

# UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

## ESCUELA DE POSGRADO



### TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO HUMANO

---

**Factores no médicos asociados al acceso a servicios de salud, gestantes con morbilidad de emergencia, Huamachuco 2022**

---

**Autor:**

Ascue Núñez, Miguel Angel

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Leiva Becerra, Elvira Del Carmen

**Secretario:** Díaz Peña, Elizabeth

**Vocal:** Vargas Díaz, Sandra Luz

**Asesor:**

Manta Carrillo, Yvonne Graciela

**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-2674-0264>

**TRUJILLO – PERÚ  
2024**

**Fecha de sustentación: 2024/11/14**

# Factores no médicos asociados al acceso a servicios de salud, gestantes con morbilidad de emergencia, Huamachuco 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.ucv.edu.pe](https://repositorio.ucv.edu.pe)

Fuente de Internet

7%

2

[repositorio.usanpedro.edu.pe](https://repositorio.usanpedro.edu.pe)

Fuente de Internet

6%

3

[ipasmexico.org](https://ipasmexico.org)

Fuente de Internet

3%

4

[repositorio.unc.edu.pe](https://repositorio.unc.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

5

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado



## **Declaración de originalidad**

Yo, **Yvonne Graciela Manta Carrillo**, docente del Programa de Estudio de Postgrado, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Factores no médicos asociados al acceso a servicios de salud, gestantes con morbilidad de emergencia, Huamachuco 2022”**, autor **Miguel Angel Ascue Nuñez**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **19%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 17 de abril del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 18 de abril del 2024



Manta Carrillo Yvonne Graciela  
DNI: 06879259  
FIRMA  
Código ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0002-2674-0264>



Ascue Nuñez Miguel Angel  
DNI: 19336692  
FIRMA:

:

A mi madre que con su amor, fortaleza y dedicación siempre me mostró el camino a seguir para lograr mis objetivos afrontando los obstáculos presentes.

A mi hermano Jorge Luis que con su figura paterna y apoyo constante hizo posible mi superación en la vida.

A mi esposa Rosmary y mis hijas Andrea y Fernanda que son mi orgullo y motivación para ser mejor persona y seguir cultivando logros a lo largo de mi vida.

## **Resumen Ejecutivo del Proyecto de Tesis**

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación existente entre los factores no médicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, año 2022. La técnica empleada fue de síntesis y análisis, diseño analítico descriptivo de relación.

Resultados: Las características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, fueron edad de 18 a 23 años (28.7%), convivientes (87.1%), primaria incompleta (56.4%), jefe del hogar cónyuge (85.1%), religión católica (75.2%), nivel socioeconómico E (62.4%), multíparas 58.4%, con más de 6 controles prenatales (49.5%) y referidas el 66.3%, la morbilidad gestacional de emergencia más frecuentes fueron preeclampsia severa (27.7%), retención de placenta (19.8%) y desprendimiento prematuro de placenta (13.9%); el 37.6% tuvo acceso a los servicios de salud; de las morbilidades la preeclampsia tuvo acceso en 33.3% y la retención de placenta en 20.5%, no se encontró asociación entre los factores no médicos con respecto a la mujer, los factores no médicos con respecto al cónyuge, familiares de él y/o de ella, factores no médicos con respecto a la comunidad y factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud, de las gestantes atendidas con morbilidad gestacional de emergencia, Hospital Leoncio Prado Huamachuco. 2022.

Concluyendo que no se encontró asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022.

Palabras claves: accesibilidad, morbilidad gestacional de emergencia, factores no médicos.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to determine the association between non-medical factors and access to health services for pregnant women with emergency gestational morbidity, treated at the Leoncio Prado Hospital in Huamachuco in 2022. The technique used was synthesis and analysis, descriptive analytical design of relationship

Results: The characteristics of the pregnant women with emergency gestational morbidity were age 18 to 23 years (28.7%), cohabitants (87.1%), with incomplete primary school (56.4%), the head of the household is the spouse (85.1%), Catholic religion (75.2%), Socioeconomic level E (62.4%), multiparous 58.4%, with more than 6 prenatal controls (49.5%) and referrals with 66.3%, the most frequent emergency gestational morbidity was severe pre-eclampsia ( 27.7%), retained placenta (19.8%) and placental abruption (13.9%); Only 37.6% had access to health services, of the morbidities pre-eclampsia had access in 33.3% and retained placenta in 20.5%, no association was found between non-medical factors with respect to women, the factors non-medical with respect to the spouse, his and/or her family members, non-medical factors with respect to the community and non-medical factors with respect to economic factors and access to health services for pregnant women with emergency gestational morbidity, treated at the Leoncio Prado Huamachuco Hospital in 2022.

Concluding that no association was found between non-medical factors and access to health services, in pregnant women with emergency gestational morbidity, treated at the Leoncio Prado Huamachuco 2022.

Keys words: accessibility, gestational morbidity, non-medical factors.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>I. Introducción</b>	<b>08</b>
<b>II. Planteamiento de la Investigación:</b>	<b>12</b>
2.1 Planteamiento del problema	12
2.2 Justificación	34
2.3 Objetivos	35
2.4 Hipótesis	36
<b>III. Metodología:</b>	<b>37</b>
3.1 Diseño del estudio	37
3.2 Población	37
3.3 Muestra, muestreo	38
3.4 Operacionalización de Variables	39
3.5 Procedimientos y Técnicas	47
3.6 Plan de análisis de datos	48
3.7 Consideraciones éticas	49
<b>IV. Resultados</b>	<b>50</b>
<b>V. Discusión</b>	<b>65</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>76</b>
<b>VII. Recomendaciones</b>	<b>78</b>
<b>VIII. Referencias Bibliográficas</b>	<b>79</b>
<b>IX. Anexos</b>	<b>87</b>

## **I. Introducción:**

La mortalidad materna en la mayoría de los casos se puede evitar, si se aplican las disposiciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones a lo largo del embarazo, parto o puerperio, por lo que se debe ver y analizar como un problema fundamentalmente de derechos humanos, género y justicia social, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>.

Es necesario agregar que también existen diferencias en cuanto al acceso a los centros de salud por la lejanía de los lugares o comunidades, las creencias y costumbres y por supuesto el innegable problema de la pobreza y pobreza extrema; en las cuales el problema de la morbilidad y mortalidad en gestantes se acrecienta de acuerdo a la zona geográfica donde se estudie el problema<sup>1</sup>.

La mortalidad materna deja percibir la inequidad, la exclusión social y los contrastes que se acentúan cuando se comparan a los países desarrollados con los que se encuentran en vías de desarrollo<sup>3</sup>. Más de medio millón de muertes por maternidad ocurrían anualmente en el mundo en la década del noventa, lo que significaba que a cada minuto se registraba la muerte de una madre gestante. En América Latina y el Caribe, todos los años fallecen al menos 23,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el aborto<sup>1</sup>.

Las estimaciones llevadas a cabo han permitido, detectar que, con el avance logrado a nivel nacional, todavía se observan desigualdades persistiendo a nivel regional, donde la Razón de muerte materna en esta región es mayor que la del



promedio nacional o donde no disminuyó según lo esperado. Estas desigualdades continúan representando un reto para el sistema de salud, ejemplificando en zonas ubicadas al norte y oriente del país, este indicador podría duplicar lo apreciado para el promedio nacional<sup>2</sup>.

En nuestro país, de acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica, la mortalidad materna ha disminuido en un promedio de 14,3 por año desde el año 2000. Antes de la Semana Epidemiológica (SE) 52-2019, para el sistema de epidemiología y vigilancia las tasas de mortalidad materna directa e indirecta han disminuido en un 15,6% (-57) en comparación con 2018. Esta es la tasa más baja del país, comparado a la de 2016. La presencia de un sistema de vigilancia epidemiológica permite identificar, registrar e investigar eventos. en un país donde el número de subregistros también está disminuyendo, y no solo proporciona información sobre la mortalidad materna a corto plazo, sino que también proporciona estimaciones que se pueden utilizar para medir y poder disminuir el riesgo<sup>2</sup>.

Sánchez Carrión es la segunda provincia que aporta con el mayor número de muertes maternas después de Trujillo, tal es así que durante el año 2014 reportó 12 muertes, 10 durante el 2015, al igual que en 2017 y 09 durante el 2018, evidenciándose que en esta provincia tampoco se está reduciendo la mortalidad materna en los últimos años a pesar de la inversión que se viene realizando en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y capacitación para resolver complicaciones obstétricas.

Sin embargo, la mortalidad de la madre está estrechamente relacionada con la etapa del desarrollo humano, porque tiene sus raíces en una combinación compleja de factores socio culturales y económicos; Esto significa que las razones por las cuales las mujeres están muriendo no se limitan a la falta de atención médica, sino también por costumbres arraizadas en la comunidad con la privación social, educativa y económica<sup>12-15</sup>. Esto originado por factores condicionantes tales como: el retraso para reconocer el problema y de recibir atención por personal de salud, retraso en asistir a los establecimientos de salud por inaccesibilidad geográfica, escasos de medios para transportarse, escasos de medios de comunicación y costumbres muy arraigadas en la población, entre otros factores<sup>2</sup>.

Por tanto, se concluiría que en el sector salud se evidencia la existencia de diversas maneras para poder medir la equidad, la igualdad en las tasas de cobertura, la igualdad en la entrega y uso de recursos, la igualdad en la salud y la justicia económica, la igualdad en acceder a los servicios de salud. En este estudio, se señala que los dos últimos términos, explican la necesidad de mejorar las prestaciones en salud y cómo la política de salud de nuestro país puede brindar una respuesta estructurada, el sistema de salud visto desde el punto de vista de la prestación de (planes de salud y prestación de servicios de salud) para los problemas de salud de la población. Todos ellos están relacionados con factores que determinan el acceso a los servicios de salud.

Se puede decir que, la mortalidad y morbilidad por maternidad es un problema que supera el área de la salud como también el de derechos humanos y la justicia social; lo que hace importante determinar si existe asociación entre los factores no médicos de las mujeres con aumento de la morbilidad gestacional de emergencia, y el acceso a los servicios de salud en la provincia de Sánchez Carrión atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco durante el año 2022. Lo que permitió establecer un esquema causal del problema y abordarlo desde un enfoque multifactorial, contribuyendo de esta manera a la reducción de la morbilidad materna. Se establece el Hospital Leoncio Prado porque es un establecimiento de referencia en la provincia.

## II. Planteamiento del problema

### 2.1. Planteamiento del problema:

La pregunta a desarrollar es

¿Existe asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022?

Para la cual indicaremos teorías cualitativas y cuantitativas.

Diversos factores no médicos que están relacionados con la mortalidad materna son necesarios para determinar que estos factores cada vez puedan ser mejorados con el tiempo<sup>3</sup>. Uno de los principales es el conocimiento que es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona<sup>4</sup>. Para el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma por parte de la mujer embarazada, la gestante debe asistir regularmente a sus atenciones prenatales<sup>5</sup>. Se conoce que la falta de identificación y reconocimiento a tiempo de signos y síntomas de alarma en el embarazo ante los cuales se debe actuar de forma eficaz y eficiente pone en riesgo a la madre y al feto.

Que la gestante tenga conocimientos correctos hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se toman acciones positivas en beneficio de la salud de la madre y del feto, se dice que deben existir motivaciones para que el interés por tener conocimientos aumente y el embarazo debería ser un estímulo para querer adquirir estos conocimientos<sup>6</sup>. Muchas madres obtienen

conocimientos debido a experiencias personales o que otras madres les comparten, también lo pueden obtener en las visitas al médico u obstetra durante el control prenatal. Se demostró que los programas dirigidos a capacitar a las gestantes para identificar signos y síntomas de peligro en el embarazo ayudaron a disminuir las complicaciones obstétricas ya que colaboraron con la identificación y la búsqueda de ayuda temprana<sup>6</sup>.

Existen circunstancias que durante el embarazo, parto o puerperio desencadenan una serie de consecuencias o complicaciones sociales, económicas y psicológicas, por ende, se consideran una situación de catástrofe<sup>6</sup>. La mayor parte de las complicaciones se relacionan directamente con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad muchas veces a causa del medio socioeconómico bajo en el que se desenvuelven las pacientes<sup>7</sup>. Los incidentes de violencia hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio suelen agruparse en cuatro tipos: emocional, económico, físico y sexual; los eventos violentos de tipo emocional en la entidad afectan a un mayor número de gestantes, casadas o unidas, pues 85.2% de éstas han experimentado incidentes de violencia a lo largo de su gestación y puerperio. En segunda instancia aparece la violencia económica (61.6%), y los casos de violencia más severa como la física y la sexual, que también afecta a un número importante de gestantes, con 55.9% y 15.3%, respectivamente.<sup>7</sup>

Cabe destacar que tanto la violencia intrafamiliar como las elevadas cifras de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo son problemas de salud

pública y de justicia social reconocidos mundialmente. Aunque todavía se desconoce qué proporción de la mortalidad materna es debida a la violencia intrafamiliar, las posibles diferencias entre y dentro de los países, y los factores que podrían explicar esas diferencias, es necesario preguntarnos si es posible reducir las muertes maternas sin abordar la violencia intrafamiliar contra las mujeres. Algunas encuestas de demografía y salud indican que una proporción significativa de mujeres señala haber sufrido violencia por parte de la pareja durante el embarazo.<sup>8</sup> En el año 2013 se estimó que entre un 4 y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo y una de cada diez mujeres señaló haber recibido maltrato físico durante el mismo;<sup>9,10</sup> conjuntamente, algunas evidencias sugieren que la violencia intrafamiliar y la mortalidad materna están vinculadas<sup>11</sup>. La mortalidad materna por violencia intrafamiliar puede darse a través de diferentes mecanismos como traumas directos mortales, traumas abdominales que producen complicaciones obstétricas que a su vez pueden volverse letales, el estrés psicológico y acciones controladoras del hombre sobre la mujer; éstos son los principales mecanismos que pueden explicar cómo la violencia intrafamiliar causa muertes de mujeres durante el embarazo o en el periodo posterior a la terminación de éste<sup>11</sup>.

