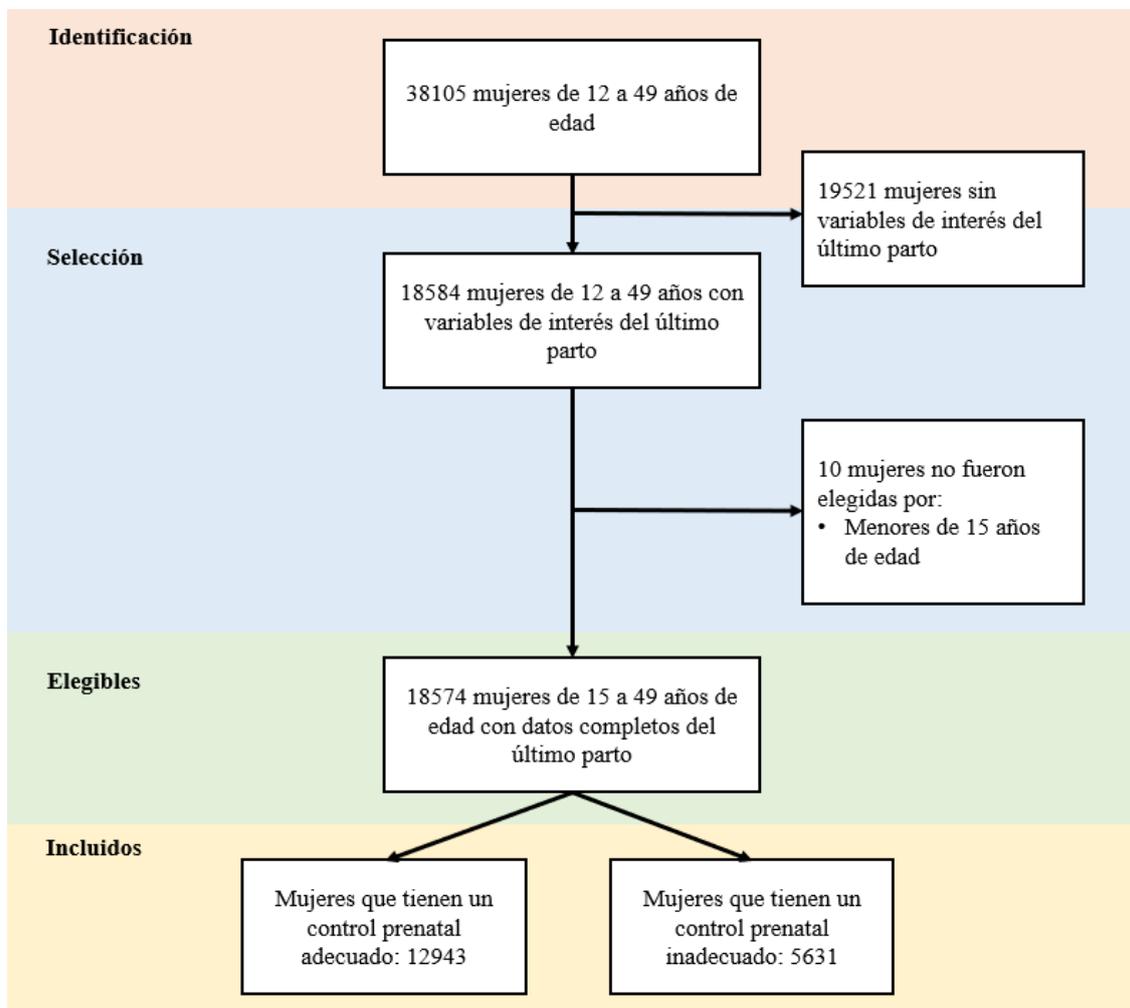


Figura 1. Flujograma de selección de la muestra del estudio

En la tabla 1 observamos que la mayoría de las mujeres tiene pareja (81,1%), han terminado sus estudios secundarios (48,1%), son de condición pobre (48,0%), viven en un área urbana (75,9%), tienen como lengua materna el castellano (83,9%), están afiliadas a un seguro público de salud (74,2%) y tienen más de 5 miembros en el hogar (50,4%). Mientras que la mediana de la edad fue de 30 años.

Tabla 1. Estadística descriptiva de los factores sociodemográficos en mujeres de 15 a 49 años con un parto entre 2017 – 2021; ENDES 2022

VARIABLE	N	%ponderado
Estado civil		
<i>Sin pareja</i>	3366	18,9%
<i>Con pareja</i>	15208	81,1%

Grado de instrucción		
<i>Sin educación</i>	203	0,9%
<i>Primaria</i>	3068	15,4%
<i>Secundaria</i>	9170	48,1%
<i>Superior</i>	6133	35,7%
Índice de riqueza		
<i>Pobre</i>	10511	48,0%
<i>Medio</i>	3756	20,9%
<i>Rico</i>	4307	31,0%
Lugar de residencia		
<i>Urbano</i>	12879	75,9%
<i>Rural</i>	5695	24,1%
Lengua materna		
<i>Castellano</i>	14475	83,9%
<i>Nativa</i>	4099	16,1%
Afiliación al seguro público de salud		
<i>No</i>	3928	25,8%
<i>Sí</i>	14646	74,2%
Miembros del hogar		
<5	9501	49,6%
≥5	9073	50,4%
Edad*	30	11
Total	18574	100%

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2022.

