

Percepción de las gestantes sobre la calidad y seguridad de la atención prenatal en el primer nivel de atención: revisión sistemática y análisis exploratorio según el contexto urbano-rural.

Pregnant women's perception of the quality and safety of prenatal care at the first level of care: systematic review and exploratory analysis according to the urban-rural context.

Arias Benavidez Karen Gladys; Oviedo Garces Melany Stefania; Sánchez Mata Marlene Elizabeth.

**CIENCIA, TECNOLOGÍA Y
SOCIEDAD**

Julio - diciembre, V°7-N°2; 2026

Recibido: 30-07-2026

Aceptado: 14-08-2026

Publicado: 17-08-2026

PAIS

- Milagro - Ecuador
- Milagro - Ecuador
- Milagro - Ecuador

INSTITUCION

- Universidad Estatal de Milagro
- Universidad Estatal de Milagro
- Universidad Estatal de Milagro

CORREO:

- ✉ kariasb2@unemi.edu.ec
- ✉ moviedog@unemi.edu.ec
- ✉ msanchezm8@unemi.edu.ec

ORCID:

- 🌐 <https://orcid.org/0009-0005-7061-8767>
- 🌐 <https://orcid.org/0009-0002-3838-5682>
- 🌐 <https://orcid.org/0000-0003-3241-5588>

FORMATO DE CITA APA

Arias, K., Oviedo, M. & Sánchez, M. (2026). *Percepción de las gestantes sobre la calidad y seguridad de la atención prenatal en el primer nivel de atención: revisión sistemática y análisis exploratorio según el contexto urbano-rural*. Revista G-ner@ndo, V°7 (N°2). P. 3210 – 3231.

Resumen

La calidad y seguridad de la atención prenatal son esenciales para la salud materna, al favorecer la identificación de riesgos y la continuidad asistencial. El objetivo consistió en analizar la percepción de las gestantes sobre la calidad y seguridad de la atención prenatal en el primer nivel y explorar diferencias según el contexto urbano-rural. Métodos: se realizó una revisión sistemática de 14 estudios. Cada investigación constituyó una unidad de análisis y las dimensiones de calidad y seguridad se codificaron según su presencia o ausencia. Se calcularon frecuencias y porcentajes mediante análisis de respuestas múltiples. Para la comparación territorial, los estudios se clasificaron como urbanos o rurales cuando más del 50 % de la muestra correspondía a una de estas áreas. La asociación entre territorio y dimensiones se evaluó mediante la prueba exacta de Fisher, con $\alpha=0,05$. Resultados: se identificaron 16 dimensiones de calidad. Las más frecuentes fueron elementos tangibles (50,0 %), acceso oportuno y comunicación e información (42,9 % cada una), y trato interpersonal (35,7 %). No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el predominio urbano o rural y las dimensiones evaluadas ($p>0,05$). No obstante, la organización y capacidad resolutoria fue abordada exclusivamente en estudios rurales (40,0 %; $p=0,152$), mientras que la competencia técnica profesional se identificó únicamente en estudios urbanos (42,9 %; $p=0,205$). Conclusión: La atención prenatal mostró un carácter multidimensional y patrones diferenciados según el contexto territorial. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las particularidades urbanas y rurales para orientar estrategias de mejora de la calidad y seguridad de la atención prenatal.

Palabras clave: atención prenatal; satisfacción de las gestantes; salud materna; accesibilidad a los servicios de salud.

Abstract

The quality and safety of prenatal care are essential for maternal health, as they facilitate risk identification and continuity of care. The objective was to analyze pregnant women's perceptions regarding the quality and safety of primary-level prenatal care and to explore differences based on the urban-rural context. Methods: A systematic review of 14 studies was conducted. Each study served as a unit of analysis, and quality and safety dimensions were coded based on their presence or absence. Frequencies and percentages were calculated using multiple-response analysis. For territorial comparison, studies were classified as urban or rural if more than 50% of the sample belonged to one of these areas. The association between territory and dimensions was evaluated using Fisher's exact test ($\alpha=0.05$). Results: Sixteen quality dimensions were identified. The most frequent were tangible elements (50.0%), timely access and communication/information (42.9% each), and interpersonal treatment (35.7%). No statistically significant associations were found between the urban or rural setting and the dimensions evaluated ($p>0.05$). However, organization and problem-solving capacity were addressed exclusively in rural studies (40.0%; $p=0.152$), whereas professional technical competence was identified only in urban studies (42.9%; $p=0.205$). Conclusion: Prenatal care demonstrated a multidimensional nature and distinct patterns based on the territorial context. These findings highlight the importance of considering urban and rural specificities when guiding strategies to improve the quality and safety of prenatal care.

Keywords: prenatal care; pregnant women's satisfaction; maternal health; health service accessibility..

Introducción

La calidad y la seguridad de la atención en salud durante la gestación constituyen dimensiones estrechamente relacionadas con la experiencia asistencial de la mujer y con los resultados maternos y perinatales. Emiru et al. (2020) refieren que la calidad de atención materna debe desarrollarse bajo estándares que garanticen prácticas clínicas seguras, trato respetuoso, comunicación efectiva y participación de la gestante en las decisiones sobre el cuidado que reciben las mujeres embarazadas. No obstante, el paquete priorizado de atención materna reúne intervenciones esenciales para el seguimiento del embarazo, entre ellas la captación temprana de la gestante, los controles prenatales, los tamizajes maternos, la suplementación nutricional y la consejería en salud, el cumplimiento permite valorar principalmente la calidad de la atención.

En Ecuador, la seguridad materna se sustenta en protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública, entre ellos el Score MAMÁ, herramienta destinada a identificar precozmente el deterioro clínico de la gestante mediante la valoración sistemática de signos vitales y la activación oportuna de las claves obstétricas. La percepción de seguridad durante la atención también comprende la identificación correcta de la paciente, la oportunidad de la respuesta, la comunicación efectiva, la administración segura de medicamentos, la prevención de riesgos y la confianza en el personal de salud (Ministerio de Salud Pública, 2025). Desde la experiencia de las usuarias, la existencia de procedimientos claramente establecidos fortalece la percepción de seguridad, al transmitir la sensación de que las decisiones clínicas responden a criterios previamente definidos y no únicamente al juicio individual del profesional (Prosen & Ličen, 2025).

La mortalidad materna continúa constituyendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2024) más de 700 mujeres murieron diariamente por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, lo que equivale aproximadamente a una muerte materna cada dos minutos. Asimismo, en América Latina y el Caribe, esta problemática mantiene cifras preocupantes, debido a que alrededor de 8.400 mujeres mueren cada año como consecuencia de complicaciones ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Estas cifras evidencian la persistencia de importantes desigualdades en materia de salud materna y la necesidad de fortalecer el acceso oportuno a servicios de salud de calidad.