Las embarazadas, o puérperas, también pueden morir debido a complicaciones obstétricas generadas por el trauma abdominal; por ejemplo, hemorragias y/o desprendimiento de placenta, cualquiera de las cuales puede a su vez causar la muerte al feto y/o a la mujer.

También un ambiente de estrés y de temor puede conducir a resultados obstétricos adversos mediante respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés mismo (por ejemplo, la respuesta hormonal), mediante la adopción de ciertos comportamientos peligrosos por parte de las mujeres o por el control del comportamiento de la mujer por parte del autor de la violencia<sup>11</sup>. Cuando la capacidad para tomar decisiones y/o desplazarse de las mujeres está comprometida (por ejemplo, por estar sometidas a encierros bajo llaves, prohibiciones a salir, restricciones económicas), ellas no podrán buscar ayuda fácilmente para resolver complicaciones obstétricas que surjan.

La pobreza, la falta de acceso a la información, los servicios y apoyos sociales, incrementan esta desigualdad y, por tanto, el riesgo de violencia intrafamiliar.<sup>16</sup>

La inclusión de la violencia intrafamiliar como una causa obstétrica indirecta permitiría ampliar y perfeccionar el registro y comprensión de las muertes maternas. No obstante, esto plantea varios retos metodológicos y logísticos; entre ellos, el de identificar a las embarazadas dentro del grupo de muertes violentas. Asimismo, identificar y reconocer en las estadísticas oficiales las circunstancias sociales como posibles causas de muerte materna abre la posibilidad de establecer políticas, programas y servicios de prevención y atención que contemplen esta dimensión del problema. La violencia intrafamiliar es un problema que afecta a la salud y la vida de las mujeres y debe identificarse en los servicios de atención prenatal y postnatal<sup>17</sup>.

Adicional a lo anterior, también se debe disminuir la prevalencia de barreras geográficas, institucionales y el estigma y la discriminación en los servicios de salud, así como las inequidades. Refuerzan, no solo enfocarse en tener accesibilidad a los hospitales y centros de salud, también se debe de contar con la combinación adecuada de recursos humanos, infraestructura y equipos, medicamentos y otras tecnologías de salud, para evitar largos tiempos de espera y ofrecer una atención de calidad<sup>18</sup>. Informes de la UNICEF, señalan que; las disparidades en la utilización de los servicios de atención prenatal van en paralelo con las desigualdades sociales en materia de supervivencia materno – neonatal.

En 2015, poco más de la mitad de las mujeres embarazadas llevaron a cabo el mínimo número de cuatro visitas de atención prenatal; la gran mayoría de las mujeres que no recibieron estas atenciones prenatales eran de clase pobre y habitaban en zonas rurales. Estas sobresalientes inequidades, las cuales son anticipadas, cobran vidas infantiles y ocasionan un sufrimiento desmedido<sup>19</sup>. La carencia de instalaciones adecuadas de salud en las comunidades pobres de igual forma influye en estos resultados, así como las actitudes sociales provenientes de los proveedores de salud. Las mujeres que son socialmente excluidas con frecuencia reciben un trato hostil y desconsiderado por parte del sistema de salud y de los proveedores de servicios. Incluso cuando las instalaciones que atienden a los pobres les son accesibles y asequibles, las prácticas discriminatorias pueden ser un obstáculo al tratamiento equitativo<sup>19</sup>.



Según el reporte de la ENDES en el 2018, refiere que se presentan en el 91,2% de las mujeres entrevistadas en el año 2018 reportaron algún problema para acceder a servicios de salud y tratarse de algún episodio de enfermedad. Según motivos específicos, 82,4% de mujeres manifestaron como problema “que no había medicamentos” y 77,7% que “no había algún personal de salud”. Otro problema manifestado fue “conseguir dinero para el tratamiento”, que fue 13 expresado por 49,9% de mujeres, los de menor porcentaje, mas no irrelevantes, son el “tener que conseguir transporte” y “conseguir permiso para tratamiento”<sup>20</sup>.

En cuanto a las variables intervinientes de nuestro estudio se puede hablar de la edad como el curso del tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta el momento considerado; específicamente la edad materna representa un antecedente demográfico que permite la identificación de riesgos, en lo que respecta a la edad fértil, un embarazo antes de los 20 años y luego de los 35 puede conllevar a múltiples complicaciones<sup>21</sup>.

En general, se considera que las mujeres en los extremos de edad presentan un riesgo mayor de culminar su embarazo de forma negativa, con la pérdida del producto o el deceso de la madre. África subsahariana, el sur de Asia, América Latina y en el Caribe reportan que la fecundidad de la población femenina ha disminuido, pero los embarazos adolescentes incrementan y constituyen la tasa de mortalidad materna<sup>21</sup>. Otro punto es el nivel educativo que representa el grado de educación más alto que ha alcanzado un individuo; por otra parte, la

Organización de Naciones Unidas ha descrito que brindar enseñanza primaria, específicamente a las mujeres influye en la disminución del índice de pobreza y contribuye al desarrollo económico porque aumenta la productividad; además, fomenta hábitos y conductas saludables. Al pasar del tiempo, las mujeres con un nivel educativo, como mínimo el grado primario, aprovechan los servicios sociales y sanitarios mediante una planificación adecuada de los hijos que desea tener con respecto a sus recursos en relación aquellas que no cuentan con estudios<sup>22</sup>.

En la adolescencia puede ocurrir un embarazo por desconocimiento del riesgo que implica esta etapa, escolaridad baja o dificultad para conseguir trabajo, lo que favorece la unión temprana a una pareja, ya sea por deseo o presión familiar. Estos factores, juntos o por separado, culminan en un embarazo caracterizado por déficit del desarrollo corporal, asociado a complicaciones propias de la gestación, como enfermedades hipertensivas y una pobre adherencia a la atención prenatal. En el extremo final de la edad fértil, las mujeres con edad mayor a 35 años en su primer embarazo tienen mayor riesgo de muerte por complicaciones hipertensivas<sup>22</sup>. Otro factor de riesgo materno, considerando el aspecto gineco obstétrico es la paridad, implica el número total de gestaciones que ha tenido una fémina, incluido abortos, se abordan otras denominaciones, como nulípara cuando la mujer no ha parido nunca, primípara cuando ha parido una vez y multípara en mujeres que han parido anteriormente por más de 2 ocasiones.

En el caso de que la mujer nunca ha estado en gestación se denomina nuligesta<sup>23</sup>. Además, en un estudio realizado por Uri (2018) en el Centro Perinatal de Jerusalén, se registró datos sobre 44.067 madres con un total de 92.408 nacimientos en todos los hospitales de Jerusalén Occidental desde 2014 hasta 2016. El autor manifiesta que existía el siguiente número de mujeres en la cohorte (n=40454) que pertenecían a los diferentes grupos de paridad: 8826 (21,8 %) madres de 1 hijo, 23 427 (58 %) madres de 2 a 4 hijos, 7850 (19,4 %) madres de 5 a 9 hijos y 351 (0,8%) madres de 10 o más hijos. Las tasas de mortalidad de las madres aumentaron a medida que era mayor el número de niños, vinculado al nivel socioeconómico bajo y el nivel educativo primario fueron más comunes en los dos grupos de mayor paridad<sup>24</sup>. Otro elemento relacionado con la brecha socioeconómica es distribución de residencia, de manera que en zonas rurales las mujeres embarazadas tienen 5 veces mayor riesgo de complicaciones derivadas del embarazo en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas. Esto, debido principalmente a la diferencia en la accesibilidad a los servicios de salud, y a los tiempos que toma la atención médica en el caso de una emergencia.

De acuerdo a la evaluación nacional de mortalidad materna realizada en China, existe una diferencia de 60 millones de muertes maternas registradas en zonas rurales de países en desarrollo, y 5 millones de muertes prevenibles en países industrializados, debido a que, en estos últimos, a pesar de las distancias entre zonas geográficas y centros de acceso médico, sus sistemas de salud cuentan con otras herramientas que permiten asegurar la accesibilidad mucho más

oportuna<sup>25</sup>. Como consecuencia de su ubicación geográfica, el desplazamiento a las zonas urbanas en donde puedan llevarse a cabo controles prenatales se vuelve complicado para las gestantes, debido a esto, cuentan con muy pocos, o nulos controles previos, no pudiendo establecer la posición de la criatura o alguna otra eventualidad relacionada a su crecimiento y desarrollo durante el embarazo.

En América Latina, las regiones selváticas de Guatemala registran los más altos índices de mortalidad materna, siendo las mujeres de la población indígena Maya aquellas en mayor riesgo con unas 15,5 muertes por cada 100,000 nacimientos, la gran mayoría de estos por complicaciones durante el parto y puerperio<sup>26</sup>. De los elementos que conforman riesgo para desarrollo de morbilidad y mortalidad materna, el nivel económico es uno de los más importantes, partiendo desde la premisa que, precisamente aquellos países con menor poder adquisitivo son los que lideran la lista de altos índices de mortalidad materna.

En el contexto socioeconómico, un bajo estatus económico limitará el acceso a los recursos necesarios para el desarrollo de un embarazo saludable como son alimentación de calidad, controles durante el embarazo, accesibilidad a servicios de salud de calidad y planificación en el contexto de detección de riesgo en el parto. La disponibilidad de los recursos económicos puede influenciar en las decisiones que se tomen para el control prenatal y estas afectan el desarrollo normal del feto, es decir generan baja ganancia de peso en

el 55% de las gestantes, principalmente si está dentro de su grupo familiar obtienen ingresos que no alcanzan a cubrir todas las necesidades básicas de la familia. Así mismo, figuran como la principal causa de asistencia inoportuna para el trabajo de parto en un 45% de los casos, teniendo temor principalmente por el déficit de recursos para la atención y cuidados que puede requerir el bebé, provocando una asistencia para trabajo de parto que no es planificada y poniendo en riesgo la vida de la madre como al bebé<sup>27</sup>.

Las características del comportamiento de la gestante como la religión por ejemplo son cruciales para discernir acerca del progreso del embarazo en la mujer, requiriendo en ocasiones la modificación de hábitos y actitudes rutinarias que ahora puedan resultar nocivas para la salud del niño. Sin embargo, existen múltiples elementos sociales, ocupacionales o religiosos que pueden entorpecer la modificación de estos hábitos, lo cual genera un riesgo agregado al desarrollo del embarazo. En relación con los hábitos de riesgo que pueda tener la gestante, el 13% de los embarazos que presentan complicaciones moderadas o graves se asocia con hábitos de alcoholismo, tabaquismo, o uso de fármacos sin prescripción médica durante el embarazo<sup>28</sup>.

En la investigación se revisaron algunos antecedentes internacionales como: Corrales y col. (2022) en Bolivia en su investigación «Determinantes sociales de salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019», cuyo propósito fue describir los determinantes sociales de salud relacionados con la morbilidad materna extrema en la población de

estudio, para lo cual se aplicó metodología mixta, observacional descriptiva, utilizaron datos del sistema de vigilancia de epidemiología y entrevistas semi estructuradas, teniendo como resultado: que la edad promedio en las féminas atendidas fue de 24 años, el 69,7% viven en sector rural y en unión libre 68,7%; el 38% presentó un bajo nivel de educación mientras que el aproximado de controles prenatales fue de 3,5 lo cual se enlaza con la demora de iniciar los controles (68.7 %) además que el 56.2% son primigestas, a ello se le suman carencias relacionadas con la calidad de supervivencia como barreras administrativas a seguros médicos y pobreza, concluyendo que los principales determinantes para la ocurrencia de la morbilidad materna es el bajo nivel de instrucción, procedencia rural, gestante joven, etnia y estado conyugal<sup>29</sup>.

Reyes Arboleda PS (2019). Factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas, para identificar los factores de riesgos obstétricos en embarazadas que son atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, e identificar las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia, realizó un estudio exploratorio, descriptivo y cuanti-cualitativo, utilizando una muestra de 55 embarazadas, 10 licenciadas en enfermería, 5 auxiliares de enfermería y 7 médicos obstetras que laboran en el área de Ginecobstetricia, se aplicaron encuestas a las embarazadas conformadas por 14 preguntas de las cuales 5 eran cerradas y 9 de opciones múltiples, en un tiempo de 10 minutos, al personal de salud 10 preguntas abiertas en un tiempo de 20 - 30 minutos, además de una guía de observación aplicada al área y al personal de salud del área de Ginecobstetricia durante el

mes de Agosto 2016. Se encontró que el mayor porcentaje de las embarazadas (42%) son las adolescentes de 12 a 16 años, un 46% viven en los sectores urbano marginales y el 44% han logrado culminar la secundaria, de las cuales el 36% solo han realizado 3 controles prenatales dando como resultado la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pre término en un 27%, preeclampsia 16%, seguidas de las placenta previa 7%, se pudo concluir que los riesgos obstétricos en la actualidad si está afectando a la comunidad esmeraldeña, el área de salud antes mencionada si cuenta con equipos tecnológicos y personal profesional calificado<sup>30</sup>.