*: Mediana y rango intercuartil

En la tabla 2, respecto a los factores obstétricos, observamos que el 54,2% tuvo un embarazo no planificado, el 79,7% tuvo un inicio temprano del control prenatal, el 60,9% fueron multíparas y el 78,6% no presentó una mala historia obstétrica.

Tabla 2. Estadística descriptiva de los factores obstétricos en mujeres de 15 a 49 años con un parto entre 2017 – 2021; ENDES 2022.

VARIABLE	N	%ponderado
Embarazo planificado		
<i>No</i>	10047	54,2%
<i>Sí</i>	8527	45,8%
Inicio temprano del control prenatal		
<i>No</i>	3907	20,3%
<i>Sí</i>	14667	79,7%
Paridad		
<i>Primípara</i>	5663	32,0%
<i>Multípara</i>	11432	60,9%
<i>Gran multípara</i>	1479	7,1%
Mala historia obstétrica		

<i>No</i>	14817	78,6%
<i>Sí</i>	3757	21,4%
Total	18574	100%

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2022.

En el análisis bivariado los factores sociodemográficos estado civil ($p \leq 0,001$), grado de instrucción ($p \leq 0,001$), índice de riqueza ($p \leq 0,010$), lugar de residencia ($p \leq 0,064$), afiliación a un seguro público de salud ($p \leq 0,016$), edad ($p \leq 0,001$) y número de miembros del hogar ($p \leq 0,001$) presentaron un valor $p < 0,25$ con cobertura inadecuada de la atención prenatal (Ver tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado de factores sociodemográficos en mujeres de 15 a 49 años con cobertura inadecuada de atención prenatal

VARIABLES	COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL		p*
	Adecuado N (%)	Inadecuada N (%)	
ESTADO CIVIL			<0,001**
<i>Sin pareja</i>	938(61,8)	578(38,2)	
<i>Con pareja</i>	4492(68,9)	2025(31,1)	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			<0,001**
<i>Sin educación</i>	48(55,3)	33(44,7)	
<i>Educación Primaria</i>	818(66,3)	415(33,7)	
<i>Educación Secundaria</i>	2519(65,2)	1342(34,8)	
<i>Educación Superior</i>	2051(71,6)	815(28,4)	
ÍNDICE DE RIQUEZA			0,010**
<i>Pobre</i>	2574(66,7)	1283(33,3)	
<i>Medio</i>	1114(66,2)	569(33,8)	
<i>Rico</i>	1742(69,8)	752(30,2)	
LUGAR DE RESIDENCIA			0,064**
<i>Urbano</i>	4095(67,2)	2002(32,8)	
<i>Rural</i>	1334(68,9)	601(31,1)	
LENGUA MATERNA			0,882
<i>Castellano</i>	4555(67,6)	2182(32,4)	
<i>Lengua nativa</i>	874(67,4)	422(32,6)	
AFILIACIÓN AL SEGURO PÚBLICO			0,016**
<i>No</i>	1446(69,7)	629(30,3)	
<i>Sí</i>	3983(66,9)	1975(33,1)	
MIEMBROS DEL HOGAR			<0,001**
< 5	2814(70,7)	1168(29,3)	
≥ 5	2615(64,6)	1435(35,4)	
EDAD	31(10) [†]	30(12) [†]	<0,0010**

Fuente: Base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2022.

*: Valor p calculado con la prueba Chi Cuadrado de Wald

†: Mediana y rango intercuartil

** : Valor p < 0,25

En el análisis bivariado de los factores obstétricos se encontró que el embarazo no planificado ($p \leq 0,001$), el inicio temprano del CPN ($p \leq 0,001$) y la paridad ($p \leq 0,001$) presentaron un valor $p < 0,25$ con cobertura inadecuada de la atención prenatal (Ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado de los factores obstétricos en mujeres de 15 a 49 años con cobertura inadecuada de atención prenatal.

VARIABLES	COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL		p*
	Adecuado N (%)	Inadecuada N (%)	
EMBARAZO PLANIFICADO			<0,001**
<i>No</i>	2768 (63,5)	1590 (36,5)	
<i>Sí</i>	2662 (72,4)	1015 (27,6)	
INICIO TEMPRANO DEL CPN			<0,001**
<i>No</i>	567(34,9)	1059(65,1)	
<i>Sí</i>	4861(75,9)	1545(24,1)	
PARIDAD			<0,001**
<i>Primípara</i>	1763(68,6)	808(31,4)	
<i>Múltipara</i>	3332(68,1)	1564(31,9)	
<i>Gran múltipara</i>	334(59,0)	232(41,0)	
MALA HISTORIA OBSTÉTRICA			0,381
<i>No</i>	4254(67,4)	2061(32,6)	
<i>Sí</i>	1176(68,4)	544(31,6)	

Fuente: Base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2022.