En Ecuador, durante el año 2024, se registraron 86 muertes maternas, lo que representó una disminución de nueve casos en comparación con 2023. Del total de defunciones, las causas indirectas o no obstétricas representaron el 47,67 %, seguidas de las hemorragias obstétricas (18,60 %), los trastornos hipertensivos (10,47 %) y las infecciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (4,65 %). Estos datos resaltan la importancia de fortalecer los controles

prenatales oportunos y continuos, así como de garantizar una atención materna segura, integral y de calidad, orientada a la identificación temprana de factores de riesgo, la vigilancia clínica adecuada y la atención oportuna de las necesidades de la gestante (Ministerio de Salud Pública, 2025).

En relación con el lugar de residencia, el acceso y las características de la atención prenatal pueden variar entre las áreas urbanas y rurales. De acuerdo con Canto (2023), en un estudio realizado en Perú, las mujeres residentes en zonas rurales presentaron una menor probabilidad de recibir atención prenatal de calidad, asociada además con determinadas condiciones sociales y la pertenencia a poblaciones indígenas. Estos hallazgos evidencian la influencia del contexto territorial, la disponibilidad de servicios y la continuidad del seguimiento en la calidad y seguridad de la atención prenatal.

La percepción de la calidad de la atención prenatal se relaciona desde el primer contacto de la gestante con los servicios de salud, donde el acceso oportuno favorece el seguimiento temprano, la identificación de factores de riesgo y la confianza en la atención recibida (Salazar et al., 2025). Esta percepción se fortalece con la continuidad de la atención, ya que la regularidad de los controles favorece la vigilancia materno-fetal, la respuesta a necesidades individuales y una relación asistencial adecuada con el personal de salud (Pathak & Ghimir, 2020). Sin embargo, las barreras geográficas, las limitaciones organizativas y las dificultades de acceso a los servicios de salud pueden retrasar el inicio del control prenatal y afectar negativamente la valoración del cuidado recibido.

La comunicación efectiva durante el control prenatal constituye un componente esencial de la calidad asistencial, al favorecer la comprensión de los procedimientos, la participación informada de la gestante, la confianza en el equipo de salud (Cellissen et al., 2025). Asimismo, la percepción de calidad mejora cuando la orientación es comprensible, responde a las inquietudes de las gestantes y mantiene continuidad durante el embarazo (Hibusu et al., 2024). Bajo dicha perspectiva, Loezar et al. (2025) señalan que la continuidad del acompañamiento profesional favorece la calidad percibida de la atención prenatal y la adherencia a intervenciones como la suplementación con hierro y ácido fólico, especialmente cuando se integra consejería individualizada y seguimiento continuo.

Asimismo, el trato respetuoso, la escucha activa y la participación de las gestantes en la toma de decisiones fortalecen la confianza en los servicios de salud y favorecen una experiencia asistencial más satisfactoria (Javornická et al., 2025). Esta percepción también se relaciona con la capacidad del personal sanitario para responder oportunamente a las necesidades de la gestante y con la disponibilidad de recursos diagnósticos, medicamentos e infraestructura

adecuada, factores que fortalecen la capacidad resolutive del primer nivel de atención y contribuyen a una valoración favorable de la calidad del cuidado prenatal (Prado & Jasso, 2023).

La seguridad de la atención materna requiere estrategias de vigilancia clínica que permitan identificar oportunamente el deterioro materno y priorizar la respuesta asistencial. Entre estas se incluyen el triaje obstétrico y el Score MAMÁ, herramientas orientadas a la detección temprana de situaciones de riesgo en gestantes y puérperas (Ministerio de Salud Pública, 2025). La activación de las claves obstétricas constituye una estrategia esencial para la respuesta oportuna ante emergencias maternas. La clave roja orienta el manejo de la hemorragia obstétrica, la Clave Azul de los trastornos hipertensivos graves y la Clave Amarilla de la sepsis materna, favoreciendo intervenciones estandarizadas y oportunas ante situaciones de alto riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

La continuidad de la atención resulta fundamental cuando la gestante requiere manejo en un nivel de mayor complejidad. En este contexto, los procesos de referencia y contrarreferencia favorecen la coordinación entre los servicios de salud y la continuidad del seguimiento clínico. Asimismo, la disponibilidad de recursos diagnósticos y la comunicación efectiva entre profesionales son determinantes para garantizar una atención oportuna y especializada (Ministerio de Salud Pública, 2025). De esta manera, la articulación entre los distintos niveles asistenciales contribuye a mantener un cuidado continuo y organizado para la madre y el recién nacido.

La identificación oportuna de factores de riesgo obstétrico durante el control prenatal permite individualizar la vigilancia y orientar intervenciones preventivas según las condiciones de cada gestante. Entre los principales riesgos se incluyen los trastornos hipertensivos, la diabetes gestacional, la anemia, las infecciones urinarias, las hemorragias obstétricas y las alteraciones del bienestar fetal. En este contexto, el monitoreo clínico sistemático, los tamizajes prenatales y la educación sobre signos de alarma favorecen la detección temprana de alteraciones y fortalecen la confianza en la atención recibida (Jimenez & Añazco, 2026). Desde esta perspectiva, la seguridad materna trasciende la respuesta ante emergencias e incorpora un enfoque preventivo orientado a la identificación temprana y el control oportuno de factores que puedan comprometer la salud materno-feta

La evidencia científica disponible sugiere que la percepción de la calidad y seguridad de la atención prenatal se relaciona con el acceso oportuno, la continuidad del cuidado, la comunicación con el personal de salud y la capacidad de respuesta ante riesgos obstétricos. Sin embargo, estos factores suelen analizarse de manera independiente, lo que limita una comprensión integral de su influencia en la experiencia de atención de las gestantes. En este

contexto, resulta necesario integrar la evidencia existente para identificar brechas y orientar estrategias de mejora que fortalezcan una atención prenatal segura, oportuna, continua y centrada en las necesidades de la gestante.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la evidencia científica sobre la percepción de las gestantes respecto a la calidad y seguridad de la atención prenatal en el primer nivel de atención y explorar las diferencias en las dimensiones evaluadas según el contexto urbano o rural, identificando su impacto en la participación, compromiso y disposición hacia el aprendizaje.