Lisonkova y col. (2016) llevaron a cabo un estudio «Morbilidad materna y resultados perinatales entre mujeres en áreas rurales versus urbanas» cuyo propósito fue analizar la relación entre residencia rural y urbana con la morbilidad materna severa, morbilidad y mortalidad perinatal en Canadá. El estudio fue de cohorte prospectivo con datos obtenidos del periodo 2005- 2010. Los resultados exponen que existe una asociación significativa entre la morbimortalidad materna grave y la residencia rural (OR 1,15; IC 95% 1,03-1,28), principalmente las mujeres que habitan en el área rural presentaban eclampsia (OR 2,70; IC 95% 1,79-4,08) y ruptura o dehiscencia uterina (OR 1,96; IC 95% 1,42-2,72) con relación a las mujeres del sector urbano. Los neonatos del área rural tenían mayor probabilidad de presentar morbilidad grave con relación al sector urbano (OR 1,14; IC 95% 1,02-1,29), nacimiento prematuro (OR 1,06; IC 95% 1,01-1,11) y puntuaciones bajas de Apgar (OR 1,24; IC 95% 1,13-1,31). Las mujeres de zonas rurales tienen mayor

probabilidad de morbilidad materna y neonatal grave en relación con el área urbana<sup>31</sup>.

Díaz L. y Ortega M. (2016) “Barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado Hospital Engativa 2016”. Estudio cuya finalidad es explorar las barreras de acceso que impiden el empleo constante de los servicios de salud con respecto factores de acceso al consultorio externo de ginecología del Hospital Engativá. Este es un estudio descriptivo transversal. En los resultados tenemos como barrera de acceso fundamental el desconocimiento de los derechos en salud, subsiguiente tenemos la duración del trayecto hacia la entidad sanitaria mencionada. En adición, se manifiesta barreras de acceso ya que no se proporciona alternativas que eviten una divergencia con su cultura y su religión. Parte de los individuos no asisten a los servicios de salud por falta de efectivo para liquidar copagos o para trasladarse. Se concluye que las barreras de acceso casi en su totalidad se relacionan con el desconocer de los derechos en salud, se resalta la escasez de investigaciones que ahonden en los causantes que impacten en el mismo<sup>32</sup>.

Rodríguez F. y Jiménez W. (2015) “Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales” Estudio en el cual la finalidad ha sido reconocer cuales son los factores que limitan las asistencias al control prenatal de las gestantes y explicar si la eliminación de las mismas mejora las condiciones de salud de las gestantes. El análisis presente es de tipo mixta; de cohorte, prospectivo. En los resultados se



expone que la dificultad para el pago de transporte fue la principal limitante para poder asistir a sus controles prenatales, los determinantes asociados con mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales fueron: nivel económico bajo, vivir lejos del establecimiento de salud; caso contrario, el contar con factores como educación superior y un sustento económico en conjunto con la pareja reducirían el riesgo a complicaciones prenatales. El estudio concluye que las barreras económicas, socioculturales y geográficas, las cuales no son tomadas en cuenta por el sistema de salud, limitarían el acceso a los controles prenatales<sup>33</sup>.

De igual manera, César García-Balaguera. (2016), Colombia, en un trabajo titulado “Barreras de acceso y morbilidad gestacional”, con una muestra de 15.537 gestantes. Evaluaron las barreras de acceso local, donde, ingresar al centro de atención fue cercano y fácil en cuanto al transporte para el 40.13%, lejos pero fácil para el 42.43% y lejos y difícil para el 17.43%. Las instalaciones donde atendieron a las madres se calificaron como excelentes por el 8.28%, buenas por el 84.11%, regulares por el 6.29% y malas por el 1.32%. Respecto al horario de atención, al 84.77% le pareció conveniente y al 15.3% no le convino. Un 3.64% refirió cobro por el CPN y 96.36 no tuvo cobro alguno (en el sistema de salud colombiano el CPN no tiene cobro). El tiempo de espera para la atención correspondió a 13.58% inmediato, 52.65% de 5 a 15 minutos, 25.17% de 15 a 30 minutos y 8.61% mayor a 30 minutos. El 88.31% tuvo CPN por parte de un médico y 11.75% por una enfermera o auxiliar de enfermería. Respecto al acceso a servicios complementarios, el 30.77% tuvo

inconvenientes para la autorización o entrega de las ordenes de laboratorio clínico y el 69.23% no presentó problema alguno. Para la autorización o acceso al ginecólogo, el 37.18% tuvo dificultades y 62.82% no las tuvo<sup>34</sup>.

Morales M, Carvajal C. Percepción de la calidad de atención por las gestantes de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria. Revista Médica Cochabamba 2020 Entre las principales conclusiones que se encontraron al estudiar los factores de acceso, tenemos que el 53,66% de la población declaró haber tenido algún problema de salud (enfermedad o accidente), considerando que es así la principal atención de los servicios de salud, que en términos absolutos significaron 13,278 personas. Esta población, fue aquella que presentó menor ingreso determinando una relación inversa entre número de personas con problemas de salud e ingresos, de esta población accedieron a los servicios de salud un 51,5% y no tuvieron acceso un 48,5%. La población que presentó menor ingreso, pertenecen al primer y segundo decil de ingreso son las que registran menor acceso institucional a los servicios de salud, 8,0% y 9,9% respectivamente, en relación con la población total, que apeló a los servicios médicos; En el tercer decil y el séptimo decil de ingreso, los porcentajes son de 10.0% en cada uno de ellos, en el decil quinto, octavo y décimo, el acceso a los servicios médicos fue mayor, logrando porcentajes de 10.7%, 10.6% y 10.6% respectivamente de la población general, Una población rural con bajos ingresos es uno que se encuentra en una proporción de mayor medida en la atención médica, el 38.0% del número total de la población rural que no accedió a los servicios médicos se refiere a la primera

quintil de bajos ingresos, y luego del segundo quintil el 29,4%, y por lo tanto, en el tercer, cuarto y quinto cuantil, respectivamente, que son las acciones de 17.6%, 9.6%, 5, 3% de toda la población, que no tiene acceso a servicios médicos y sanitarios<sup>35</sup>.

Gonzales L, et al (2016) en Colombia, realizó un estudio caso y control donde el objetivo era establecer si la morbilidad materna extrema (MME) se asociaba con algunas características del acceso y la utilización de los servicios obstétricos de las gestantes. Se encontró que las variables sociodemográficas como edad, nivel educativo y estrato socioeconómico no se encontraban relacionadas significativamente con la MME, así mismo las variables obstétricas como número gestaciones, cesáreas previas, número de control prenatal, inicio del control prenatal y antecedentes personales de patologías no se asociaron estadísticamente a la MME. El porcentaje de embarazo no planificado en las mujeres estudiadas fue 57,6% y el retraso en la decisión de buscar atención, 32,0%. La etnia (OR = 1,8; IC95%: 1,0-2,9) y el retraso por deficiencias en la calidad de la atención prestada (OR = 8,3; IC95%: 5,0- 13,7) fueron las variables que se encontraron asociadas con la MME<sup>36</sup>.

En nuestro país las investigaciones sobre este tema tenemos a Torres, R., (2015). Realizó una tesis para optar el título de medicina sobre los factores asociados en la morbilidad materna extrema Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2012-2014 en Lima con el objetivo de identificar las principales características de la morbilidad materna extrema en el periodo 2012-2014. Realizó un estudio

descriptivo analítico, prospectivo de corte transversal con una población de 122 pacientes, utilizando como instrumento la ficha de recopilación de datos, el análisis estadístico lo realizó con el software estadístico STATA. La morbilidad materna extrema (MME), estuvo relacionada con la edad materna promedio de 26 años, el 33,7% de las gestantes tenían una edad en los extremos de la vida reproductiva. El 13,9% presentaron tan sólo un nivel de instrucción básica, mientras que la mayoría (73%) presentó un nivel de secundaria incompleta. Con respecto al estado civil la mayoría (79,5%) presenta la condición de casada o conviviente, mientras que un 18,9% presenta la condición civil de soltera. Con antecedentes obstétricos patológicos: la falta de atención prenatal y planificación familiar con alto porcentaje de gestaciones a pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas. Los trastornos hipertensivos del embarazo fue la causa más frecuente de morbilidad materna extrema (40,2%), embarazo ectópico complicado 14,8% aborto incompleto infectado, atonía uterina, hemorragia puerperal (8,2%). La morbilidad materna extrema se presenta con mucha frecuencia en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Siendo los trastornos hipertensivos del embarazo la principal causa de morbilidad materna extrema<sup>37</sup>.

Reyes, I., (2017). Realizó un artículo de investigación sobre la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional docente madre-niño San Bartolomé en Lima durante el periodo 2007 al 2009 con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extrema (MME); realizó un tipo de estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal con una población de 213 casos de

morbilidad materna extrema, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con la prueba estadística de chi-cuadrado y exacta de Fisher. La morbilidad materna extrema afectó a 0,94% de pacientes con índice de mortalidad. Estuvo relacionada con edad materna mayor de 35 años, el 26.52% presentó grado de instrucción primaria, multiparidad, falta de control prenatal, el 43.41% tuvo período intergénésico corto y el 23.63% tuvo un período intergénésico prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de morbilidad materna extrema (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%). Hubo alteración de la coagulación en 33,5%, transfusiones en 27,2% y alteración de la función renal en 26,7%. Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio fueron los que más se asociaron (58,3%) con la ocurrencia de casos de morbilidad materna extrema. La morbilidad materna extrema se presentó en una importante proporción de casos en dicho hospital, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación<sup>38</sup>.

Wong, L., (2020). Realizó un artículo de investigación sobre mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash, con el objetivo de determinar la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud 23 de Ancash. Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, con una población de 242 gestantes que fallecieron, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico

con el programa SPSS versión 20. Del análisis de las 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, encontramos que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nacidos vivos, en 2009, a una razón de 90/100 000 nacidos vivos en el año 2019. El tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%. La razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría falleció en su domicilio<sup>39</sup>.

Arotoma, M., (2017). Realizó una tesis para obtener el grado de doctorado sobre factores de riesgo materno perinatales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2015. Con el objetivo de determinar los factores de riesgo materno perinatales asociados a las enfermedades hipertensivas del embarazo en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2016; el estudio fue aplicada, correlacional, transversal y analítico de diseño no experimental, con una población de 99 historias clínicas de pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con el programa SPSS versión 22. Entre las edades de 19 años y mayor a 35 años es una característica demográfica que es estadísticamente significativa para ser un factor de riesgo determinante para la aparición de la

enfermedad hipertensiva del embarazo. La variable estado civil no es estadísticamente significativa por lo tanto no es un factor determinante. De la variable grado de instrucción se observa que del total de mujeres que tienen secundaria y superior, el 54,5% tienen enfermedad hipertensiva del embarazo, así mismo en las mujeres sin instrucción o con primaria se observa que el 61.6% no presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo por lo tanto el grado de instrucción secundaria o superior es un factor de riesgo asociado. En cuanto al lugar de residencia, las mujeres que residen en la zona rural el 52,8% tuvieron la enfermedad, asimismo en las mujeres procedentes de la zona urbana se observó que el 61.7% no tuvieron dicha enfermedad, por lo tanto, el lugar de residencia rural es un factor de riesgo asociado a la enfermedad hipertensiva del embarazo. En paridad de las mujeres se observa que el total de mujeres nulíparas el 58,3% tuvieron la enfermedad, asimismo en las mujeres multíparas se observó que el 56,3% no tuvieron la enfermedad, por lo tanto, la paridad nulípara es un factor de riesgo<sup>40</sup>.

Farje, D., (2019) “Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Julio 2018”. Estudio que tiene por finalidad fue establecer los factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el año 2018. El presente estudio es de carácter analítico, retrospectivo, casos y controles, de análisis de datos secundarios a partir de historias clínicas y carné de control prenatal de gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante enero a julio 2018, donde se contó con 242 casos y 242 controles. Se estudiaron 7 factores

asociados: Edad, número de gestaciones, cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), grado de instrucción, distancia al centro de salud, estado civil y ocupación. En los resultados las variables multiparidad ( $p=0.017$ , OR = 1.65 IC 95% 1.09- 2.50), distancia al centro de salud ( $p=0.000$ , OR = 5.07 IC 95% 3.40-7.54) y estado civil ( $p=0.000$ , OR = 2.53 IC 95% 1.64-3.92) demostraron ser estadísticamente significativos como factores de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes. En conclusión, el ser multigesta, vivir fuera del distrito al centro de salud y ser soltera, son factores de riesgo asociados a controles prenatales incompletos<sup>41</sup>.

Tovar, K. y Gutiérrez, H., (2019). “Factor humano, organizacional y su influencia en gestantes con morbilidad gestacional de la Institución Prestadora de Salud de Lima –Perú, 2017”. Estudio cuyo objetivo fue estudiar la influencia del factor organizacional y humano con la continuidad de la atención prenatal en una institución prestadora de salud durante el año 2017. En el presente estudio de casos y controles, participaron 210 gestantes de las cuales se armaron 2 grupos (105 cada una), la mitad con  $\geq 3$  controles prenatales a las cuales se les valora como casos y la mitad restante que no continuaron. Con respecto a los factores propios del establecimiento que condujeron a la continuidad del control prenatal fueron el respeto percibido de parte del personal de salud, el horario de llegada y buen trato proporcionado por el personal administrativo y la resolución de sus problemas de forma eficiente. En conclusión, el factor humano y el organizacional influyen en la continuidad de la atención prenatal en gestantes con morbilidad gestacional<sup>42</sup>.