*: Valor p calculado con la prueba Chi Cuadrado de Wald

** : Valor $p < 0,25$

Para el análisis multivariante se determinó una mayor prevalencia para el control prenatal inadecuado en las mujeres sin pareja (RPa:1,112 IC95%: 1,040-1,189), sin educación (RPa: 1,442 IC95%:1,196-1,739), con educación secundaria (RPa:1,111 IC95%:1,032-1,197), no afiliadas a un seguro público de salud (RPa:1,118 IC95%:1,032-1,211), con 5 o más miembros en el hogar (RPa:1,094 IC95%:1,033-1,159), que no planificaron el embarazo (RPa:1,086 IC95%:1,024-1,151), que no iniciaron tempranamente su control prenatal (RPa:2,588 IC95%:2,458-2,726), las mujeres múltiparas (RPa:1,098 IC95%:1,020-1,181) y grandes múltiparas (RPa:1,275 IC95%:1,126-1,443) .); y. Las mujeres que residen en zonas rurales presentaron una menor prevalencia (RPa:0,857 IC95%:0,803-0,914), mientras que la edad se comportó de manera inversamente proporcional, es decir a mayor edad menor prevalencia de cobertura inadecuada de la atención prenatal (Ver tabla 5).

Tabla 5. Evaluación multivariada de factores asociados a la cobertura inadecuada de la atención prenatal, ENDES 2022.

	RPc (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p
ESTADO CIVIL				

<i>Sin pareja</i>	1,227(1,145- 1,316)	<0,001	1,112(1,040- 1,189)	0,002*
<i>Con pareja</i>	1		1	
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
<i>Sin educación</i>	1,573(1,305- 1,895)	<0,001	1,442(1,196- 1,739)	<0,001*
<i>Primaria</i>	1,184(1,089- 1,287)	<0,001	1,097(0,999- 1,205)	0,051
<i>Secundaria</i>	1,222(1,143- 1,308)	<0,001	1,111(1,032- 1,197)	0,005*
<i>Superior</i>	1			
ÍNDICE DE RIQUEZA				
<i>Pobre</i>	1,104(1,030- 1,130)	0,005	0,912(0,912- 1,078)	0,845
<i>Medio</i>	1,121(1,027- 1,224)	0,011	0,918(0,918- 1,095)	0,952
<i>Rico</i>	1		1	
LUGAR DE RESIDENCIA				
<i>Urbano</i>	1		1	
<i>Rural</i>	0,947(0,893- 1,003)	0,064	0,857(0,803- 0,914)	<0,001*
LENGUA MATERNA				
<i>Castellano</i>	1		NC	
<i>Lengua nativa</i>	1,005(0,939- 1,075)	0,882		
AFILIACIÓN AL SEGURO PÚBLICO				
<i>No</i>	0,915(0,850- 0,984)		1,118(1,032- 1,211)	0,006*
<i>Sí</i>	1		1	
MIEMBROS DEL HOGAR				
<5	1		1	
≥5	1,208(1,140- 1,280)	<0,001	1,094(1,033- 1,159)	0,002*
EMBARAZO PLANIFICADO				
<i>No</i>	1,322(0,99- 1,01)	<0,001	1,086(1,024- 1,151)	0,006*
<i>Sí</i>	1		1	
INICIO TEMPRANO DEL CPN				
<i>No</i>	2,700(2,567- 2,840)	<0,001	2,588(2,458- 2,726)	<0,001*
<i>Sí</i>	1		1	
PARIDAD				
<i>Primípara</i>	1		1	

<i>Múltipara</i>	1,016(0,953-1,084)	0,621	1,098(1,020-1,181)	0,013*
<i>Gran múltipara</i>	1,305(1,188-1,435)	<0,001	1,275(1,126-1,443)	<0,001*
MALA HISTORIA OBSTÉTRICA				
<i>No</i>	1,032(0,962-1,108)	0,381	NC	
<i>Sí</i>	1			
EDAD	0,998(0,984-0,992)	<0,001	0,998(0,983-0,993)	<0,001*

Fuente: base de datos de la encuesta demográfica y de salud familiar, ENDES 2022.

*: valor $p < 0,05$

nc: no calculado

DISCUSIÓN

En relación a la cobertura de la atención prenatal, en nuestro estudio el 32,4% de las 18 574 mujeres encuestadas recibieron una cobertura inadecuada con menos de 8 controles prenatales. En un metaanálisis del año 2023, que incluyó 7 estudios transversales realizados en África y 11 839 mujeres los resultados mostraron que la prevalencia del abandono del CPN entendido como la utilización de menos de cuatro controles prenatales fue del 41,37%¹⁴. Un estudio realizado en 2020 en Etiopía que incluyó 134 casos y 266 controles encontró una prevalencia del 33,5% de abandono del control prenatal¹⁵. Un estudio nacional de corte transversal utilizó datos secundarios de la encuesta ENDES 2019 y analizó 18 386 mujeres, encontrando que el 10,3% tuvieron una cobertura inadecuada del CPN, lo cual podría estar vinculado a la exclusión de los años de la pandemia de SARS-Cov 2, durante los cuales se interrumpieron las consultas externas y el seguimiento de las pacientes, además de basarse en las directrices del MINSA con menos de seis controles prenatales para establecer una cobertura adecuada¹⁶. Por lo tanto, esta variabilidad en la cobertura podría deberse a los diferentes determinantes sociales y geográficos de la población, así como los criterios utilizados para establecer cobertura adecuada del control prenatal.