Métodos y Materiales

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica sobre la percepción de las gestantes respecto a la calidad y seguridad de la atención prenatal en el primer nivel, con un análisis exploratorio de la evidencia según el contexto urbano y rural. La investigación fue de tipo documental, con alcance descriptivo, analítico y exploratorio. Se incluyeron estudios con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos, cuyos resultados se integraron mediante análisis descriptivo, síntesis temática y síntesis narrativa. Asimismo, la evidencia se organizó y analizó de acuerdo con el contexto de realización de los estudios (urbano, rural o mixto), con el propósito de identificar similitudes, diferencias y factores contextuales que influyen en la percepción de la calidad y la seguridad de la atención prenatal (Navarro & Torres, 2024). El proceso de identificación, selección, evaluación e inclusión de los estudios se desarrolló conforme a las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), garantizando la transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico de la revisión.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Scopus, Web of Science, ScienceDirect, PubMed, SciELO y en Google Scholar. Se incluyeron estudios publicados entre 2020 y 2025. Se utilizaron descriptores controlados de los tesauros DeCS y MeSH y términos libres en español e inglés, además de términos relacionados con gestantes, atención prenatal y primer nivel de atención. Los términos relacionados con las gestantes, la atención prenatal y el primer nivel de atención se combinaron mediante el operador booleano AND. Por su parte, los conceptos vinculados con la calidad, la satisfacción, la percepción y la seguridad de la atención se agruparon en un mismo bloque mediante el operador OR, con el propósito de ampliar la sensibilidad de la búsqueda y recuperar estudios que abordaran una o varias de estas dimensiones. Las ecuaciones se adaptaron a la sintaxis y a los campos de búsqueda específicos de cada fuente consultada. Asimismo, se registraron las fechas de búsqueda, los filtros aplicados y el número de resultados recuperados en cada una de ellas.

El proceso de selección de los estudios se desarrolló conforme a las cuatro fases establecidas por la declaración PRISMA 2020: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. La búsqueda inicial permitió recuperar 100 registros, de los cuales 30 fueron eliminados por duplicidad. Posteriormente 70 estudios avanzaron a la fase de cribado mediante la revisión de títulos y resúmenes. Los artículos potencialmente elegibles fueron analizados en texto completo para verificar el cumplimiento de los criterios y exclusión previamente establecidos. Finalmente, la revisión sistemática incluyó 14 artículos científicos que cumplieron con los criterios metodológicos establecidos y fueron considerados pertinentes para responder al objetivo de la investigación.

Criterios de inclusión: se incluyeron estudios que cumplieron las siguientes condiciones:

Artículos científicos originales publicados en revistas indexadas.

Estudios con enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto.

Investigaciones realizadas con mujeres gestantes.

Estudios que analizaron la calidad, la seguridad, la satisfacción o la percepción de la atención prenatal

Investigaciones desarrolladas en establecimientos del primer nivel de atención o en servicios ambulatorios de atención prenatal con características equivalentes.

Artículos publicados entre enero de 2020 y diciembre de 2025.

Publicaciones en español o inglés.

Artículos con texto completo disponible.

Criterios de exclusión: se excluyeron:

Revisiones de la literatura, revisiones sistemáticas, metaanálisis, editoriales, cartas al editor, artículos de opinión, protocolos de investigación y resúmenes de congresos.

Estudios centrados exclusivamente en la atención hospitalaria del parto o del puerperio que no aportaran información sobre la atención prenatal.

Investigaciones que no presentaran resultados relacionados con la calidad, la seguridad, la satisfacción y la percepción de la atención prenatal.

Estudios realizados en poblaciones diferentes de las mujeres gestantes cuyos resultados no pudieran analizarse por separado.

Documentos duplicados.

Publicaciones con información insuficiente para la extracción y el análisis de los datos.

La extracción de la información se realizó mediante una matriz diseñada específicamente para esta revisión, en la que se sistematizaron las siguientes variables: autores, año de publicación, país y área de residencia, tipo y diseño de estudio, técnica de recolección de datos, tamaño y características de la muestra, edad de las participantes, dimensiones de calidad y seguridad de la atención.

Debido a la heterogeneidad de los diseños metodológicos, las poblaciones, los instrumentos y los resultados de los estudios, se realizó una síntesis narrativa y descriptiva. Las dimensiones de calidad se identificaron directamente en los estudios analizados y se agruparon según su similitud conceptual. Entre ellas se incluyeron el acceso oportuno, la continuidad del control prenatal, la comunicación e información, la competencia del personal de salud, la privacidad, la disponibilidad de recursos, limpieza e higiene, elementos tangibles entre otras. Esta organización permitió integrar y comparar los hallazgos relacionados con la percepción de las gestantes en cuanto a la calidad y seguridad de atención en el primer nivel.

En cuanto a las consideraciones éticas, por tratarse de una revisión sistemática basada en estudios previamente publicados, sin contacto directo con participantes ni recopilación de datos personales, no fue necesario obtener consentimiento informado. Durante el desarrollo de la investigación se respetaron los principios de integridad científica, transparencia, citación adecuada y reconocimiento de la autoría de todas las fuentes consultadas. Asimismo, la información extraída se utilizó exclusivamente con fines académicos y científicos.

Para el análisis estadístico, cada estudio se consideró una unidad de análisis. La presencia o ausencia de cada dimensión de calidad se codificó de forma dicotómica y se resumió mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar su asociación con el contexto territorial, los estudios se clasificaron según predominio urbano o rural y se aplicó la prueba exacta de Fisher bilateral en tablas de contingencia de 2×2 , con un nivel de significación de $\alpha=0,05$. De los 14 estudios de la revisión, 12 fueron incluidos en este análisis 7 con predominio urbano y 5 con predominio rural; se excluyeron dos por no disponer de información suficiente para establecer su clasificación territorial. Los cálculos se realizaron en Python mediante la función `fisher_exact` de SciPy.