Rivera, L., et al. (2018) “Factores asociados al acceso a la atención en gestantes con morbilidad en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú”. Estudio cuyo objetivo fue establecer los factores asociados al acceso de la atención prenatal en cuestión de atención oportuna y cobertura. El presente estudio posee un enfoque cuantitativo, observacional y analítico, aplicado en 110 puérperas de los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. En los resultados se encuentra de que la omisión de las citas es un factor de riesgo para la cobertura inadecuada de la atención prenatal, vemos lo opuesto en la afiliación de un seguro de salud, anterior al control prenatal, este representó un factor de riesgo. Concluyendo de esta manera de que la no omisión de las citas y el estar afiliada a un seguro médico antes de gestar se asocian la precocidad del inicio de la atención prenatal<sup>43</sup>.

Vidal, A., (2018) “Factores de riesgo asociados en gestantes a término atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Rezola. Enero a diciembre 2017”. Estudio cuyo objetivo fue establecer la influencia de los factores de riesgo a la no adherencia de los controles prenatales en gestantes a término atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Rezola. Esta es una investigación de tipo cuantitativa, transversal y observacional, en las cuales se aplicó una encuesta a 129 gestantes. Los resultados nos permiten visualizar las limitaciones por parte de los factores sociales y geográficos como los quehaceres domésticos, el domicilio lejano al establecimiento de salud, el poco apoyo familiar, el cuidado de los hijos y la poca importancia a los controles

prenatales. En conclusión, existen factores sociales y geográficos, médicos e institucionales que influyen al abandono de las atenciones prenatales<sup>44</sup>.

Vergaray, G., (2017) “Determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo joven la Unión, Chimbote- Perú, 2015”. Estudio cuyo objetivo fue exponer los determinantes de la salud de las gestantes adultas del pueblo joven la Unión - Chimbote. Este es un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo cuya población se conformó por 170 gestantes a las cuales se les realizó una encuesta por medio de una entrevista. Para la ponderación de la información recolectada se compusieron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Con respecto a los resultados se pudo visualizar de que la pluralidad de la muestra posee una mensualidad menor de 750 soles, en lo que se refiere a ocupación ejercen trabajos eventuales, tienen viviendas con todos los servicios básicos conformes. En cuanto los estilos de vida observamos que la mayoría ingiere bebidas alcohólicas eventualmente, no practican ningún tipo de ejercicio. En lo que respecta al soporte de redes comunitarias, casi la totalidad de las gestantes adultas tienen SIS-MINSA<sup>45</sup>.

## **2.2 Justificación**

A partir del presente estudio sobre la morbilidad y acceso público a los servicios de salud se ha planteado algunas alternativas de solución plasmadas en la propuesta de diversas políticas públicas para los diferentes factores que determinan la falta de acceso a los servicios de salud por las diversas variables planteadas y poder reducir la tasa de morbilidad en la provincia de Sánchez

Carrión una región profundamente olvidada a nivel de los servicios de salud pública.

### **2.3 Objetivos:**

#### **2.3.1. GENERAL**

Determinar la asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022.

#### **2.3.2. ESPECÍFICOS**

- Identificar las características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- Identificar la frecuencia de morbilidad gestacional de emergencia en gestantes atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- Señalar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- Determinar la asociación de los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- Determinar la asociación de los factores no médicos con respecto al cónyuge, familiares de él y/o de ella y el acceso a los servicios de salud de

las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

- Determinar la asociación de los factores no médicos con respecto a la comunidad y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

- Determinar la asociación de los factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

## **2.4. Hipótesis:**

### **2.4.1. Hipótesis alterna**

Existe asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022.

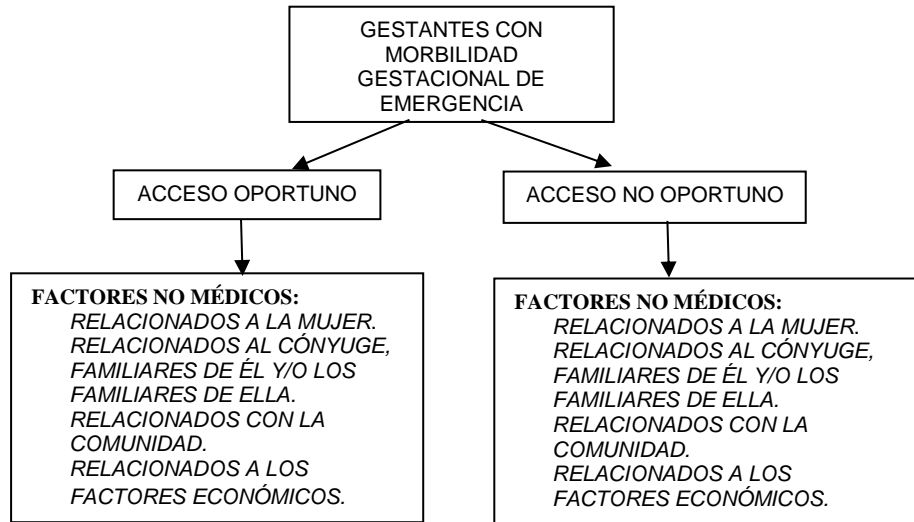
### **2.4.2. Hipótesis nula**

No existe asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022.

### III. Metodología

#### 3.1 Diseño del estudio

Analítico, transversal



#### 3.2 Población universo

Todas las gestantes que se atendieron por emergencia en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco durante el año 2022, que aproximadamente fueron 151.

#### **Población de estudio.**

Se tomó al 100% de todas las gestantes que se atendieron por emergencia con morbilidad gestacional que se atendieron desde el 01 de febrero al 15 de marzo del año 2022 que fueron 84 pacientes, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres que presentaron complicaciones obstétricas como hemorragias ante, intra y post parto, labor de parto disfuncional, infección post parto, complicaciones de aborto, preeclampsia con signos de severidad, eclampsia,

embarazo ectópico y ruptura del útero; durante el embarazo, parto o puerperio en la provincia de Sánchez Carrión durante los meses de febrero a marzo 2022 y que no fallecen.

- Mujeres de todas las edades cronológicas.
- Mujeres que aceptaron formar parte del estudio.
- Mujeres que no presentaron discapacidad mental.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Mujeres que presentaron otras complicaciones obstétricas en la provincia de Sánchez Carrión durante los meses de febrero a marzo del año 2022 y que hayan fallecido.
- Mujeres que no aceptaron formar parte del estudio.

**3.3 Muestra, muestreo** 100% de la población de estudio.

### 3.4 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUBVARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	CATEGORÍA	ÍNDICE
<b>FACTORES NO MÉDICOS</b>	<p> Criterios no médicos relacionados a la mujer, su entorno familiar, comunitario y económico que se tomaron en cuenta para establecer su importancia.</p> <p> Se midió a través del cuestionario estructurado en 4 partes de acuerdo a cada factor</p> <p> Se le dio un puntaje a cada respuesta en nivel de conocimientos, en los demás criterios solo sus respuestas SI o NO</p>	<p><b>Factores no médicos relacionados a la mujer</b></p> <p> Se consideró a los factores no médicos relacionados a la mujer como su nivel de conocimiento en signos de alarma, si su embarazo fue planificado, si presentó vergüenza en el examen ginecológico (tacto), si ella toma las decisiones sobre su salud, sobre dependencia económica, la percepción de la atención ginecológica antes y después de la atención, si presentó violencia y que persona ejerció la violencia si es que hubo.</p> <p> Se tomó mediante el cuestionario estructurado para tal fin, se le dio un puntaje a cada respuesta en nivel de conocimientos, en los demás criterios solo sus respuestas SI o NO</p>	Nominal	<p>Conocimiento de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>Conocimiento Bueno de 14 a 24 señales</p> <p>Conocimiento Regular de 6 a 13 señales</p> <p>Conocimiento Malo conoce 5 o menos señales</p>	SI NO
			Nominal	<p>Embarazo planificado</p> <p>SI: Muy Planificado, Planificado</p> <p>NO: Moderadamente Planificado, Poco planificado, No planificado</p>	SI NO
			Nominal	<p>Vergüenza al examen gineco-obstétrico.</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	SI NO
			Nominal	<p>La mujer responsable de tomar las decisiones sobre el cuidado de su salud.</p>	SI NO

				SI: cuando toma la mujer la decisión. NO: cuando lo tomó otra persona.	
			Nominal	Dependencia económica. SI: Cónyuge, familiar de él, familiar de ella, otro. NO: Ella misma.	SI NO
			Nominal	Percepción de la atención gineco-obstétrica. ANTES SI: R, M, MM NO: MB, B DESPUÉS SI: R, M, MM NO: MB, B	SI NO
			Nominal	Decisión de ir al establecimiento. SI: Ella, Cónyuge NO: Familiar de él y/o de ella, Otro	SI NO
			Nominal	Violencia hacia la mujer. SI: recibe, insultos, golpes, chantajes, RS forzadas	SI NO



				Muy pocas veces, Pocas veces, Muchas veces, Siempre NO: recibe insultos, golpes chantajes, RS forzadas Nunca	
			Nominal	Persona que violenta a la mujer. Cónyuge Familiar de él Familiar de ella Otro Nadie	SI NO
		<p><b>Factores no médicos relacionados al cónyuge, familiares de él y/o los familiares de ella.</b></p> <p>Se consideró a los factores no médicos relacionados al entorno de la mujer como la valoración positiva que le dan a la mujer, sobre si la familia o cónyuge no permite que le realicen el examen ginecológico.</p> <p>Se tomó mediante el cuestionario estructurado para tal fin.</p>	Nominal	<p>Valoración positiva que se le da a la vida de la mujer.</p> <p>Priorización de otras cosas en vez de la mujer.</p> <p>SI NO</p> <p>Valoración de ella.</p> <p>SI NO</p> <p>Valoración pareja o sus familiares.</p> <p>SI</p>	<p>SI: RDA, DA, MDA</p> <p>NO: MED, EDC</p>

				NO	
			Nominal	<p>Cónyuge y/o familiares no permiten que le realicen el examen gineco-obstétrico a la mujer.</p> <p>SI: RDA, DA, MDA</p> <p>NO: MED, EDC</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>
		<p><b>Factores no médicos relacionados con la comunidad.</b></p> <p>Se consideró a los factores no médicos relacionados al entorno comunidad de la mujer como: si la comunidad estaba organizada para la atención y evacuación de emergencias en salud, y si recibió acompañamiento.</p> <p>Se tomó mediante el cuestionario estructurado para tal fin.</p>	Nominal	<p>Comunidad organizada para la atención en salud de la mujer durante la gestación, parto o puerperio.</p> <p>SI: si existe</p> <p>NO: si no conoce</p> <p>Tipos de Organización comunitaria.</p> <p>Agente comunitario de salud activo</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Comité de evacuación comunitario de emergencias.</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>Comité de desarrollo comunal.</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>

				Junta vecinal SI NO No conoce	
			Nominal	Acompañamiento por personal de la comunidad organizada en salud (ACS activo, Sistema de vigilancia comunal, Comité de evacuación comunitaria de emergencias o de Comité de desarrollo). SI NO	SI NO
		<b>Factores no médicos relacionados a los factores económicos.</b>  Se consideró a los factores no médicos relacionados los recursos económicos, como: si tuvo recursos económicos, si cuenta con seguros de salud.  Se tomó mediante el cuestionario estructurado para tal fin.	Nominal	Falta de recursos económicos. SI NO	SI NO
			Nominal	Cuenta con algún seguro de salud. SIS EsSalud Particular Ninguno	SI  NO
<b>ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>		Acceso oportuno a los servicios de salud.	Nominal	Oportuno  Si tiempo oportuno en cada complicación de emergencia	SI, NO

		Se midió el tiempo empleado para resolver la emergencia, por la paciente y servicio de salud, que la paciente manifestó en su traslado.		considerado por paciente, en promedio de 1/2 a 2 horas No oportuno Mayor de 2 horas	
<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>		<b>Edad</b> Años cumplidos a la toma del cuestionario.	Ordinal	Grupos etáreos ≤ 17 18-23 24-29 30-34 35 a más	Mínimo 14 años Máximo 49 años
		<b>Estado civil</b> Compromiso marital civil al momento de tomar la encuesta.	Nominal	<b>Estado civil</b> Casada Conviviente Separada Viuda Soltera	SI NO
		<b>Grado de Instrucción</b> Nivel educativo alcanzado al momento de tomar la encuesta.	Ordinal	<b>Grado de Instrucción</b> Iletrado Primaria incompleta Primaria completa	Mínimo 0 grados Máximo 5 años universidad

				Secundaria incompleta Secundaria completa Superior no universitario incompleto Superior no universitario completo Superior universitario incompleto Superior universitario completo	
		<b>Jefe de familia</b> Persona que asume el control familiar cuando se tomó encuesta.	Nominal	<b>Jefe de familia</b> Cónyuge Ella misma Otro	SI NO
		<b>Religión</b> Fe manifiesta al momento de tomar encuesta.	Nominal	<b>Religión</b> Católico Evangélico Otro Ninguno	SI NO
		<b>Nivel socio-económico</b> Categoría según percentiles dado por cálculos estadísticos INEI, Niveles Alto (A), medio alto (B), medio (C), medio bajo (D) y bajo (E ) que se encontró al momento de realizar el cuestionario.	Ordinal	<b>Nivel socio-económico</b> A B C	SI NO

				D E	
		Paridad Número de embarazos hasta el momento de tomar cuestionario, contando con el parto actual.	Ordinal	<b>Paridad</b> Nulípara 0 partos Multípara 1 a 3 partos Gran multípara 4 a más partos	0 1 a 3 4 a más
		<b>Atenciones Prenatales</b> Número de asistencias al establecimiento de salud para realizar la atención prenatal, hasta el momento de tomar el cuestionario.	Ordinal	<b>Atenciones Prenatales</b> Ninguna < 6 6 o más	Mínimo 0 Máximo 14
		<b>Referida</b> Paciente que ingreso con documento de referencia enviada por un establecimiento de salud.	Nominal	<b>Referida</b> SI NO	SI NO

### **3.5 Procedimientos y Técnicas**

La técnica empleada fue de síntesis y análisis, el instrumento empleado fue el cuestionario, el que constó de 06 partes: datos del cuestionario, datos generales de la mujer, acceso al establecimiento, conocimientos sobre signos de alarma, factores no médicos y datos del familiar que acompaña.