Tras llevar a cabo un análisis de regresión de Poisson encontramos que las mujeres sin pareja, sin educación, con educación secundaria, no afiliadas a un seguro público de salud, con cinco o más miembros en el hogar, que no planificaron su embarazo, que no iniciaron tempranamente su control prenatal, las múltiparas y grandes múltiparas tienen mayor prevalencia de cobertura inadecuada de la atención prenatal. Las mujeres que residen en zonas rurales presentaron menor prevalencia; mientras que la edad fue inversamente proporcional. La lengua materna nativa, el índice de riqueza pobre-medio y una mala historia obstétrica no se asociaron al desenlace.

La residencia en áreas rurales como un factor protector puede responder a los avances en salud que el país ha experimentado y que debido a la vulnerabilidad que se percibe de esta población es que se terminan priorizando las políticas públicas resultando en un enfoque de los servicios de salud más proactivos, además que las comunidades rurales suelen estar conformadas por una sociedad más unida y colaborativa, lo que facilita la organización y participación en los diversos programas de salud del estado, si bien es cierto son supuestos basados en la realidad peruana, se necesitan más estudios que saquen a la luz factores asociados con esta aseveración. Replicar estas circunstancias en el área

urbana es una tarea difícil por el contexto sociocultural que implica estos supuestos mencionados, por lo que se necesita un enfoque multidisciplinario en el que intervengan los actores dentro del sector salud, educativo y gobierno. Según la ENDES 2022, el 97,8% de las mujeres peruanas recibió atención prenatal por un profesional de salud calificado (médico, obstetra y enfermera), observándose que, un 94% de mujeres residentes de áreas rurales recibieron dicha atención. Además, un 81,3% tuvo parto institucionalizado, y un 73,5% comenzó sus controles prenatales desde el primer trimestre. Estos datos representan mejoras respecto al año anterior. Este mismo progreso podría explicar la no influencia de la lengua nativa diferente al castellano, el bajo índice de riqueza y una mala historia de antecedentes obstétricos en la cobertura inadecuada del CPN¹⁰.

Una revisión sistemática en 2012, sobre los factores que determinan el uso de la atención prenatal en países de altos ingresos incluyó 1 565 842 participantes de ocho estudios que utilizaron datos retrospectivos, principalmente certificados de nacimiento. Un menor nivel educativo se asoció con un ingreso tardío a la atención prenatal o no recibir ningún tipo de atención. Las que no tenían seguro médico tuvieron más probabilidades de ingresar tarde a la atención prenatal. Las mujeres con tres o más nacidos vivos tenían más probabilidades de ingresar a la atención tardíamente después de 6 meses, o no recibirla en absoluto. Se encontró un uso inadecuado de la atención prenatal más frecuente entre las mujeres que viven en barrios con ingresos medios y altos. Por otro lado, se encontró una asociación entre la edad materna temprana (<20 años) y menor uso de los servicios de salud prenatal. Estos resultados son similares a nuestro estudio; sin embargo, otras variables como el no participar en programas públicos de salud se asoció a una menor probabilidad de utilización del control prenatal; quienes detectaron tempranamente el embarazo y quienes tuvieron como antecedente un parto prematuro se asociaron a mayor probabilidad¹⁷. Estas últimas variables no formaron parte de nuestro estudio debido a que no estaban contempladas en el cuestionario ENDES 2022.

Un metaanálisis en 2019, que incluyó 20 185 mujeres etíopes, dos cohortes prospectivas y trece estudios transversales, se centró en evaluar los factores que influyen en la utilización del cuidado prenatal. Obtuvieron que las mujeres que viven en áreas urbanas son más propensas a utilizar el CPN. Asimismo, las mujeres con educación, las que planificaron su embarazo y aquellas cuyo esposo tenía educación fueron más propensas a utilizar el CPN. Sin embargo, a diferencia de nuestra investigación la edad, estado civil y paridad de la madre no mostraron asociación con la utilización del CPN. Aunque existen similitudes y diferencias con nuestros resultados, es necesario interpretar con cautela debido a la alta heterogeneidad de los estudios incluidos y el criterio empleado para establecer la utilización del CPN.

Una cohorte prospectiva con 3 300 mujeres evaluó los factores que explican la asociación entre la etnicidad y utilización inadecuada del CPN; encontró que la edad ≤ 19 años, ≥ 36 años, el embarazo no deseado, una mala historia obstétrica), el bajo nivel educativo y no tener seguro complementario tienen más probabilidades de una utilización inadecuada del CPN, similar a lo encontrado en nuestra investigación. Otras variables como ingresos por debajo de la media, no ser holandesa de primera generación, etnia no categorizada, hablar idioma no holandés, no usar ácido fólico, ser obesa y haber tenido problemas con reservar cita en obstetricia también presentaron mayor probabilidad de utilización inadecuada del CPN; sin embargo por la naturaleza de nuestro estudio, estas últimas no fueron consideradas, al no estar contempladas en la encuesta ENDES 2022, con la excepción del ingreso económico que no resultó significativo en nuestra investigación. Esta diferencia podría deberse a la manera como se definió esta variable y delimitaron

sus categorías; además el desenlace no solo se refirió al número inadecuado de visitas de atención prenatal, sino también al inicio tardío de esta atención ¹⁹.