Análisis de Resultados

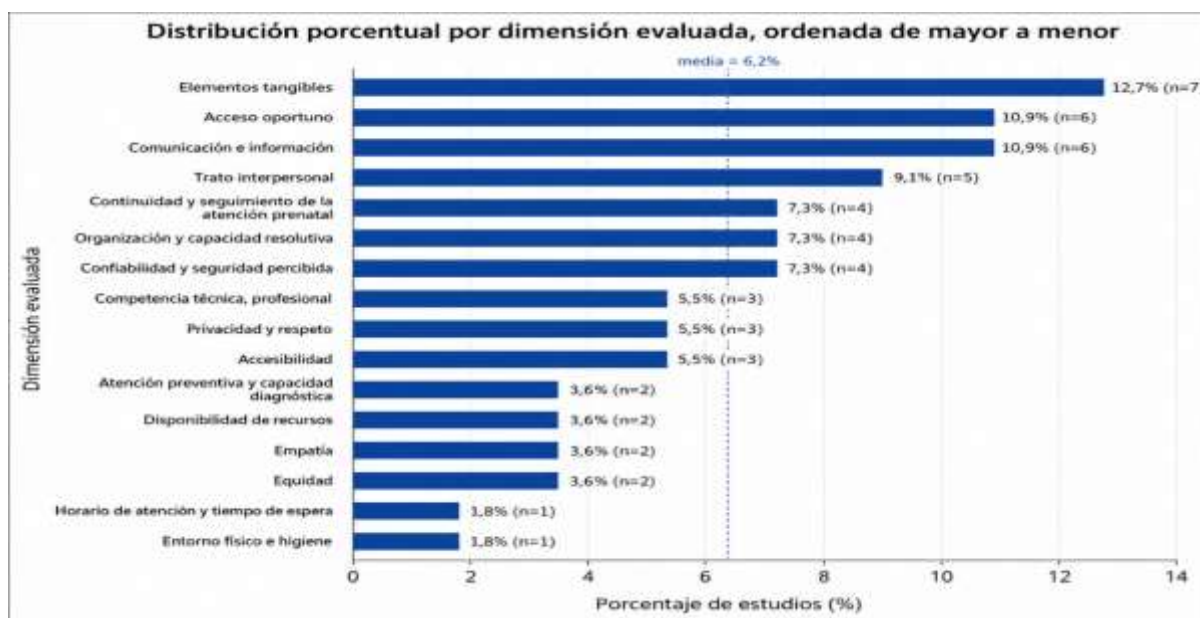
La revisión sistemática incluyó 14 publicaciones científicas sobre la percepción de la calidad y seguridad de la atención prenatal. La mayor proporción de estudios se concentró en 2024 (50,0 %; $n = 7$), seguida de 2025 (35,7 %; $n = 5$), mientras que 2020 y 2026 registraron una publicación cada uno (7,1 %). Entre 2021 y 2023 no se identificaron estudios que cumplieran

los criterios de selección. En conjunto, el 92,9 % de las investigaciones fue publicado entre 2024 y 2026, lo que evidencia una concentración reciente de la producción científica y aporta actualidad a la evidencia disponible sobre calidad y seguridad de la atención prenatal.

Los estudios incluidos presentaron una procedencia geográfica diversa, con investigaciones realizadas en Perú, Ecuador, México, Estados Unidos, Países Bajos, Zambia y Etiopía, lo que permitió incorporar evidencia de América Latina, Norteamérica, Europa y África. Esta diversidad favoreció la contextualización de los hallazgos en distintos entornos sanitarios, organizacionales y socioculturales, mostrando cómo las características de los sistemas de salud pueden relacionarse con la percepción de las gestantes sobre la calidad y seguridad de la atención prenatal.

Figura 1

Distribución porcentual de las dimensiones de calidad y seguridad de la atención prenatal en los estudios analizados



Nota. Los porcentajes se calcularon a partir de las dimensiones identificadas en los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Se presenta la distribución de las dimensiones de calidad y seguridad evaluadas en la atención prenatal. Se registraron 55 observaciones distribuidas en 16 dimensiones, con una frecuencia media de 6,2 % por dimensión. Los elementos tangibles constituyeron la dimensión más evaluada, con el 12,7 % (n=7), seguidos del acceso oportuno y la comunicación e información, ambos con el 10,9 % (n=6). El trato interpersonal representó el 9,1 % (n=5).

La continuidad y seguimiento de la atención prenatal, la organización y capacidad resolutive y la confiabilidad y seguridad percibida alcanzaron cada una el 7,3 % (n=4). La

competencia técnica profesional, la privacidad y respeto y la accesibilidad representaron individualmente el 5,5 % (n=3). Por su parte, la atención preventiva y capacidad diagnóstica, la disponibilidad de recursos, la empatía y la equidad registraron el 3,6 % (n=2) cada una. Las menores frecuencias correspondieron al horario de atención y tiempo de espera y al entorno físico e higiene, ambos con el 1,8 % (n=1).

Tabla 1
Características de los estudios incluidos sobre calidad y seguridad de la atención prenatal

Autor (Año) y país	Diseño	Muestra / edad / área	Principales hallazgos por dimensión de calidad y seguridad
(Prado & Jasso, 2023) México	Cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo	298 embarazadas · 20–40 años · Urbana (León, Guanajuato)	76,8 % esperó 0–5 min para ser atendida; 69,9 % valoró bien instalaciones y equipos. Más del 70 % calificó positivamente la empatía del personal. 97,9 % confiaría en recurrir al personal si lo necesitara; 90,6 % percibió seguridad/integridad del personal.
Belachew et al., (2025)— Etiopía	Cuantitativo, transversal	458 embarazadas · 57,9 % rural / 42,1 % urbana (Distrito Wogera)	98,3 % valoró bien el saludo cordial; 96,9 % la privacidad; 95 % el servicio integral; 92,6 % la información recibida. 80,1 % consideró adecuada el área de espera; 77,1 % el tiempo de espera; 70,5 % las explicaciones del proveedor.
(Montesdeoca & González, 2024)— Ecuador (Tosagua, Manabí)	Observacional, descriptivo, transversal	153 embarazadas (3er trimestre) · mayoría 25–30 años (79,7 %) · 77,8 % rural / 22,2 % urbana	83,01 % inició el control en el primer trimestre; 56,9 % tuvo entre 4 y 6 controles. 43,1 % calificó las instalaciones como buenas; barreras de accesibilidad geográfica (68,83 %) y de acceso a ginecología (71,9 %). Espera predominante de 15–30 min (60,78 %).
Cellissen et al. (2025) — Países Bajos	Transversal	1 165 embarazadas (>32 semanas) · urbana y rural	Las matronas superaron significativamente al hospital en conocimiento, compromiso y equipo ($p < 0,001$). Trato personal: dimensión mejor valorada (4,30), el modelo comunitario es superior al hospitalario ($p < 0,001$).

Autor (Año) y país	Diseño	Muestra / edad / área	Principales hallazgos por dimensión de calidad y seguridad
			Educación: registro menor puntuación global (3,87), pero ventaja significativa de las matronas.
(Cueva-Pérez, Guivin-Ballena, & Soto-Cáceres, 2021) Perú (Lambayeque)	No experimental, cuantitativo, descriptivo	144 gestantes · jóvenes 18–24 años (44 %) · 58,2 % rural / 41,8 % urbana	Mayor satisfacción en empatía (80 %), tangibles (77 %), seguridad (70 %) y capacidad de respuesta (68,9 %).
Cunnington et al. (2026) — EE. UU. (Ohio)	Método mixto (cuantitativo y cualitativo)	1 327 citas en clínica móvil WOW-WH; 2 715 y 6 866 en dos clínicas de sede fija · urbana	Inasistencia significativamente menor en la clínica móvil (5,71 %) que en las clínicas fijas (8,05 % y 12,23 %) (χ^2 , $p < 0,001$).
Emiru et al., (2020) — Etiopía	Transversal	795 embarazadas · 15–40 años · 72,3 % rural / 27,7 % urbana	Mejor valorado el asesoramiento (0,69), seguido del desempeño interpersonal/saludo (0,60) y la disponibilidad de infraestructura (0,59). Disponibilidad de pruebas diagnósticas con la puntuación más alta (0,80).
Encalada Campos et al. (2025) — Ecuador (Santo Domingo)	Mixto (cuantitativo descriptivo y cualitativo fenomenológico)	60 mujeres + 6 profesionales de salud · 15–45 años · urbana y rural	56 % inició tardíamente los controles; solo 28 % cumplió la frecuencia recomendada. Desigualdades por escolaridad, etnia y residencia rural. 64 % esperó más de 15 días por una cita; 42 % con dificultades económicas y trato humillante. Mayor continuidad → mayor satisfacción (100 % con ≥ 7 controles vs. 57,9 % con 5–6).