El instrumento fue elaborado por el autor, por lo que se sometió a evaluación de confiabilidad del mismo con un grupo piloto de 10 gestantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, y la validez del documento por 3 jueces expertos en el tema.

Entre los procedimientos tenemos:

- Se solicitó al Programa de post grado para la aprobación del Proyecto.
- Se solicitó al Hospital Leoncio Prado para la aceptación y ejecución del proyecto de investigación.
- Una vez aceptado se realizó una reunión con el personal del servicio de obstetricia del Hospital Leoncio Prado para la información de los objetivos del Proyecto y solicitar su apoyo en la aplicación del cuestionario.
- Se solicitó diariamente el ingreso de pacientes gestantes al Área de Emergencia y las que se han hospitalizado que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.
- Una vez que la paciente estaba estabilizada del diagnóstico de la emergencia, en el servicio de hospitalización antes del alta, se le explicó a ella y a su acompañante (esposo o familiar) los beneficios y criterios de veracidad y

anonimato sobre la investigación y se le entregó el consentimiento informado, para su aceptación y firma.

- Se aplicó el cuestionario aplicando las medidas de bioseguridad para COVID-19 tanto para la paciente, familiar y personal de salud.
- Terminado de llenar el cuestionario se agradeció, y el documento se codificó y tabuló automatizadamente.

### **3.6 Plan de análisis de datos**

El manejo estadístico de los datos se elaboró mediante la utilización de bases de datos *ACCESS* y hojas de cálculo *EXCEL* incluida en el paquete informático Microsoft *OFFICE 2010*. Para la descripción de los datos y su análisis estadístico se utilizó el Software *SPSS*, versión 26.0.

La descripción y el análisis de las diferentes variables estudiadas se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentaje).

En cuanto al análisis bivariado entre las variables objeto del estudio, se realizó con la prueba Chi cuadrado, corrección de Yates o Fisher exacta según correspondió, con el cálculo de medidas de riesgo y medidas de asociación. Considerando un nivel de significancia del 5%. Para el análisis multivariado, se utilizó la técnica de regresión logística e ingresaron las variables que resulten asociadas ( $p < 0.05$ ) y aquellas variables que resulten confusoras (variables intervinientes).



### **3.7 Consideraciones éticas**

La investigación se realizó respetando la Declaración de Helsinki II en donde se estableció pautas éticas para los médicos involucrados en investigación biomédica, tanto clínica como no clínica.

También se presentó el Proyecto de Tesis al Comité de Ética del Departamento de Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego para su aprobación.

Asimismo, los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado respectivo, teniendo en cuenta que toda la información proporcionada fue de carácter confidencial y solo tuvo acceso a ella el personal investigador.

#### IV. Resultados

**TABLA IV-1A**

Características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

<b>Característica</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
< 17 años	08	07.9
18 a 23 años	29	28.7
24 a 30 años	22	21.8
31 a 35 años	25	24.7
36 a 40 años	10	09.9
41 años a más	07	06.9
<b>Estado civil</b>		
Casada	04	03.9
Conviviente	88	87.1
Separada	02	01.95
Soltera	07	06.9
<b>Jefe del hogar</b>		
Cónyuge	86	85.1
Ella misma	07	06.9
Otro	08	07.9
<b>Grado de instrucción</b>		
Iletrada	14	13.9
Primaria incompleta	57	56.4
Primaria completa	15	14.9
Secundaria incompleta	06	05.9
Secundaria completa	05	04.9
Superior no universitaria completa	03	02.9
Superior universitaria incompleta	01	0.99
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos recolectados por el autor

En la tabla número 1A con respecto a las características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022, se observa en la edad que la mayoría de pacientes encuestados tienen de 18 a 23 con un 28.7%, de estado civil conviviente en su mayoría con un 87.1%, con grado de instrucción de primaria incompleta en su mayoría con un 56.4%, donde el jefe del hogar es el cónyuge en su mayoría con un 85.1%.

**TABLA N IV-1B**

Características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

<b>Característica</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
<b>Religión</b>		
Católica	76	75.2
Evangélica	23	22.8
Otro	02	01.9
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Nivel A	02	01.9
Nivel B	01	0.99
Nivel C	10	9.9
Nivel D	25	24.8
Nivel E	63	62.4
<b>Paridad</b>		
Nulípara	29	28.7
Multípara	59	58.4
Gran Multípara	13	12.9
<b>Número de Controles Prenatales</b>		
6 o + CPN	50	49.5
< 6 CPN	40	39.6
Ninguno	11	10.9
<b>Referida</b>		
SI	67	66.3
NO	34	33.7
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos recolectados por el autor

En la tabla número 1B con respecto a las características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022, se observa que profesan la religión católica en su mayoría con un 75.2%, y tienen nivel socioeconómico E en su mayoría con un 62.4%, otras de las características es que en relación con la paridad son multíparas en su mayoría con un 58.4%, con respecto al número de controles la mayoría tiene 6 a más controles prenatales con un 49.5%, y por último se observa que la mayoría son referidas con un 66.3%.

**TABLA IV-2**

Frecuencia de morbilidad gestacional de emergencia en gestantes atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

<b>Morbilidad</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
Placenta previa	12	11.9
Preeclampsia severa	28	27.7
Desprendimiento prematureo de placenta	14	13.9
Eclampsia	13	12.9
Parto prolongado	01	0.99
Parto obstruido	08	07.9
Retención de placenta	20	19.8
Atonía	02	01.9
Endometritis	03	02.9
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos recolectados por el autor

En la tabla número 2 con respecto a la frecuencia de morbilidad gestacional de emergencia en gestantes atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022 se observó que en mayor frecuencia se encontró la preeclampsia severa con un 27.7% seguido por la retención de placenta con un 19.8%, por el desprendimiento prematuro de placenta con un 13.9%, por la eclampsia en un 12.9%, y la placenta previa 11.9% y con 1% en minoría el parto prolongado.

**TABLA IV-3**

Acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022

<b>Morbilidad</b>	<b>Acceso Oportuno</b>					
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
Placenta previa	04	10.3	08	12.9	12	11.9
Preeclampsia severa	13	33.3	15	24.2	28	27.7
Desprendimiento prematuro de placenta	06	15.4	08	12.9	14	13.9
Eclampsia	03	07.7	10	16.2	13	12.9
Parto prolongado	01	02.6	0	0	01	0.99
Parto obstruido	03	07.7	05	08.1	08	07.9
Retención de placenta	08	20.5	12	13.4	20	19.8
Atonía	01	02.6	01	01,6	02	01.9
Endometritis	0	0	03	04.8	03	02.9
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>62</b>	<b>61.4</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Datos recolectados por el autor

En la tabla número 3 con respecto al acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia se puede apreciar que el 38.6% tuvo acceso oportuno y el 61.4% no tuvo acceso oportuno. Se puede observar que la preeclampsia severa con 24.2% no tuvo acceso oportuno y con acceso oportuno con 33.3%, es la principal causa de morbilidad gestacional seguido por la retención de placenta con el 20.5% con acceso oportuno y sin acceso oportuno con 13.4%.

**TABLA IV-4A**

Asociación de los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

Factores no médicos	Acceso Oportuno						p
	SI		NO		TOTAL		
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	
<b>Conocimiento</b>							
Bueno	09	23.1	14	22.5	23	22.8	> 0.05
Regular	26	66.6	45	72.6	71	70.3	
Malo	04	3.9	03	2.9	07	06.9	
<b>Planificación del embarazo</b>							
SI	09	23.1	19	30.6	28	27.7	> 0.05
NO	30	76.9	43	69.3	73	72.3	
<b>Vergüenza</b>							
SI	29	74.3	47	75.8	76	75.2	> 0.05
NO	10	25.6	15	24.2	25	24.8	
<b>Toma de decisiones</b>							
NO Otros	34	87.2	51	82.2	85	84.2	> 0.05
SI Ella misma	03	07.7	13	17.8	16	15.8	
<b>Dependencia económica</b>							
SI	20	51.3	19	30.6	39	38.6	> 0.05
NO	19	48.7	43	69.3	62	61.4	
<b>Mala valoración de atención (antes)</b>							
SI	20	51.3	19	30.6	39	38.6	> 0.05
NO	19	48.7	43	69.3	62	61.4	
<b>Mala Valoración de atención (después)</b>							
SI	11	28.2	26	41.9	37	36.6	> 0.05
NO	28	71.8	36	58.1	64	63.4	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>62</b>	<b>61.4</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Datos recolectados por el autor



Con relación a la tabla número 4A referente a la asociación de los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia se puede notar que el 61.4% de pacientes no tiene acceso oportuno a los servicios de salud y el 38.6% si tuvo acceso, con respecto a las gestantes que no y si tuvieron acceso a servicios de salud se puede señalar que con respecto al factor conocimiento este es regular con un 66.6% y 72.6% respectivamente, con respecto a la planificación del embarazo el 76.9% y el 69.3% no tuvo una planificación del embarazo respectivamente; manifestaron sentir vergüenza en la atención médica el 74.3% y el 75.8% respectivamente; que otras personas toman decisiones por ella se presentó en el 87.2% y 82.2% respectivamente, se observó que el 51.3% y el 30.6% respectivamente la dependencia económica es por cónyuge u otros, la mala valoración de la atención antes fue de un 51.3% y 30.6% respectivamente, para modificarse esta valoración después de la atención a 28.2 y en el 41.9% respectivamente.

**TABLA IV-4B**

Asociación de los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

Factores no médicos	Acceso Oportuno						p
	SI		NO		TOTAL		
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	
<b>Decisión de ir a establecimiento</b>							
SI Ella, Cónyuge	33	84.6	48	77.4	81	80.2	> 0.05
NO Familiar de ella							
Otro	06	4.8	14	14.8	20	19.8	
<b>Violencia física</b>							
SI	11	28.2	16	25.8	27	26.7	> 0.05
NO	28	71.8	46	74.2	74	73.3	
<b>Violencia sexual</b>							
SI	14	35.9	22	35.5	36	35.4	> 0.05
NO	25	64.1	41	64.5	65	64.6	
<b>Persona que agrede</b>							
Cónyuge, Familiar de él	15	38.5	27	43.5	42	41.6	> 0.05
Nadie	24	61.5	35	56.5	59	58.4	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>62</b>	<b>61.4</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Datos recolectados por el autor

Con relación a la tabla número 4B referente a la asociación de los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, se puede observar que sobre la decisión de ir al establecimiento de salud fue el cónyuge en el 84.6% y el 77.4% respectivamente, mientras con respecto a la violencia física el 26.7% y el 73.3% respectivamente no presento violencia, el 64.1% y el 64.5% respectivamente no presentó violencia sexual y finalmente en cuanto a las personas que la agreden un 61.5% y 56.5% respectivamente manifiesta que nadie le agrede mientras que un 38.5% dice que el cónyuge la agrede, cabe resaltar que ninguno de estos factores tiene asociación.

**TABLA IV-5**

Asociación de los factores no médicos con respecto al cónyuge, familiares de él y/o de ella y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022

Factores no médicos	Acceso Oportuno				TOTAL		p
	SI		NO		Nro	%	
Con respecto al cónyuge							
Familiares de él o ella	Nro	%	Nro	%	Nro	%	
<b>Priorizaron de otras cosas en vez de la mujer</b>							
SI	10	25.6	17	27.4	27	26.7	> 0.05
NO	29	74.4	45	72.6	74	73.3	
<b>Valoración de ella Piensa que si muere es porque ya le tocó</b>							
SI	15	38.5	34	54.8	49	48.5	> 0.05
NO	24	61.5	28	45.2	52	51.5	
<b>Valoración de Familiares Piensan que si es que fallece ya le tocó</b>							
SI	21	53.8	32	51.6	53	52.5	> 0.05
NO	18	46.2	30	48.4	48	47.5	
<b>Familiares se oponen a examen ginecológico</b>							
SI	17	43.6	30	48.4	47	46.5	> 0.05
NO	22	56.4	32	51.6	54	53.5	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>62</b>	<b>61.4</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Datos recolectados por el autor

Con respecto a la tabla número 5 de asociación de los factores no médicos con respecto al cónyuge, familiares de él y/o de ella y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia se menciona que en cuanto a los factores si la familia priorizaron animales el mayor porcentaje se presentó en que la familia dice NO, 73.3%, no tienen acceso y el 26.7% sí tienen

acceso a los servicios de salud; en cuanto a que si piensan que si se mueren los pacientes, es porque ya les tocó el 51.5% dice que no, mientras que el 48.5% dice que sí del total de pacientes que no tienen acceso, en cuanto a los familiares que piensan que si su paciente muere es porque ya le tocó el 52.5% dice que sí de las que tienen acceso, mientras que un 47.5% dice que no de las que no tienen acceso y finalmente en el aspecto de que si los familiares se oponen al examen ginecológico el mayor porcentaje se presenta en las que no tienen acceso con 53.5.% en las que no se oponen y un 46.5% en las que si se oponen, resaltar que ninguno de estos factores tiene asociación entre las variables.