Un estudio de casos y controles identificó los factores que afectan el uso de la atención prenatal en mujeres casadas en edad reproductiva. De las 380 mujeres seleccionadas, 329 utilizaron la atención prenatal y 51 no la utilizaron. Realizaron una regresión logística encontrando que las mujeres nulíparas, las que tienen conocimiento sobre la atención prenatal, las que tenían la facilidad de electricidad y las que vivían en zona rural tenían más probabilidades de usar la atención prenatal. La edad, paridad, alfabetización, embarazo planificado y ocupación, no demostraron una asociación significativa con la utilización de la atención prenatal ²⁰ a diferencia de nuestros resultados. Esto podría ocurrir por las diferentes características de la población, las diferentes definiciones de uso de la atención prenatal, además del exceso de variables o sobreajuste para el número de eventos considerado en el estudio.

El 2021, un estudio transversal con datos de encuestas demográficas que incluyó 260 572 mujeres y buscó evaluar los factores asociados con el uso recomendado de la atención prenatal, definido como al menos 4 visitas. Mediante una regresión logística encontraron que la residencia urbana, nivel educativo primario y secundario, la educación primaria y secundaria del esposo, la ocupación materna, la autonomía de decisión de las mujeres, el nivel de riqueza medio y rico, la exposición a los medios de comunicación, el uso de anticonceptivos y el embarazo deseado se asociaron estadísticamente con la utilización adecuada de la atención prenatal. Algunos resultados son similares a los nuestros como el caso del grado de instrucción y el embarazo planificado, sin embargo, se difieren en cuanto el índice de riqueza y el lugar de residencia; esto podría explicarse por las características de los países incluidos que sólo podrían generalizarse a contextos similares ²¹.

En India, un estudio transversal consideró 172 702 mujeres de 15 a 49 años de una Encuesta Nacional de Salud Familiar y analizó los factores que estaban asociados a la infrautilización del CPN. Tras una regresión logística encontró que las mujeres de 15 a 24 años, procedentes de áreas rurales, las que no tenían educación, que no tuvieron un embarazo planificado, aquellas con 2 o más hijos, mujeres cuyo esposo no tenía educación formal, aquellas cuya atención médica es decidida por el esposo, mujeres pobres, no expuestas a medios de comunicación, aquellas que pensaban que el CPN era un problema y el no uso de anticonceptivos estuvieron asociadas significativamente a una infrautilización del CPN ²²; estos resultados son similares a los nuestros con la excepción del lugar de residencia rural que resultó un factor protector y el índice de riqueza que no resultó asociado a cobertura inadecuada del CPN en nuestro estudio.

Un estudio transversal, realizado en nuestro país por Tello et al. evaluó los determinantes del cumplimiento adecuado del CPN tomando los datos de la encuesta ENDES 2019 con 18 386 mujeres encontrando que la edad de 20-34 años, de 35-49 años, mujeres con educación secundaria o superior y que tienen un seguro público de salud tienen más probabilidades de un cumplimiento adecuado del CPN, mientras que ser de etnia nativa, tener de 2 a 3 partos y un embarazo no planificado tienen menos probabilidades de un cumplimiento adecuado ¹⁶. Estos resultados son similares a los nuestros excepto para la edad donde obtuvimos que, a menor edad, mayor riesgo de cobertura inadecuada, esta diferencia podría deberse a la manera en que se operacionaliza la variable y los límites subjetivos para su categorización.

Si mencionamos más sobre el contexto local, el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 establece pautas para disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Perú, objetivos que serían evaluados constantemente en los indicadores de nuestro país, encontrando a un Perú que para el año 1996, solo el 72% de gestantes estaban coberturadas con atención prenatal incrementando hasta un 97.8% según la ENDES 2022, también mencionar que según la ENDES 2005-2007, recién el 72.3% de los partos atendidos fueron realizados en establecimientos de salud a nivel nacional debido a la reciente implementación del Seguro Integral de Salud, siendo actualmente un 93.3% según la ENDES 2022, Podemos mencionar también que solo el 77% de gestantes sin educación recibían atención prenatal. Actualmente estos indicadores han continuado mejorando, el gobierno nacional en su lucha por reducir los indicadores de mortalidad materna y perinatal ha incrementado sus esfuerzos año tras año y esto se ve reflejado en las ENDES que año tras año reflejan la realidad peruana, así como de los avances que poco a poco se van consiguiendo con la implementación de las políticas públicas^{28,10}. En relación a América Latina, esta no escapa de la realidad, en Colombia para el 2014 cerca del 30% de gestantes tuvo menos de 4 controles prenatales y la mortalidad materno perinatal sigue siendo un problema en dicho país²⁹. En Brasil para el 2019, concluyeron que una atención prenatal adecuada mejora los resultados materno-infantiles y reduce significativamente las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio³⁰. Venezuela en el 2020 también considera que la atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y productos con bajo peso al nacer³¹. México en el 2020 también manifestó las consecuencias de una cobertura inadecuada de la atención prenatal, donde el 20% sufrió consecuencias perinatales³². En el 2020, Ecuador atribuye la falta de adherencia al control de factores tales como creencias, costumbres, falta de accesibilidad geográfica, cima de la región y desigualdad de género³³. Asimismo, en Honduras en el 2016 consideran que la cobertura inadecuada de la atención prenatal es más común en las gestantes que provienen de áreas rurales y por ende son las que más complicaciones presentan en el embarazo³⁴.