Autor (Año) y país	Diseño	Muestra / edad / área	Principales hallazgos por dimensión de calidad y seguridad
Hibusu et al. (2024) — Zambia (Lusaka)	Cuantitativo, transversal	499 embarazadas · ≥18 años · urbana	58,3 % destacó en el entorno físico la limpieza; 57,9 % la privacidad; 56,1 % la amabilidad y respeto del personal. 46,9 % valoró bien las instalaciones médicas; 55,9 % el tiempo de espera en admisión. 58,5 % manifestó plena satisfacción; 58,3 % valoró bien la competencia técnica.
Pantigos-Gutiérrez et al. (2025) — Perú (Lima)	Analítico, observacional, cohorte retrospectiva	172 primigestas (86 expuestas / 86 controles) · 38±2 vs. 26±4 años · urbana	Mayor asistencia a controles en ≥35 años (68,6 %) que en 20–34 años (63,3 %).
Santivañez Salazar et al. (2025) — México	Cualitativo comparativo	46 mujeres (18 GPC / 28 IPC) · 15–45 años · urbana	La atención grupal (GPC) mejora la oportunidad, reduce tiempos muertos y ofrece sesiones más completas (2 h). La atención individual (IPC) presenta esperas de 2–4 h para consultas de 15–30 min y debilita la confianza por rotación de personal. Relación y comunicación: La GPC fortalece la confianza mediante empatía, respeto y continuidad del personal; la IPC la debilita por la atención fragmentada y la rotación médica.
Taco y Moyano (2024) — Ecuador (Picaihua)	Cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo	59 gestantes · hasta 18 y >30 años · 58,6 % rural / 41,4 % urbana	51 % satisfacción general. Por dimensión: tangibles 57,6 %, empatía 56 %, seguridad/confianza 52,5 %, organización/cumplimiento de citas 51 %. 53,3 % de mujeres indígenas con educación primaria satisfechas, frente a 90 % en zona rural.
Yussuf et al. (2025) — Zanzíbar (Unguja)	Transversal de base institucional	393 embarazadas · 15–49 años · urbana	64,4 % satisfacción general; brecha estructural: solo 18,1 % nivel alto vs. 46,3 % nivel bajo.

Autor (Año) y país	Diseño	Muestra / edad / área	Principales hallazgos por dimensión de calidad y seguridad
			Componentes evaluados (infraestructura, competencia técnica, actitud, explicaciones) entre 59,0 % y 64,6 %. La atención por proveedores varones es una barrera de género crítica que genera insatisfacción específica.
Zapata Franco (2024)— Ecuador (Babahoyo)	Cuantitativo, básica, no experimental, descriptivo- correlacional	254 gestantes (de 440) · edad no especificada · 17 % urbana, 49 % urbana marginal, 34 % rural	Nivel medio en accesibilidad (46,9 %), oportunidad (35,0 %) y continuidad (48,4 %). Nivel alto en competencia profesional (32,7 %) y control prenatal (23,2 %).

Nota. Las dimensiones y los resultados se presentan de acuerdo con la denominación empleada en cada investigación,

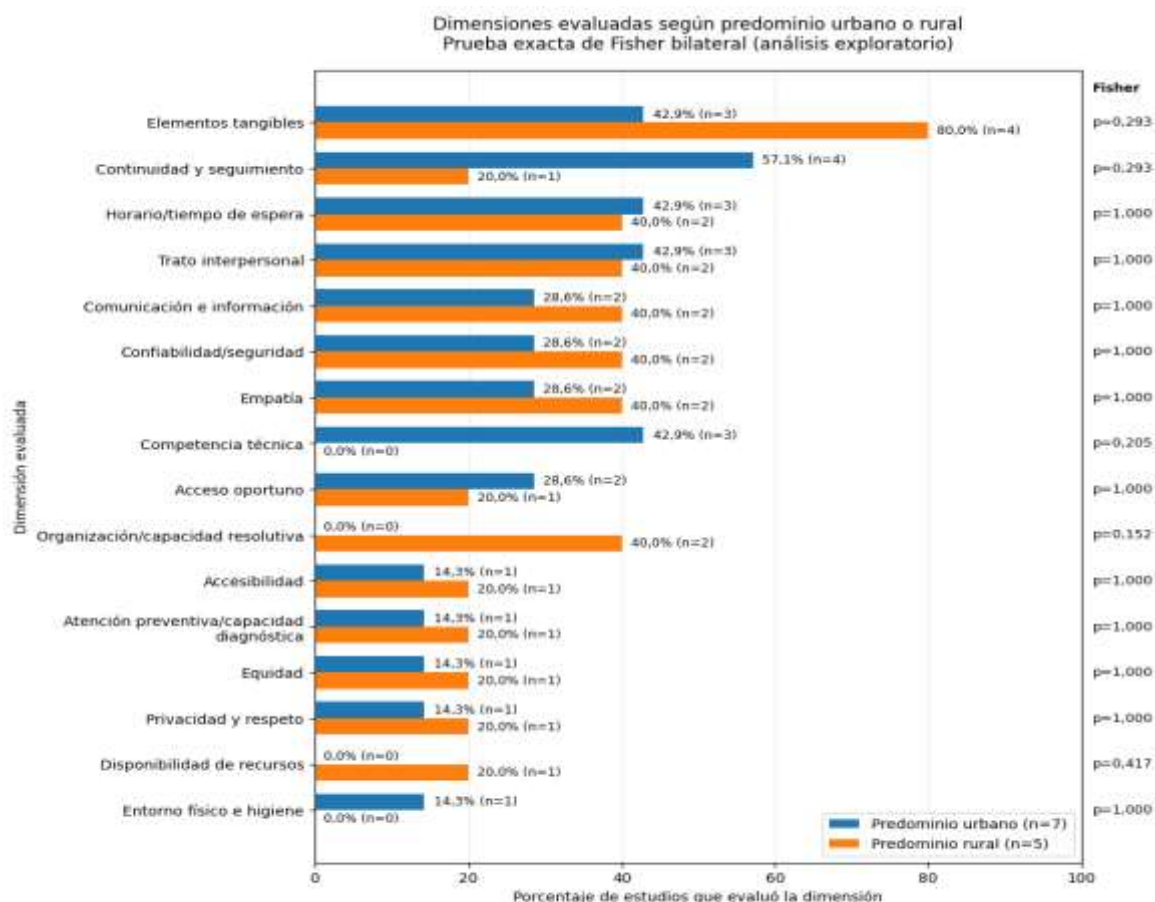
Los 14 estudios incluidos mostraron heterogeneidad en cuanto al diseño metodológico, las características de las muestras, el contexto territorial y los criterios empleados para evaluar la calidad y seguridad de la atención prenatal. Predominaron los estudios de enfoque cuantitativo, principalmente de diseño transversal, observacional y descriptivo, aunque también se identificaron investigaciones con métodos mixtos. Las poblaciones analizadas comprendieron gestantes atendidas en establecimientos de salud de contextos urbanos, rurales y mixtos, procedentes de distintos países y sistemas sanitarios.