**TABLA IV-6**

Asociación de los factores no médicos con respecto a la comunidad y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

Factores no médicos	Acceso Oportuno						p
	SI		NO		TOTAL		
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	
<b>Existe una organización comunitaria</b>							
SI	25	24.8	41	40.6	66	65.3	> 0.05
NO	14	13.8	21	20.8	35	34.7	
<b>Tipo de organización que existe o conoce</b>							
Agente comunitario	25	24.7	27	26.7	52	51.5	> 0.05
<b>Comité de evacuación</b>							
Comunitaria	08	7.9	11	10.9	19	18.8	
Junta vecinal	01	0.99	04	3.9	05	4.9	
No conoce	05	4.9	20	19.8	25	24.8	
<b>La organización le acompañó y ayudaron en su traslado</b>							
SI	05	4.9	10	9.9	15	14.9	> 0.05
NO	34	33.7	52	51.5	86	85.1	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>62</b>	<b>61.4</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Datos recolectados por el autor

En los resultados de la tabla 6 con respecto a la Asociación de los factores no médicos con respecto a la comunidad y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia se puede apreciar que en cuanto a los factores se muestra que las gestantes valoran la importancia de una organización comunitaria con un 65.3%, pero las gestantes que no tienen acceso solo un 40.6% y de las que tienen acceso 24.8% de las que no tienen acceso, respecto al tipo de organización que conoce el 51.5% refiere conocer al agente comunitario teniendo solo un 26.7% en las gestantes que no tienen acceso en comparación con las que tienen acceso que fue el 24.7%; pero al preguntar si es que la organización ayudó a su traslado el 85.1% manifestaron que no le acompañaron ni ayudaron, en las que no tuvieron acceso el 51.5% y en las que tuvieron 33.7%; cabe destacar que ninguno de estos factores tiene asociación estadística.

**TABLA IV-7**

Asociación de los factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

<b>Factores no médicos</b>	<b>Acceso Oportuno</b>						
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>		<b>p</b>
	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>	
<b>Dinero impidió que pueda acudir a establecimiento</b>							
SI	22	21.8	41	40.6	63	62.4	> 0.05
NO	17	16.8	21	20.8	38	37.6	
<b>Tipo de seguro</b>							
SIS	39	38.6	61	60.4	100	99.1	> 0.05
EsSalud	0	0	01	0.99	01	0.9	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>62</b>	<b>61.4</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Datos recolectados por el autor

Los resultados de la tabla 7 con respecto a la asociación de los factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia se encontró que entre los factores se pregunta si el dinero impidió que pueda acudir al establecimiento el 62.4% dijo que si, el 40.6% y 21.8% manifestaron que sí pero no tenían acceso y tenían acceso respectivamente, finalmente con respeto al tipo de seguro el 99.1% pertenece al SIS y solo 0.99% pertenece a EsSalud, cabe resaltar que estos resultados no tiene asociación ni significancia estadística.

**TABLA IV-8**

Asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022.

---

<b>FACTORES NO MÉDICOS</b>	<b>Asociación</b>	<b>p</b>
Respecto a la mujer	NO	> 0.05
Respecto al cónyuge,	NO	> 0.05
Familiares de él y/o ella	NO	> 0.05
Respecto a la comunidad	NO	> 0.05
Respecto a factor económico	NO	> 0.05

---

Fuente: Datos recolectados por el autor



## V. Discusión

En este trabajo de investigación se busca determinar los factores no médicos asociados al acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022 en el capítulo presente se va a realizar el análisis de los resultados y serán comparados con los resultados obtenidos en estudios previos tanto a nivel nacional como internacional, a fin de contrastar los resultados conseguidos en el presente estudio.

En el primer cuadro sobre las características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco se observa que en primer lugar el factor edad donde la mayoría de pacientes encuestados tienen de 18 a 23, de estado civil conviviente en su mayoría con un 87.1%, con grado de instrucción de primaria incompleta en su mayoría con el 56.4%, donde el jefe del hogar es el cónyuge en su mayoría con un 85.1%, que profesan la religión católica en su mayoría con un 75.2%, y tienen nivel socioeconómico E en su mayoría con un 62.4%, otras de las características con respecto a la paridad son multíparas en su mayoría con un 58.4%, con relación al número de controles la mayoría tiene 6 a más controles prenatales (49.5%), por último se observa que la mayoría son referidas con un 66.3% estos resultados son similares estadísticamente a los de Corrales y col<sup>29</sup>. (2022) en Bolivia donde la condición de acceso de las pacientes es similar a la de nuestro estudio teniendo como resultado: que la edad promedio en las féminas atendidas fue de 24 años, el 69,7% viven en sector rural y en unión libre 68,7%; el 38% presentó un bajo nivel de educación mientras que el aproximado de controles prenatales fue de 3,5 lo cual

se enlaza con la demora de iniciar los controles (68.7 %) además que el 56.2% son primigestas, ahora en un estudio sobre el mismo tema hecho en Lima Perú lugar costero y capital los resultados de Torres Ricardo<sup>37</sup> (2015) son totalmente distintos donde con la edad materna promedio de 26 años, el 33,7% de las gestantes tenían una edad en los extremos de la vida reproductiva. El 13,9% presentaron tan sólo un nivel de instrucción básica, mientras que la mayoría (73%) presentó un nivel de secundaria incompleta. Con respecto al estado civil la mayoría (79,5%) presenta la condición de casada o conviviente, mientras que un 18,9% presenta la condición civil de soltera. Esto demuestra que la característica de las gestantes depende mucho de la zona donde se realiza el estudio, y los resultados varían.

En el segundo punto se mide la Frecuencia de morbilidad gestacional de emergencia en gestantes atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco se observa que en su mayoría la preeclampsia severa con un 27.7% seguido por la retención de placenta con un 19.8% y en su minoría el parto prolongado. Estos resultados son similares a los de Reyes Arboleda PS<sup>30</sup> que en los resultados de su estudio sobre “factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas - Ecuador” se encontró la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pretérmino en un 27%, preeclampsia 16%, seguidas de la placenta previa 7%, se pudo concluir que los riesgos obstétricos en la actualidad sí están afectando a la comunidad. En este sentido estos riesgos están asociados a muchos factores uno de ellos lo explica la British Columbia<sup>12</sup>, Canadá, un estudio (2019-2020) encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían hasta tres y media veces más probabilidades

de presentar hemorragia antes del parto, y preeclampsia que las mujeres no maltratadas. El mismo estudio encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían más de siete veces el riesgo de tener una muerte perinatal, que las mujeres no maltratadas. Morales y Carbajal<sup>19</sup> señalan que, en 2015, poco más de la mitad de las mujeres embarazadas llevaron a cabo el mínimo número de cuatro visitas de atención prenatal; la gran mayoría de las mujeres que no recibieron estas atenciones prenatales eran jóvenes de clase pobre y habitaban en zonas rurales. Estas sobresalientes inequidades, las cuales son anticipadas, cobran vidas infantiles y ocasionan un sufrimiento desmedido.

En el punto tres respecto al acceso oportuno a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco se puede apreciar en primer lugar que la mayoría no tuvo un acceso oportuno los servicios de salud con un 61.4%, en segundo lugar, se observa que la preeclampsia severa con un 27.7% es la principal causa de morbilidad gestacional seguido por la retención de placenta con un 19.8%. estos resultados los podemos comparar con los de Lisonkova y col<sup>31</sup>. (2016) en Canadá llevaron a cabo un estudio «Morbilidad materna y resultados perinatales entre mujeres en áreas rurales versus urbanas» cuyo propósito fue analizar la relación entre residencia rural y urbana con la morbilidad materna severa, morbilidad y mortalidad perinatal Los resultados exponen que existe una asociación significativa entre la morbimortalidad materna grave y la residencia rural (OR 1,15; IC 95% 1,03-1,28), principalmente las mujeres que habitan en el área rural presentaban eclampsia (OR 2,70; IC 95% 1,79-4,08) y ruptura o dehiscencia uterina (OR 1,96; IC 95% 1,42-2,72) en relación

con las mujeres del sector urbano. Los neonatos del área rural tenían mayor probabilidad de presentar morbilidad grave con relación al sector urbano (OR 1,14; IC 95% 1,02-1,29), nacimiento prematuro (OR 1,06; IC 95% 1,011,11) y puntuaciones bajas de Apgar (OR 1,24; IC 95% 1,13-1,31). Las mujeres de zonas rurales tienen mayor probabilidad de morbilidad materna y neonatal grave con relación al área urbana<sup>31</sup>. En tanto Vidal A<sup>44</sup>. (2018) nos dice que existen factores sociales y geográficos, médicos e institucionales que influyen al abandono de las atenciones prenatales y por consecuencia mayor predisposición a la morbilidad materna.

En el cuarto punto analizamos la Asociación de los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año en la cual se puede notar que el 61.4 de pacientes no tiene acceso oportuno a los servicios de salud y el 38.6% si tuvo acceso, en el factor conocimiento en su mayoría el 70% es regular y en su minoría es malo con un 7%, el 72% no tuvo una planificación del embarazo mientras que el 28% si la tuvo, el 75% sintió vergüenza en la atención médica mientras que el 25% no sintió vergüenza, el 84% otras personas toman decisiones por ella mientras que el 16% de mujeres ellas mismas toman sus propias decisiones, el 61% su dependencia económica está en ella misma seguido por su cónyuge con un 39%, también se destaca que si tiene una mala valoración de la atención antes con un 39% y que no la tiene un 61%, después de la atención el 63% dice que no es mala la atención mientras que si es mala un 37%, en otro aspecto en la decisión de ir al

establecimiento el 45% manifiesta que fue del cónyuge mientras que el 36% manifiesta que la decisión fue de ella misma y en una menor parte un familiar de ella con un 20%, con respecto a la violencia física el 73% no la tuvo mientras que un 27% si la tuvo, el 65 % tampoco tuvo violencia sexual pero cabe resaltar que un 35% si tuvo violencia sexual y finalmente en cuanto a las personas que la agreden un 58% manifiesta que nadie agrede mientras que un 42% dice que el cónyuge la agrede. Lo primero que se puede analizar es que no existe muchos antecedentes sobre este tema específico por lo que lo compararemos con un estudio de César García-Balaguera<sup>34</sup>. (2016), Colombia, en un trabajo titulado “Barreras de acceso y morbilidad gestacional” Evaluaron las barreras de acceso local, donde, ingresar al centro de atención fue cercano y fácil en cuanto al transporte para el 40.13%, lejos pero fácil para el 42.43% y lejos y difícil para el 17.43%. Las instalaciones donde atendieron a las madres se calificaron como excelentes por el 8.28%, buenas por el 84.11%, regulares por el 6.29% y malas por el 1.32%. Respecto al horario de atención, al 84.77% le pareció conveniente y al 15.3% no le convino. Un 3.64% refirió cobro por el CPN y 96.36 no tuvo cobro alguno (en el sistema de salud colombiano el CPN no tiene cobro). El tiempo de espera para la atención correspondió a 13.58% inmediato, 52.65% de 5 a 15 minutos, 25.17% de 15 a 30 minutos y 8.61% mayor a 30 minutos. El 88.31% tuvo CPN por parte de un médico y 11.75% por una enfermera o auxiliar de enfermería. Respecto al acceso a servicios complementarios, el 30.77% tuvo inconvenientes para la autorización o entrega de las ordenes de laboratorio clínico y el 69.23% no presentó problema alguno. Para la autorización o acceso al ginecólogo, el 37.18% tuvo dificultades y 62.82% no las tuvo<sup>34</sup>. Teóricamente se puede analizar también con el Boletín epidemiológico del

Perú volumen 28 – SE 52 que en su análisis nos dice que “La mayor parte de las complicaciones se relacionan directamente con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad muchas veces a causa del medio socioeconómico bajo en el que se desenvuelven las pacientes<sup>7</sup>. Los incidentes de violencia hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio suelen agruparse en cuatro tipos: emocional, económico, físico y sexual; los eventos violentos de tipo emocional en la entidad afectan a un mayor número de gestantes, casadas o unidas, pues 85.2% de éstas han experimentado incidentes de violencia a lo largo de su gestación y puerperio. En segunda instancia aparece la violencia económica (61.6%), y los casos de violencia más severa como la física y la sexual, que también afecta a un número importante de gestantes, con 55.9% y 15.3%, respectivamente”<sup>7</sup>.