Nuestro estudio presentó algunas limitaciones propias del uso de datos secundarios, pudiendo haber otras variables no contenidas en la encuesta ENDES 2022 que podrían aportar otro valor al estudio. La confiabilidad de los datos obtenidos pudo haberse afectado por el sesgo de memoria inherente a las preguntas sobre eventos pasados, especialmente considerando el largo período de recuerdo. Asimismo, la posibilidad de que algunas encuestadas no hayan comprendido completamente las preguntas introducen un margen de error adicional, además de la ausencia de datos relacionados a la calidad de la atención prenatal, así como de factores estructurales de los centros de salud. Entre sus fortalezas estuvo contar con un número considerable de participantes y el control de calidad en la obtención de datos de la encuesta, a través de entrevista directa por personal debidamente calificado para el recojo de esta información, quienes visitaron las viviendas seleccionadas, tomadas de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017 y el material cartográfico actualizado, a través de una muestra bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente¹¹. Los resultados así obtenidos podrían ser generalizables al entorno comunitario de nuestro país en forma de políticas públicas, como la ampliación de la cobertura del Seguro Integral de Salud para garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud, la implementación de programas de oportunidad laboral y capacitación a mujeres solteras para empoderarse tanto en el aspecto económico como social, programas de salud sexual y reproductiva que promuevan la planificación familiar y la importancia de la atención prenatal, así como la implementación de programas de alfabetización dirigidos especialmente a mujeres en edad fértil de zonas rurales, para aumentar el acceso de ellas a la información.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el presente estudio encontró que las mujeres sin pareja, sin educación, con educación secundaria, no afiliadas a un seguro público de salud, con cinco o más miembros en el hogar, que no planificaron su embarazo, que no iniciaron de forma temprana su control prenatal, las multíparas y grandes multíparas presentaron mayor prevalencia de una cobertura inadecuada de la atención prenatal; la edad se comportó de manera inversa a este evento, mientras que la residencia rural resultó un factor protector.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2023 [Citado el 22 de enero del 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/xrO6oX>
2. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016 [Cited 2024 mar 13]. Available from: <https://n9.cl/bv7az>
3. Rojas-Suarez J, Suarez N, Ateka-Barrutia O. Developing obstetric medicine training in Latin America. *Obstet Med.* 2017;10(1):16–20. doi: 10.1177/1753495x16684708
4. Castro A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health Hum Rights* [Internet]. 2019 [Cited 2024 mar 19];21(1). Available from: <https://n9.cl/94srl>
5. UNICEF. Antenatal care [Internet]. UNICEF; 2024 Citado el 15 de Abril del 2024. Available from: <https://n9.cl/1x36iz>
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Overview of the Situation of Maternal Morbidity and Mortality: Latin America and the Caribbean [Internet]. 2017 [Cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://n9.cl/298irg>
7. Valadez I, Alfaro N, Pozos E. Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco, México. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(5):1313–21. doi: 10.1590/s0102-311x2003000500010
8. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. *Reprod Health.* 2015;12(1). doi: 10.1186/s12978-015-0081-0
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2019 [Internet]. INEI; 2020 [Citado el 23 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/5edvu>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022: Nacional y Departamental [Internet]. INEI; 2023 [Citado el 24 de abril del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/revww>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2022 [Internet]. INEI; 2022 [Citado 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/msa6f>
12. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. OMS; 2017. Disponible en: <https://n9.cl/tsir>
13. WHO. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017 [Internet]. WHO; 2017 [Cited 2024 apr 14]. Available from: <https://n9.cl/gsx1w3>
14. Sisay G, Mulat T. Antenatal care dropout and associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res Manag Epidemiol.* 2023; 10:233339282311657. doi: 10.1177/23333928231165743