Los estudios abordaron diversos componentes de la atención prenatal relacionados con la experiencia de las gestantes y las características de los servicios. Entre los aspectos evaluados con mayor recurrencia se encontraron las condiciones físicas y el equipamiento, la oportunidad de la atención, la comunicación e información proporcionada, el trato interpersonal, la continuidad del seguimiento, la competencia técnica, la privacidad, la seguridad percibida y la capacidad resolutoria de los establecimientos. A partir de la agrupación conceptual de estos hallazgos se identificaron 16 dimensiones de calidad y seguridad, lo que evidenció la diversidad de enfoques utilizados para valorar la atención prenatal.

En relación con la frecuencia de las dimensiones identificadas, los elementos tangibles estuvieron presentes en el 50,0 % de los estudios, seguidos del acceso oportuno y la comunicación e información (42,9 % cada uno), y del trato interpersonal (35,7 %).

Figura 2

Distribución de las dimensiones de calidad y seguridad de la atención prenatal según el predominio urbano o rural de los estudios incluidos



Clasificación A: urbano o rural cuando el área correspondiente superó el 50 % de la muestra. Se analizaron 12 estudios (7 urbanos y 5 rurales) y se excluyeron 2 sin predominio clasificable. Presencia/ausencia codificada por estudio.

Nota. Se aplicó la prueba exacta de Fisher bilateral, con un nivel de significación de $\alpha = 0,05$.

En el análisis exploratorio se incluyeron 12 de los 14 estudios, clasificados según el predominio geográfico de su población: 7 estudios con predominio urbano y 5 con predominio rural. Los estudios de Cellissen et al. (2025) y Campos et al. (2025) se excluyeron únicamente de esta comparación, debido a que no presentaron proporciones suficientes para determinar un predominio urbano o rural superior al 50 %.

La prueba exacta de Fisher bilateral no evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre el área predominante y las dimensiones de calidad evaluadas ($p > 0,05$ en todas las comparaciones). La organización y capacidad resolutoria se identificó exclusivamente en estudios con predominio rural 40,0 % frente a 0,0 % en los urbanos, aunque la diferencia no fue

significativa ($p=0,152$). En contraste, la competencia técnica se reportó únicamente en los estudios con predominio urbano 42,9 % frente a 0,0 % en los rurales, sin alcanzar significación estadística ($p=0,205$).

Asimismo, los elementos tangibles fueron más frecuentes en los estudios rurales 80,0 % frente a 42,9 %, mientras que la continuidad y seguimiento de la atención predominó en los urbanos 57,1 % frente a 20,0 %; ambas comparaciones presentaron un valor de $p=0,293$. Las demás dimensiones mostraron distribuciones similares entre los dos contextos.

No se observaron asociaciones significativas; las diferencias descriptivas deben considerarse exploratorias y no concluyentes debido al limitado número de estudios.

Discusión

En este análisis exploratorio no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el predominio urbano o rural y las dimensiones de calidad evaluadas ($p>0,05$). Este resultado difiere parcialmente de Vásquez et al. (2019) quienes observaron en Perú una menor probabilidad de recibir atención prenatal de calidad entre mujeres rurales, indígenas y residentes de la región andina. Esta diferencia podría atribuirse al enfoque metodológico, dado que dicho estudio analizó datos individuales de 18.156 mujeres, mientras que la presente revisión consideró cada publicación como una unidad de análisis y examinó la presencia de las dimensiones de calidad en los estudios seleccionados.

En Brasil, Rocha et al. (2025) observaron que las mujeres urbanas presentaron mayor probabilidad de recibir atención prenatal adecuada que las rurales (OR=1,64; IC95 %: 1,20–2,26). Asimismo, las regiones Norte y Nordeste mostraron menor adecuación en comparación con la región Sur. Estos resultados sugieren que el contexto territorial puede influir en la adecuación de la atención prenatal. Sin embargo, esta asociación no se evidenció en la presente revisión, posiblemente por diferencias en la unidad de análisis y la potencia estadística.

En el presente análisis, la organización y capacidad resolutive se identificó exclusivamente en los estudios con predominio rural (40,0 % frente a 0,0 % en los urbanos), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,152$). Esta tendencia podría reflejar una mayor atención a la disponibilidad de recursos, la coordinación asistencial y la respuesta ante complicaciones en los servicios rurales. En concordancia, Doubova et al. (2024) encontraron en México que, durante la primera consulta prenatal en 1.390 gestantes atendidas en 48 unidades del primer nivel, se cumplió en promedio el 67,7 % de las acciones clínicas requeridas y que el 52 % de las gestantes calificó la atención como regular o deficiente. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la capacidad resolutive está vinculada con los recursos disponibles, el

cumplimiento de las intervenciones clínicas y la organización del servicio, aunque la comparación debe considerarse conceptual debido a las diferencias metodológicas entre ambos análisis.

De forma similar, los elementos tangibles fueron evaluados con mayor frecuencia en los estudios con predominio rural que en aquellos con predominio urbano (80,0 % frente a 42,9 %), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,293$). Este hallazgo sugiere un mayor interés investigativo por las condiciones estructurales de los servicios rurales, sin que ello implique necesariamente una menor calidad asistencial. En Colombia, Mellado (2016) reportó que el 84,9 % de las gestantes se encontraba satisfecho con las instalaciones y los equipos, lo que respalda la importancia de las condiciones físicas en la percepción de la atención prenatal. En conjunto, estos resultados indican que los elementos tangibles contribuyen a la experiencia de las gestantes, pero deben valorarse junto con la competencia técnica, la organización del servicio y el trato interpersonal. La comparación es de carácter conceptual, ya que la presente revisión analizó la inclusión de esta dimensión en los estudios y no su grado de cumplimiento en los establecimientos de salud.