En el punto número 5 que habla sobre la Asociación de los factores no médicos con respecto al cónyuge, familiares de él y/o de ella y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco se menciona que el 61% de pacientes no tiene acceso oportuno mientras que el 39% si tuvo, en cuanto a los factores se menciona que priorizaron animales el 73% dice que no mientras que el 27% dice que sí, otro aspecto es que piensan que si mueren pacientes es porque ya les toco el 51% dice que no mientras que el 49% dice que sí, en cuanto a los familiares que piensan que si el paciente muere es porque ya le tocó el 53% dice que sí mientras que un 47% dice que no, y finalmente en el aspecto de que si los familiares se oponen al examen ginecológico el 53% no se opone mientras que el 47% sí. Esto se puede comparar en cierta medida con los de Díaz L. y Ortega M. (2016)” Barreras de acceso en

servicios de salud del régimen subsidiado Hospital Engativa En los resultados tenemos como barrera de acceso fundamental el desconocimiento de los derechos en salud, subsiguiente tenemos la duración del trayecto al hacia la entidad sanitaria mencionada. En adición, se manifiesta barreras de acceso ya que no se proporciona alternativas que eviten una divergencia con su cultura y su religión. Parte de los individuos no asisten a los servicios de salud por falta de efectivo para liquidar copagos o para trasladarse. Se concluye que las barreras de acceso en casi su totalidad se relacionan con el desconocer de los derechos en salud, se resalta la escasez de investigaciones que ahonden en los causantes que impacten en el mismo<sup>32</sup>. En el análisis teórico esto nos dice la OMS<sup>15</sup> “Que las barreras de acceso a este análisis nos llevan a diversas reflexiones sobre diferentes temas que están íntimamente ligados, por ejemplo, a las consecuencias de los embarazos no deseados y no planeados. Esto es aún más importante en sociedades donde un embarazo no deseado o fuera del matrimonio está estigmatizado, en los cuales los programas de anticoncepción no son accesibles para todas las mujeres (sobre todo para las jóvenes de zonas rurales), donde el aborto está legalmente restringido y las diferencias de poder en la pareja o la inequidad de género son muy marcadas<sup>15</sup>.

En el punto número 6 referido a la Asociación de los factores no médicos con respecto a la comunidad y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco en los resultados se puede apreciar que el 61% no tiene acceso a los servicios de salud mientras que el 39% sí lo tuvo, en cuanto a los factores se muestra que sí importa una organización comunitaria con un 65% mientras que no importa

35%, respecto al tipo de organización que conoce el 52% dice que conoce al agente comunitario mientras que el 25% no conoce ninguno, pero al preguntar si es que la organización ayudó a su traslado el 85% dice que no prestó ayuda alguna y solo el 15% manifestó que sí la ayudaron. Esto es similar con lo de Vergaray G<sup>45</sup>. (2017) “Determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo joven la Unión, Chimbote-Perú, 2015” Con respecto a los resultados se puede visualizar de que la pluralidad de la muestra posee una mensualidad menor de 750 soles, en lo que se refiere a ocupación ejercen trabajos eventuales, tienen viviendas con todos los servicios básicos conformes. En cuanto los estilos de vida observamos que la mayoría ingiere bebidas alcohólicas eventualmente, no practican ningún tipo de ejercicio. En lo que respecta al soporte de redes comunitarias no fueron apoyadas por esta, y casi la totalidad de las gestantes adultas tienen SIS-MINSA<sup>45</sup>. Teóricamente estos resultados son reforzados por Mangla, K., Hoffman, M., & Trumpff, C. (2019)<sup>28</sup>. Nos dice que “Las características del comportamiento de la gestante como la religión por ejemplo son cruciales para discernir acerca del progreso del embarazo en la mujer, requiriendo en ocasiones la modificación de hábitos y actitudes rutinarias que ahora puedan resultar nocivas para la salud del niño. Sin embargo, existen múltiples elementos sociales, ocupacionales o religiosos, también lo referente a los comunitarios que pueden entorpecer la modificación de estos hábitos, lo cual genera un riesgo agregado al desarrollo del embarazo. En relación con los hábitos de riesgo que pueda tener la gestante, el 13% de los embarazos que presentan complicaciones moderadas o graves se asocia con hábitos de alcoholismo, tabaquismo, o uso de fármacos sin prescripción médica durante el embarazo<sup>28</sup>.



En el punto número 7 con respecto al Asociación de los factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco respecto a la asociación de los factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia entre los factores se pregunta si el dinero impidió que pueda acudir al establecimiento el 62% dijo que si mientras que el 38% dijo que no. Finalmente, con respecto al tipo de seguro el 99% pertenece al SIS. Esto se puede contrastar con la investigación de Morales M, Carvajal C<sup>35</sup> Percepción de la calidad de atención por las gestantes según ingreso económicos de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria. Revista Médica Cochabamba 2020. Entre las principales conclusiones que se encontraron al estudiar los factores de acceso, tenemos que el 53,66% de la población declaró haber tenido algún problema de salud (enfermedad o accidente), considerando que es así la principal atención de los servicios de salud, que en términos absolutos significaron 13,278 personas. Esta población, fue aquella que presentó menor ingreso determinando una relación inversa entre número de personas con problemas de salud e ingresos, de esta población accedieron a los servicios de salud un 51,5% y no tuvieron acceso un 48,5%. La población que presentó menor ingreso pertenece al primer y segundo decil de ingreso son las que registran menor acceso institucional a los servicios de salud, 8,0% y 9,9% respectivamente, en relación con la población total, que apeló a los servicios médicos. En el tercer decil y el séptimo decil de ingreso, los porcentajes son de 10.0% en cada uno de ellos, en el decil quinto, octavo y décimo,

el acceso a los servicios médicos fue mayor, logrando porcentajes de 10.7%, 10.6% y 10.6% respectivamente de la población general, Una población rural con bajos ingresos es uno que se encuentra en una proporción de mayor medida en la atención médica, el 38.0% del número total de la población rural que no accedió a los servicios médicos se refiere a la primera quintil de bajos ingresos, y luego del segundo quintil el 29,4%, y por lo tanto, en el tercer, cuarto y quinto cuartil, respectivamente, que son las acciones de 17.6%, 9.6%, 5, 3% de toda la población, que no tiene acceso a servicios médicos y sanitarios<sup>35</sup>. Teóricamente se puede reafirmar con la teoría de Cameron, L., Contreras, D., & Cornwell, K. (2019) De los elementos que conforman riesgo para desarrollo de morbilidad y mortalidad materna, el nivel económico es uno de los más importantes, partiendo desde la premisa que, precisamente aquellos países con menor poder adquisitivo son los que lideran la lista de altos índices de mortalidad materna. En el contexto socioeconómico, un bajo estatus económico limitará el acceso a los recursos necesarios para el desarrollo de un embarazo saludable como son alimentación de calidad, controles durante el embarazo, accesibilidad a servicios de salud de calidad y planificación en el contexto de detección de riesgo en el parto. La disponibilidad de los recursos económicos puede influenciar en las decisiones que se tomen para el control prenatal y estas afectan el desarrollo normal del feto, es decir generan baja ganancia de peso en el 55% de las gestantes, principalmente si estas dentro de su grupo familiar obtienen ingresos que no alcanzan a cubrir todas las necesidades básicas de la familia. Así mismo, figuran como la principal causa de asistencia inoportuna para el trabajo de parto en un 45% de los casos, teniendo temor principalmente por el déficit de recursos para la atención y cuidados que puede

requerir el bebé, provocando una asistencia para trabajo de parto que no es planificada y poniendo en riesgo la vida de la madre como al bebé<sup>27</sup>.

## VI. Conclusiones

- Las características de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia fueron edad de 18 a 23 años (28.7%), convivientes (87.1%), con primaria incompleta (56.4%), el jefe del hogar es el cónyuge (85.1%), de religión católica (75.2%), Nivel socioeconómico E (62.4%), multíparas (58.4%), con más de 6 controles prenatales (49.5%) y referidas con el 66.3% atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- La morbilidad gestacional de emergencia más frecuentes fueron la preeclampsia severa (27.7%), retención de placenta (19.8%) y el desprendimiento prematuro de placenta (13.9%) en gestantes atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- Solo el 38.6% tuvo acceso oportuno a los servicios de salud, de las morbilidades la preeclampsia tuvo acceso en 33.3% y la retención de placenta en 20.5% de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- No se encontró asociación entre los factores no médicos con respecto a la mujer y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- No se encontró asociación entre los factores no médicos con respecto al cónyuge, familiares de él y/o de ella y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- No se encontró asociación de los factores no médicos con respecto a la comunidad y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.
- No se encontró asociación de los factores no médicos con respecto a factores económicos y el acceso a los servicios de salud de las gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital Leoncio Prado Huamachuco año 2022.

- No se encontró asociación entre los factores no médicos y el acceso a servicios de salud, en gestantes con morbilidad gestacional de emergencia, atendidas en el Hospital de Apoyo Leoncio Prado Huamachuco 2022.

## **VII. Recomendaciones**

### **AL HOSPITAL DE HUAMACHUCO**

Establecer estrategias para garantizar el Acceso a los servicios de salud sobre todo a las personas o gestantes de las poblaciones más alejados.

Mejorar la vigilancia comunitaria con los actores sociales estableciendo alianzas estratégicas.

Mejorar las actividades educativas sobre signos y señales de alarma y peligro en gestantes.

### **A LA GERESA**

Implementar recursos de comunicación, como telemedicina, ambulancias equipadas y personal de salud, en el Hospital de Huamachuco y en los Centros y Puestos de Salud.

## VIII. Referencias Bibliográficas

1. Freyermuth M, Luna M. Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Revista Internacional de Estadística y Geografía. Vol. 5, Núm. 3, septiembre-diciembre 2014.
2. OMS. Mortalidad materna. Datos y cifras 2018. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternalmortality>.
3. Ralph C, Carvajal J. Manual de Obstetricia Y Ginecología. 3ª Edición. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2012.
4. Slideshare [Internet]. Colombia: slideshare.net; 2011 [acceso 06 de febrero 2016]. De Rolon D. “Definición de Conocimiento”. Disponible en: <http://www.slideshare.net/dyurolf/definicin-conocimiento>.
5. García J, Montañez M. Signos y síntomas de alarma obstétrica. [Internet] 2012. [acceso 10 Feb 2016] 50 (6): 651-667. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im1261.pdf>
6. Calvo O, Morales V, Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. Ginecol. Obstet. Mex 2010; 78(12):660-668. 2.
7. INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006. Base de datos.

8. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann* 2001; 32: 1-16.
9. Nasir Khurram et al. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Pregnant women more likely to experience violence. Cited by: Feminist Majority Foundation. June 24, 2003. En: la Encuesta Experimental de Demografía y Salud de la República Dominicana.
10. CESDEM et al. Encuesta Experimental de Demografía y Salud. Santo Domingo, 2001.
11. Langer A, Hernández B, García C, Saldaña G. Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study. In: Berer M, Sundari T (editors): *Reproductive Health Matters. Safe motherhood initiatives: critical issues*. London: Blackwell Science; 1999: 127-36
12. Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1341-7.
13. Espinoza H, Camacho V. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17: 123-9.
14. Sunita K, Kiersten J. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women
15. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 47: 275-84.



16. Rizzi RG, Cordoba RR, Maguna JJ. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1: S19-24.
17. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos México, *Salud Pública Mex* 2006; 48: Suppl 2: S297-306.
18. Who.int [Internet] Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional. In: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Subido 2005, Citado: 2019 octubre 12]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_who\\_what\\_why\\_how\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf?ua=1)
19. UNICEF [Internet] Fondo de las Naciones Unidas. Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. [Subido 2016, Citado: 2019 octubre 12]. Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf).
20. INEI [Internet] Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Capítulo 8 – Salud Materna. [Subido 2019, Citado: 2019 octubre 12]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1656/index\\_1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index_1.html)
21. Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., & Poblete, J. (2019). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*, 142(2), 168-174. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>

22. Organización de Naciones Unidas. (2022). La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación. La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación
23. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
24. Uri, D., Hagit, H., Yechiel, F., & Calderon, R. (2018). *Association between number of children and mortality of mothers: Results of a 37-year follow-up study*23(1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047279712004176>
25. Zhao, P., Han, X., You, L., Zhao, L., Yang, L., & Liu, Y. (2020). maternal health services utilization and maternal mortality in china: a longitudinal study from 2009 to 2016. BMC pregnancy and childbirth, 20(220), 1-10. doi:10.1186/s12884-020-02900-4
26. Martínez, B., Ixen, E., Hall-Clifford, R., Juarez, M., Miller, A., Francis, A., & Valderrama, C. (2018). mHealth intervention to improve the continuum of maternal and perinatal care in rural Guatemala: a pragmatic, randomized controlled feasibility trial. Reproductive Health, 120(15), 1-23. doi:10.1186/s12978-018-0554
27. Cameron, L., Contreras, D., & Cornwell, K. (2019). Understanding the determinants of maternal mortality: An observational study using the Indonesian Population Census. PLOS ONE, 14(6), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0217386