15. Bekele YA, Tafere TE, Emiru AA, Netsere HB. Determinants of antenatal care dropout among mothers who gave birth in the last six months in BAHIR DAR ZURIA WOREDA community; mixed designs. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1). doi: 10.1186/s12913-020-05674-9
16. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and determinants of adequate compliance with antenatal care in Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(06):442–51. doi: 10.1055/s-0041-1732463
17. Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, van der Schans CP, Schellevis FG, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2012;22(6):904–13. doi: 10.1093/eurpub/ckr164
18. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. Factors affecting utilization of antenatal care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(4):e0214848. Disponible en: 10.1371/journal.pone.0214848
19. Boerleider AW, Manniën J, van Stenus CMV, Wiegers TA, Feijen-de Jong EI, Spelten ER, et al. Explanatory factors for first and second-generation non-western women 's inadequate prenatal care utilisation: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1). doi: 10.1186/s12884-015-0528-x
20. Aziz Ali S, Aziz Ali S, Feroz A, Saleem S, Fatmai Z, Kadir MM. Factors affecting the utilization of antenatal care among married women of reproductive age in the rural Thatta, Pakistan: findings from a community-based case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1). doi: 10.1186/s12884-020-03009-4
21. Tessema ZT, Teshale AB, Tesema GA, Tamirat KS. Determinants of completing recommended antenatal care utilization in sub-Saharan from 2006 to 2018: evidence from 36 countries using Demographic and Health Surveys. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1). doi: 10.1186/s12884-021-03669-w
22. Thakkar N, Alam P, Saxena D. Factors associated with underutilization of antenatal care in India: Results from 2019–2021 National Family Health Survey. *PLoS One.* 2023;18(5):e0285454. doi: 10.1371/journal.pone.0285454
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuestionario Individual. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022 [Internet]. Lima: Dirección nacional de censos y encuestas, INEI; 2023 [Citado el 23 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/pzd9f>
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuestionario Hogar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022. [Internet]. Lima: Dirección nacional de censos y encuestas, INEI; 2023 [Citado el 18 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/mqyec3>
25. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna [Internet]. Lima: dirección general de la salud de las personas, MINSA; 2013 [Citado el 28 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/10lga>
26. Araujo González R, Ochoa Montes A, López Tutusaus T. Determinantes sociodemográficos y muerte súbita cardiovascular. *Revista cubana de salud*

- pública [Internet]. 2015 [Citado el 08 de marzo del 2024]; 41(3), 427–440. Disponible en: <https://n9.cl/qgbd0>
27. Sistema de Documentación Virtual de Investigaciones Estadísticas. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [Citado el 02 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/w3cyy>
 28. MINSA. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015 [Internet]. gov.pe; 2009 [Citado el 13 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/8sxyg>
 29. Gómez F, Marrugo C, Florez A, López K, Mazzanett E, Orozco J. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. *Revista de salud pública de México*. 2017; 59(2):176-180. doi: 10.21149/7766
 30. Andrade Z, Heredia I, Fuentes E, Alcalde J, Bravo L, Jurkiewicz L. Atención prenatal en grupo: efectividad y retos de su implementación. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [Citado el 03 de abril del 2024]; 53(85):1-8. Disponible en: <https://n9.cl/41iav>
 31. Betancourt A, García M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2020 [Citado el 22 de enero del 2024]; 4(7):74-94. Disponible en: <https://n9.cl/34in0m>
 32. Juárez C, Villalobos A, Saucedo A, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2020 ; 34(6):546-552. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.05.015
 33. Piña E. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Revista Publicando* [Internet]. 2020 [Citado el 16 de abril del 2024]; 7(26):54-60. Disponible en: <https://n9.cl/jd5uw>
 34. Izaguirre A, Aguilar V, Ramírez A, Valladares G, Rivera W, Valladares E. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y controles. *ImedPub Journals*. 2016; 12(3):1-6. doi: 10.3823/1326

ANEXOS

ANEXO 01. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES – 2022
Cuestionario - Mujeres de 12 a 49 años

Número de orden de entrevistada:

I. DATOS GENERALES

ESTADO CIVIL:

“¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?” (P. 501)²²

“¿Actualmente es usted viuda, separada o divorciada?” (P. 505)²²

INSTRUCCIÓN:

“¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?” (P. 108)²²

ÍNDICE DE RIQUEZA:

“¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar para tomar o beber?” (P. 40)²³

“¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utilizan en su hogar?” (P. 41)²³

“¿La fuente de abastecimiento de agua en el hogar está disponible todo el día?” (P. 42)²²

“En su hogar, ¿Habitualmente toman o beben agua tal como viene del caño, pozo o fuente de abastecimiento?” (P. 47)²³

“El agua que usan para beber, ¿es agua que conservan en un envase o recipiente?” (P. 48)²³

“¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su hogar?” (P. 53)²³

“¿El servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar?” (P. 54)²³

“¿Su hogar tiene muebles, equipos o servicios, qué tipos?” (P. 61)²³

“¿Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente en su hogar para cocinar?” (P. 62)²³

“¿Adicionalmente utilizan otro tipo de combustible para cocinar?” (P. 63)²³

“¿Utilizan un cuarto especialmente para cocinar?” (P. 68)²³

“¿Qué tipo de alumbrado utilizan en su hogar?” (P. 70)²³

“Sin contar baño, cocina, pasadizos, ni garaje, ¿Cuántas habitaciones son de uso de su hogar?” (P. 71)²³

“¿Cuántas habitaciones usan en su hogar para dormir?” (P. 72)²³

“Material predominante del piso de la vivienda” (P. 73)²³

“Material predominante de las paredes exteriores de la vivienda” (P. 74)²³

“Material predominante del techo de la vivienda” (P. 75)²³

“Tipo de ventanas de la vivienda” (P. 76)²³

“¿Algún miembro de su hogar es dueño de tierras agrícolas?” (P. 78)²³

“En total, ¿Cuántas hectáreas de tierras agrícolas pertenecen a los miembros de este hogar?” (P. 79)²³