La competencia técnica profesional, fue examinada con mayor frecuencia en los estudios con predominio urbano que en aquellos con predominio rural (42,9 % frente a 0,0 %); sin embargo, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,205$). Esta tendencia podría relacionarse con una mayor disponibilidad de personal especializado, recursos diagnósticos y establecimientos de mayor complejidad en los entornos urbanos. En Haití, Phillips et al. (2017) compararon la calidad de la atención prenatal en clínicas fijas y móviles e identificaron diferencias en cuatro de los ocho componentes evaluados, entre ellos la valoración inicial, las pruebas de laboratorio, el control de infecciones y la disponibilidad de insumos. No obstante, ambos modelos mostraron un bajo cumplimiento global de las intervenciones recomendadas. Estos hallazgos indican que la competencia técnica no depende exclusivamente del contexto territorial o del tipo de establecimiento, sino también del cumplimiento de las guías clínicas, la disponibilidad efectiva de recursos y la calidad del desempeño profesional. Sin embargo, considerando que la revisión evaluó la presencia de esta dimensión y no el desempeño clínico, no pueden establecerse diferencias entre los servicios urbanos y rurales.

La continuidad y el seguimiento de la atención prenatal se evaluaron con mayor frecuencia en los estudios con predominio urbano que en los rurales (57,1 % frente a 20,0 %), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,293$). Este patrón es consistente con Heredia Pi et al. (2013) quienes analizaron a 5 766 mujeres en México y observaron una mayor cobertura del continuo de atención materna entre las residentes de áreas metropolitanas afiliadas a la seguridad social, mientras que los valores más bajos correspondieron a mujeres

rurales de menor nivel socioeconómico. Estos resultados sugieren que la continuidad asistencial puede estar condicionada por el territorio, la protección financiera y la disponibilidad de servicios. Dado que la revisión evaluó la presencia de esta dimensión en los estudios, las diferencias observadas deben considerarse exploratorias y no reflejan directamente la continuidad recibida por las gestantes.

Las dimensiones de comunicación, trato interpersonal, privacidad, respeto, empatía y seguridad percibida mostraron una distribución similar entre los estudios urbanos y rurales, lo que evidencia su relevancia transversal en la calidad prenatal. En Paraguay, Real et al. (2025) destacaron la valoración favorable de la intimidad y el trato, mientras que Duarte et al. (2010) identificaron la información, la accesibilidad, el tiempo de espera, los derechos y los recursos como componentes centrales de la calidad percibida. En conjunto, estos hallazgos muestran que la calidad prenatal integra dimensiones interpersonales, organizativas y estructurales.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos sugieren que las estrategias dirigidas a las áreas rurales deben fortalecer especialmente la infraestructura, el equipamiento, la disponibilidad de personal, el transporte sanitario, la referencia obstétrica y la capacidad resolutive. En los servicios urbanos y rurales deben priorizarse la continuidad del seguimiento, el acceso oportuno, la comunicación clara, el trato respetuoso, la privacidad y la participación activa de la gestante.

Las investigaciones futuras deberían emplear muestras más amplias, definiciones homogéneas de calidad y análisis que integren simultáneamente variables territoriales, socioeconómicas, étnicas y organizativas.

Conclusiones

La presente revisión evidenció que la calidad y seguridad de la atención prenatal son constructos multidimensionales que integran aspectos estructurales, organizativos, técnicos, interpersonales y de acceso. Aunque no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el predominio urbano o rural y las dimensiones evaluadas, se observaron tendencias descriptivas diferenciadas. En los estudios con predominio rural destacaron los elementos tangibles, la organización y capacidad resolutive, mientras que en los estudios urbanos destacaron la competencia técnica profesional y la continuidad del seguimiento prenatal.

Las dimensiones relacionadas con la comunicación, el trato interpersonal, la privacidad, el respeto, la empatía y la seguridad percibida estuvieron presentes en ambos contextos, lo que evidencia su relevancia transversal en la experiencia de las gestantes. Estos hallazgos sugieren que una atención prenatal de calidad requiere integrar la competencia clínica con la disponibilidad de recursos, la continuidad asistencial, la comunicación efectiva, una atención respetuosa y centrada en la gestante.

En consecuencia, los resultados sugieren considerar las particularidades territoriales en el fortalecimiento de la atención prenatal, con énfasis en la disponibilidad de recursos y capacidad resolutive en los entornos rurales, así como en la continuidad y coordinación asistencial en los contextos urbanos. Asimismo, futuras investigaciones con muestras más amplias e indicadores estandarizados permitirán profundizar en las posibles diferencias entre los contextos urbano y rural; además, contribuirán a generar evidencia que oriente el diseño de estrategias de intervención dirigidas a promover una atención prenatal equitativa, oportuna, segura e integral.

Referencias Bibliográficas

- Belachew, T., Addisu, D., Mitiku, Y., Ferede, W., Mekuriaw, B., Erega, B., . . . Mihretie, G. (2025). Determinantes de la preeclampsia posparto de nuevo inicio en madres que partieron en hospitales de la Zona de South Gondar, noroeste de Etiopía: un estudio multicéntrico de casos y controles. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-025-07274-z>
- Campos, G. E., Borbor, C. N., Yaguana, K. Y., Ávila, K. D., & Tinoco, D. E. (2025). Importancia de los controles prenatales en la prevención de la muerte materna. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, A. doi:<https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4126>
- Canto, Y. E. (2023). Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. Investigación original • Rev Panam Salud Publica. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.47>
- Cellissen, E., Hendrix, M., Vogels-Broeke, M., Budé, L., & Nieuwenhuijze, M. (2025). Exploring Women's Perceived Quality of Antenatal Care: A Cross-Sectional Study in The Netherland. *Resolución Int. J. Ambiental de Salud Pública* . doi:<https://www.mdpi.com/1660-4601/22/9/1392#>
- Cueva-Pérez, I. C., Guivin-Ballena, B. E., & Soto-Cáceres, V. (2021). Calidad de atención de control prenatal en un establecimiento e salud del distrito de Lambayeque, Perú, 2019-2020. *REV EXP MED* 2. Obtenido de <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/viewFile/531/305>
- Cunnington, S., Abiado, M., Barbeau, R., Booker, S., Farah, N., Grecia, J., . . . Donna, P. (2026). Lecciones aprendidas de un programa de atención prenatal móvil sostenido: resultados de una evaluación de métodos mixtos para entender la asistencia a las citas y la satisfacción del paciente. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi:<https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-026-09126-w>
- Doubova, S., Quinza, C., Cruz, M. P., Perez-Moran, D., Cuevas, R. P., Gallardo, V. M., . . . Rome, M. A. (2024). Una evaluación integral de la competencia en la atención y la experiencia materna en las primeras consultas de atención prenatal en México: Perspectivas de la encuesta inicial de un estudio de cohorte observacional. *PLOS Medicine*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004456>
- Duarte, F. C., Fernández, C. M., Bejarano, M. S., & Mancuello, J. N. (2010). Valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud materno según la percepción de las usuarias en Asunción y Departamento Central en el periodo 2007–2008. *Reportes Científicos de la FaCEN Vol. 1*. Obtenido de <https://revistascientificas.una.py/index.php/rcfacen/article/download/1009/1007/1913>
- Emiru, A. A., Alene, G., & Debelew, G. T. (2020). Women's satisfaction with the quality of antenatal care services rendered at public health facilities in Northwest Ethiopia: the application of partial proportional odds model. *BMJ Open* . doi:10.1136/bmjopen-2020-037085.
-