28. Mangla, K., Hoffman, M., & Trumpff, C. (2019). Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(4), 259-303 doi:10.1016/j.ajog.2019.02.056
29. Corrales Aldana, L. S. ., Arroyo Herrera, S. ., & Galván Borja, D. (2022). Determinantes sociales de la salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019. *Revista Científica Salud Uninorte*, 529–542
30. Reyes Arboleda PS. Factores de riesgo obstetrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas [Tesis de grado]. Esmeraldas: Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2016.
31. Lisonkova, S., Haslam, M., Dahlgren, L., Chen, I., Synnes, A., & Lim, K. (2016). Maternal morbidity and perinatal outcomes among women in rural versus urban areas. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Canadienne, Medicale* 188(17-18), E456-E465. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151382>.
32. Díaz L, Ortega M. Barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado hospital Engativa 2016. [Internet] Bogotá: Universidad Santo Tomás, 2016 [Citado en: 2019 noviembre 20]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/9877>
33. Rodríguez F, Jiménez W, Jiménez C, Coral A, Ramírez P, Ramos N. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Revista de Gerencia Política de Salud*. [Publicación periódica en línea] 2015. Febrero [Citado: 2019 octubre 2]; 13(27): 212-227. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.ebas>

34. César García-Balaguera. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Villavicencio - Facultad de Medicina - Villavicencio – [Tesis Doctoral] Colombia. Ed 2016
35. Morales M, Carvajal C. Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria. Revista Médica Cochabamba 2020 Jul. 19(29). Revista electrónica en línea. Disponible en: [http://www.revistamedica\(Cochabamba\).mht](http://www.revistamedica(Cochabamba).mht)
36. Gonzales, L; et al. (2014).“Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia 2012”. Revista Panamericana de Salud Pública. 35, 15 – 22
37. TORRES, Ricardo. (2015) Realizó una tesis para optar el título de medicina sobre los factores asociados en la morbilidad materna extrema Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2012-2014 en Lima-Peru.
38. REYES, Iván. (2012). Realizó un artículo de investigación sobre la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional docente madre-niño san Bartolomé en Lima-Peru durante el periodo 2007 al 2009.
39. WONG, Luis. (2011). Realizo un artículo de investigación sobre mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash, con el objetivo de determinar la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud 23 de Ancash-Peru.
40. Arotoma, MARCELO. (2015) Realizó una tesis para obtener el grado de doctorado sobre factores de riesgo materno perinatales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2015.

41. Farje S. Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero–Julio 2018. [Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019.
42. Tovar K, Gutiérrez H. Factor humano, organizacional y su influencia con la continuidad de la atención prenatal de la Institución Prestadora de Salud de Lima–Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. [Publicación periódica en línea] 2019. Marzo [citada: 2020 enero 01], 4(1), 29-37. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/82/95>
43. Rivera L, Burgos N, Gómez J, Moquillaza V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *Anales de Facultad de Medicina*. [Publicación periódica en línea] 2018 junio [Citado: 2019 octubre 25];79(2):131-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
44. Vidal A. Factores de riesgo asociados al no cumplimiento de la Atención Prenatal en gestantes a término atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Rezola. Enero a diciembre 2017. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Obstetricia] Cañete -Perú, 2017. Universidad Privada Sergio Bernales; 2018.
45. Vergaray G. Determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo joven la Unión, Chimbote- Perú, 2015”. [Tesis para optar por el título profesional de licenciada en enfermería]. Ancash: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2017.
46. Machado S, Molinares A, Urzola L, Valdés M. “Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 63 – 2017”. [Tesis para optar

por el título profesional de Enfermera]. Colombia: Universidad de Sucre, 2017

47. Ochoa O, Ruiz Y. Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribía, La Guajira. *Ciencia y tecnología de Salud e Vista Ocular* [Publicación periódica en línea] 2018. Julio- diciembre. [Citado: 2019 octubre 5], 16(2) 21-21 Disponible en: <https://doi.org/10.19052/sv.5164>

## **IX. Anexos**

### **ANEXO N° 01**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Miguel Angel Ascue Nuñez, encargado de la presente investigación sobre Relación existente entre los factores no médicos y el acceso a los servicios de salud de las mujeres con morbi-mortalidad de causa gestacional, en la provincia de Sánchez Carrión durante el año 2022, se dirige a usted para solicitar su participación y colaboración en la misma.

Para poder llevar a cabo el estudio, se necesita de una entrevista de 20 minutos aproximadamente en la que se le pedirá que llene un cuestionario que recoge sus datos personales, factores relacionados a la atención y acceso al servicio de salud desde su experiencia personal y familiar.

El proceso que se le describe es totalmente voluntario. Asimismo, la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

De existir alguna duda, siéntase en la libertad de hacer las preguntas que crea pertinentes en cualquier momento del proceso. Del mismo modo, tiene la libertad de retirarse de la investigación si lo cree pertinente, sin que ello sea perjudicial para usted.

Muchísimas gracias por su participación

---

**Firma de entrevistada**

---

**Firma de investigador**

**ANEXO N° 02**

**PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**DATOS SOBRE EL CUESTIONARIO**

**N° de encuesta** : .....

**Fecha** : ..... / ..... / .....

**Hora de inicio** : ..... : ..... **Hora de término:** ..... : .....

**DATOS GENERALES DE LA MUJER:**

Edad: .....

Estado civil:

Casada  Conviviente  Separada  Viuda  Soltera

Grado de Instrucción:

Iltrado  Superior no universitario incompleto

Primaria Incompleta  Superior no universitario completo

Primaria completa  Superior universitario incompleto

Secundaria incompleta  Superior universitario completo

Secundaria Completa

Jefe de Familia:

Cónyuge  Ella misma  Otro:

Religión:

Católico  Evangélico  Otro  Ninguna

Distrito de referencia: .....

Nivel Socio-económico:  A  B  C  D  E

Paridad:  Nulípara  Multípara  Gran multípara



Nº Atenciones prenatales: ( ) < 6 ( ) 6 ó + ( ) Ninguna

Referida: ( ) Si ( ) No                      Establecimiento de Origen: .....

### **ACCESO AL ESTABLECIMIENTO**

1. ¿Presentó usted alguna señal de peligro antes de acudir al establecimiento de salud?  
SI ( )      NO ( )
2. ¿En qué momento se presentó la señal de peligro?  
( ) Gestación      ( ) Parto      ( ) Puerperio
3. ¿Cuánto tiempo paso para acudir al establecimiento de salud al identificar la señal de parto y/o las señales de peligro?  
Ni 30 minutos ( ) 1 hora a mais ( ) 2 horas a mais ( ) 12 horas a mais ( )  
1 a 2 días ( ) 3 a 4 días ( ) 6 días a más ( )
4. ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar al establecimiento de salud?  
.....
5. Considera usted que tuvo acceso oportuno al establecimiento para su atención  
SI ( )                      NO ( ) NO OPINA ( )

### **CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA**

¿Qué señales de peligro durante el embarazo conoce? (No mostrar ni mencionar la lista a la entrevistada)

1. Dolor de cabeza ( )
2. Visión borrosa ( )
3. Zumbido de oídos (Tinnitus) ( )
4. Náuseas y/o vómitos persistentes ( )
5. Dolor abdominal severo (Epigastria) ( )
6. Sangrado vaginal ( )
7. Pérdida de líquido por los genitales ( )
8. El bebé no se mueve ( )
9. Contracciones uterinas antes de los ocho meses ( )

10. Convulsiones y/o pérdida del conocimiento ( )
11. Edema de cara, manos y pies ( )
12. No menciona ninguna señal ( )

¿Qué señales de peligro durante el parto conoce? (No mostrar ni mencionar la lista a la entrevistada)

1. Trabajo de parto por más de 12 horas
2. Salida por la vagina de la mano del bebé, pie del bebé o cordón umbilical
3. La placenta no sale en 30 minutos
4. Hemorragia
5. Convulsiones y/o pérdida de conocimiento
6. No menciona ninguna señal

¿Qué señales de peligro después del parto, conoce? (No mostrar ni mencionar la lista a la entrevistada)

1. Hemorragia
2. Fiebre y/o escalofríos
3. Secreción vaginal con mal olor
4. Dolor, enrojecimiento y/o calor en las mamas
5. Convulsiones y/o pérdida de conocimiento
6. No menciona ninguna señal

### **FACTORES NO MÉDICOS RELACIONADOS A LA MUJER**

¿Cuáles son los motivos por los que usted no vino inmediatamente cuando presentó un signo de peligro? (Colocar entre los paréntesis su orden de prioridad, numéricamente sin mencionar el contenido.)

1. ( ) No planificó el embarazo
2. ( ) Vergüenza al examen gineco-obstétrico
3. ( ) No toma las decisiones sobre el cuidado de su salud
4. ( ) Violencia hacia la mujer

5. ( ) Se valora poco la vida de la mujer
6. ( ) Mala percepción de la atención gineco-obstétrica
7. ( ) Comunidad no organizada para la atención de la mujer
8. ( ) Su pareja no quiere que le realicen examen gineco-obstétrico
9. ( ) Su pareja o sus familiares desconocen las señales de peligro del embarazo, parto y puerperio.
10. ( ) Falta de recursos económicos

¿Su embarazo fue? (Marque con una X)

( ) Muy planificado ( ) Planificado ( ) Moderadamente planificado

( ) Poco planificado ( ) No planificado

¿Cuándo acudió al servicio de gineco-obstetricia usted sintió vergüenza del examen que se le realizó? (Marque con una X)

NO ( ) Muy en desacuerdo ( ) En desacuerdo

SI ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

¿La mujer debe de tomar la decisión de acudir al establecimiento de salud ante una señal de peligro en el embarazo, parto o después del parto? (Marque con una X)

NO ( ) Muy en desacuerdo ( ) En desacuerdo ( )

SI Ni de acuerdo ni en desacuerdo ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

¿Quién genera los ingresos de la casa?

( ) Usted misma ( ) Cónyuge ( ) Familiar de él ( ) Familiar de usted ( ) Otro

¿Quién decide sobre los gastos que se realizarán en casa?

( ) Usted misma ( ) Cónyuge ( ) Familiar de él ( ) Familiar de usted ( ) Otro

Antes de acudir al establecimiento de salud ¿cómo pensaba que era la atención gineco-obstétrica que se brindaba? (Marque con una X)

( ) Muy buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) Muy mala

¿Cómo piensa que es la atención ahora? (Marque con una X)

Muy buena  Buena  Regular  Mala  Muy mala

¿Quién tomó la decisión para que usted acuda al establecimiento de salud? (Marque con una X)

SI  Ella misma

NO  Cónyuge  Familiar de él  Familiar de usted  Otro

¿Alguien le insulta o chantajea? (Marque con una X)

Nunca  Muy pocas veces  Pocas veces  Muchas veces  Siempre

¿Quién le insulta o chantajea? (Marque con una X)

Cónyuge  Familiar de él  Familiar de usted  Otro  Nadie

¿Alguien le golpea? (Marque con una X)

Nunca  Muy pocas veces  Pocas veces  Muchas veces  Siempre

¿Quién le golpea? (Marque con una X)

Cónyuge  Familiar de él  Familiar de usted  Otro  Nadie

¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales? (Marque con una X)

Nunca  Muy pocas veces  Pocas veces  Muchas veces  Siempre

**FACTORES NO MÉDICOS RELACIONADOS AL CÓNYUGE, FAMILIARES DE EL Y/O LOS FAMILIARES DE ELLA**

¿Su familia priorizó el cuidado de la casa y de los animales antes que trasladarla al establecimiento de salud cuando presentó la señal de peligro? (Marque con una X)

NO  Muy en desacuerdo  En desacuerdo  Regularmente de acuerdo

SI  De acuerdo  Muy de acuerdo

Usted piensa que, si una mujer fallece por complicaciones durante el embarazo, parto o después del parto es porque ya le tocó morir (Marque con una X)

NO  Muy en desacuerdo  En desacuerdo  Regularmente de acuerdo

SI ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

Su pareja o sus familiares piensan que si usted fallece por complicaciones durante el embarazo, parto o después del parto es porque ya le tocó morir (Marque con una X)

NO ( ) Muy en desacuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Regularmente de acuerdo

SI ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

Su pareja y/o familiares se opusieron a que se realice el examen gineco-obstétrico (Marque con una X)

NO ( ) Muy en desacuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Regularmente de acuerdo

SI ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

### **FACTORES NO MÉDICOS RELACIONADOS CON LA COMUNIDAD**

¿Es importante la existencia de una organización comunitaria? (Marque con X)

NO ( ) Muy en desacuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

SI ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

¿En la comunidad donde usted vive, existe algún tipo de organización comunitaria para ayudar a la atención de las mujeres con complicaciones durante el embarazo, parto o después del parto? (Marque con una X)

SI ( )

NO ( )

¿Qué tipo de organización comunitaria existe o conoces? (Marque con una X)

1. Agente comunitario de salud activo ( )
2. Comité de evacuación comunitario de emergencias ( )
3. Comité de desarrollo comunal ( )
4. Junta vecinal ( )
5. No conoce ( )

Si existe una organización en su comunidad, le acompañaron y ayudaron para su traslado

SI ( )

NO ( )

**FACTORES NO MÉDICOS RELACIONADOS A LOS FACTORES ECONÓMICOS**

¿El dinero fue un impedimento para acudir al establecimiento de salud? (Marque con una X)

NO ( ) Muy en desacuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Regularmente de acuerdo

SI ( ) De acuerdo ( ) Muy de acuerdo

¿Cuenta con algún tipo de seguro de salud? (Marque con una X)

1. Seguro integral de salud ( )
2. EsSalud ( )
3. Particular ( )
4. Ninguno ( )