“¿Algún miembro de su hogar es dueño de reses, caballos, mulas o burros, cabras, ovejas, aves en general, cuyes, conejos, cerdos, llamas, alpacas u otros animales?” (P. 80)²³

LUGAR DE RESIDENCIA:

“¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?” (P. 103)²²

LENGUA MATERNA

“¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez?” (P. 119)²²

AFILIACIÓN AL SEGURO PÚBLICO DE SALUD

“¿Tiene Ud. seguro de salud?” (P. 229B)²²

“¿A qué institución corresponde el seguro de salud que Ud. tiene?” (P. 229C)²²

MIEMBROS DEL HOGAR

Número de personas miembros del hogar (Sección 1)²³

EDAD:

“¿Cuántos años cumplidos tiene?” (P. 106)²²

EMBARAZO PLANIFICADO:

“Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijas o hijos?” (P. 228)²²

INICIO TEMPRANO DEL CONTROL PRENATAL:

“¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal su último hijo nacido vivo?” (P. 410B)²²

PARIDAD:

“¿Usted ha tenido en total cuántos hijo(s) nacidos en toda su vida?” (P. 209)²²

MALA HISTORIA OBSTÉTRICA:

“¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?” (P. 230)²²

II. ATENCIÓN PRENATAL

CONTROL PRENATAL:

“Número de veces que recibió control prenatal en su último hijo nacido vivo” (P. 410A)²²

PPA
PUBLICACIÓN ANTICIPADA

ANEXO 2. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN DE INDICADORES	FUENTE	TIPO	ESCALA	VALORES	CÓDIGO (BASE DE DATOS)	ÍNDICE
VARIABLE DEPENDIENTE: Cobertura inadecuada de la atención prenatal	COBERTURA INADECUADA DE LA ATENCIÓN PRENATAL	Acciones y procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que condicionan la morbilidad materna y perinatal	Control prenatal	Consultas de atención prenatal registrados hasta el momento del estudio ²⁴	ENDES 2022	Categórica	Nominal	<i>OMS</i> ≥ 8 CPN < 8 CPN	M14 (REC 41)	0.No 1.Sí
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores sociodemográficos y obstétricos	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Conjunto de factores que comprenden la estructura y dinámica de las poblaciones humanas	Estado civil	Tipo de unión del paciente registrado hasta el momento del estudio ²⁶	ENDES 2022	Politómica	Nominal	Soltera Conviviente Casada	V501 (RE516171)	0. Sin pareja 1. Con pareja
			Grado de instrucción	Instrucción académica de la paciente y registrada hasta el momento del estudio ²⁶	ENDES 2022	Categórica	Ordinal	Sin educación Primaria Secundaria Superior	V149 (REC0111)	0.Sin educación 1.Primaria 2.Secundaria 3.Superior
			Índice de riqueza	Riqueza del hogar de la paciente, no basado en ingreso o consumo y registrado hasta el momento del estudio ²⁶	ENDES 2022	Politómica	Ordinal	Pobre Medio Rico	V190 (REC0111)	0.Pobre 1.Medio 2.Rico

			Lugar de residencia	Lugar donde reside el paciente y registrado hasta el momento del estudio ²⁶	ENDES 2022	Categoría	Nominal	Rural Urbano	V025 (REC0111)	0.Urbano 1.Rural
			Lengua materna	Idioma que la madre aprendió a hablar en su niñez sin intervención pedagógica ²⁶	ENDES 2022	Categoría	Nominal	Castellano Lenguas nativas	S119 (REC91)	0.Castellano 1.Nativa
			Afiliación al seguro público de salud	Persona afiliada al seguro de salud subsidiado por el estado ²⁶	ENDES 2022	Categoría	Nominal	SÍ NO	S413 (REC516171)	0.No 1.SÍ
			Edad	Años vividos y registrados hasta el momento del estudio ²⁶	ENDES 2022	Cuantitativa	De razón	Edad en años	V012 (REC0111)	15-19
			Miembros del hogar	Persona o conjunto de personas, unidas o no por relaciones de parentesco que comparten la misma vivienda ²⁶	ENDES 2022	Categoría	Nominal	<5miembros ≥ 5 miembros	V136 (REC0111)	0.<5 1.≥ 5
			FACTORES OBSTÉTRICOS	Conjunto de factores estrechamente relacionados con el embarazo	Paridad	Número de partos logrados por la paciente y registrados hasta el momento del estudio ²⁶	ENDES 2022	Politómica	Ordinal	1 parto 2-4 partos ≥5 partos
Embarazo planificado	Situación en el que una pareja decide activamente tener un hijo y toma medidas	ENDES 2022			Cualitativa	Nominal	SI NO	M10 (REC41)	0.NO 1.SÍ	

				intencionadas para concebir ²⁶						
			Inicio temprano del control prenatal	Registro del primer control prenatal en el I Trimestre del embarazo ²⁶	ENDES 2022	Cualitativa	Nominal	SI NO	M13 (REC 41)	0.NO 1.SÍ
			Mala historia obstétrica	Antecedente de aborto o natimuerto ²⁶	ENDES 2022	Cualitativa	Nominal	SI NO	V228 (REC223132)	0.NO 1.SÍ

PPA
PUBLICACIÓN ANTICIPADA