- Gonzales, N. P., Oropeza, R. A., & Vilca, J. Z. (2025). Inteligencia artificial y el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios de educación. *Revista Tribunal*. doi:<https://doi.org/http://doi.org/10.59659/revistatribunal.v5i11.152>
- Heredia-Pi, I., Serván-Mori, E., Reyes-Morales, H., & Lozano, R. (2013). Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud pública Méx* vol.55. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800023
- Hibusu, L., Sumankuuro, J., Gwelo, N. B., & Akintola, O. (2024). Pregnant women's satisfaction with the quality of antenatal care and the continued willingness to use health facility care in Lusaka district, Zambia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-023-06181-5>
- Javornická, D., Folkvord, S. M., Jaeken, A., Krčmeryová, T., Kisvetrová, H., & Steen, M. (2025). Explorando los aspectos de seguridad de la atención materna a través de la perspectiva de las experiencias clínicas de estudiantes de partería en Bélgica, República Checa, Estonia, Noruega, Eslovaquia: un estudio cualitativo. *BMC Nursing*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03296-2>
- Jimenez, E. M., & Añazco, A. M. (2026). Identificación de factores de riesgo con trastornos hipertensivos en gestantes. *Ciencia Latina, Revista Multidisciplinar*. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.0.22900
- Loezar-Hernández, M., Briones-Vozmediano, E., Gea-Sánchez, M., & Otero-García, L. (2025). Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta Sanitaria*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>
- Mellado, C. M. (2016). Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2016. Obtenido de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9138/9744>
- Ministerio de Salud Pública. (2025). Mejorando la atención materno-infantil: MSP y UNICEF inician pilotaje de herramienta digital para evaluar calidad de servicios. Obtenido de MSP: <https://www.salud.gob.ec/mejorando-la-atencion-materno-infantil-msp-y-unicef-inician-pilotaje-de-herramienta-digital-para-evaluar-calidad-de-servicios/>
- Ministerio de Salud Pública. (2025). Protocolo Score MAMÁ y Claves Obstétricas. Obtenido de MSP: <https://intranet.hospitalguayaquil.gob.ec/storage/manuales/GUIAS%20PRACTICAS%20CLINICAS/2025%20-%20Protocolo%20Score%20MAMA%CC%81%20y%20Claves%20Obste%CC%81tricas%202025.pdf>
- Montesdeoca, M. V., & González, D. M. (2024). Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. *Revista Eugenio Espejo*. Obtenido de <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/644/386>
- Navarro, V. Z., & Torres, A. G. (2024). Estudio del proceso indagatorio inherente a una revisión sistemática documental Prisma 2020 con empleo de metaanálisis. *RIDE. Revista*
-

Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo.
doi:<https://doi.org/10.23913/ride.v14i28.1904>

Organización Mundial de la Salud . (Abril de 2024). Mortalidad materna. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2024-ops-msd-lanzan-proyecto-para-mejorar-salud-materna-america-latina>

Pantigos Gutierrez, D. F., Mascaro Sánchez, P. A., & Arango Ochante, P. M. (2025). Edad materna avanzada y riesgos en el primer embarazo: un análisis de complicaciones materno-perinatales. *Ginecol Obstet Mex*. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v93i2.161>

Pathak, P., & Ghimir, B. (2020). Perception of Women regarding Respectful Maternity. *Obstetrics and Gynecology International*. doi:<https://doi.org/10.1155/2020/5142398>

Phillips, E., Stoltzfus, R. J., Michaud, L., Pierre, G. L., Vermeylen, F., & Pelletier, D. (2017). ¿Las clínicas móviles brindan atención prenatal de alta calidad? Una comparación de la prestación de atención, los resultados de conocimiento y la percepción de la calidad de la atención entre clínicas fijas y móviles en el centro de Haití. *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi:DOI 10.1186/s12884-017-1546-7

Prado, P. A., & Jasso, M. d. (2023). Percepción de la calidad en la atención prenatal otorgada a mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León, Guanajuato en el año 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9938

Prosen, M., & Ličen, S. (2025). Maternal satisfaction with childbirth and its implications for maternity. *Journal of Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1007/s10389-025-02591-1>

Real, C. A., Mamoru, O. A., & Stumpfs, O. E. (2025). Encuesta de satisfacción de las pacientes sometidas a ecografía prenatal. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*. doi:<https://doi.org/10.18004/anales/2025.058.02.52>

Rocha, N. M., Almeida, W. d., Leal, M. d., & Szwarcwald, C. L. (2025). Desigualdades sociodemográficas y regionales en la atención prenatal en Brasil. *Cureus* 17(8). doi:doi:10.7759/cureus.90775

Salazar, M. R., Rabanal, J. E., Pi, I. B., Darney, B., & Campero, L. (2025). Perceived satisfaction of prenatal care among women without social security: comparative qualitative analysis between individual and group care models in Mexico. *BMJ Open*. doi:doi:10.1136/bmjopen-2024-094797

Taco, S., & Moyano, W. (2024). Percepción de atención a mujeres embarazadas que asisten a un centro de salud público. *Enfermería Investiga*. doi:<https://doi.org/10.31243/ei.uta.vi.3147.2024>

Vásquez, A. H., Fernández, R. V., & Quispe, G. B. (2019). Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Obtenido de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4482>

Yussuf, N. I.-h., Mahande, M. J., Manongi, R. N., & Stekelenburg, J. (2025). Nivel de satisfacción con la calidad de los servicios de atención prenatal en los centros de salud pública y los factores asociados entre las mujeres embarazadas en Unguja, Zanzíbar. BMC Pregnancy and Childbirth. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-025-07816-5>

Zapata Franco, B. G. (2024). Calidad asistencial y su relación con el control prenatal de gestante en un hospital de Babahoyo Ecuador 2022. Pertinencia Académica.