



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural  
de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019**

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL**

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

**AUTOR:**

Susano Reyes, Katherine Yasmin (000-0002-4362-7888)

**ASESOR:**

Espinoza Rojas, Rubén (0000-0002-1459-3711)

**Lima, 2022**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

AUTOR: Susano Reyes, Katherine Yasmin

DNI

47795108

### **Datos de asesor**

ASESOR: Espinoza Rojas, Rubén

DNI

10882248

### **Datos del jurado**

PRESIDENTE: Sánchez Padilla, Daisy Dalmira

08065387

0000-0002-2236-8207

MIEMBRO: Hernández Patiño, Rafael Ivan

09391157

0000-0002-5654-1194

MIEMBRO: Gutiérrez Ingunza, Ericson Leonardo

42160697

0000-0003-4725-6284

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

## **DEDICATORIA**

*A mi madre, Yanett, quien siempre me ofrece su amor y apoyo incondicional, y es el soporte de cada paso que doy.*

*A mi padre, Marco, quien es la voz de aliento en momentos de vacilación y me inspira perseverancia en la vida.*

*A mis hermanos, Anthony y Cinthya, quienes supieron comprender momentos de ausencia y me brindaron su apoyo.*

*A mi abuela, Delia, quien partió pronto, pero dejó un legado maravilloso de bondad que guía mi camino.*

*A mis abuelos, Moisés y Zoila, quienes con su sola presencia me inspiran a seguir adelante.*

*Todo es por ustedes.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Humildemente reconozco mi deuda...

Para con Dios, por guiar cada paso y permitirme estudiar esta maravillosa carrera.

Para con la Universidad Ricardo Palma y cada uno de sus docentes, por todas sus enseñanzas, tanto las que me permitirán desenvolverme como médico y también las que contribuyeron en mi formación personal.

Para con el Mg. Rubén Espinoza Rojas, asesor, por su paciencia y cooperación en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Para con el Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas, director de la tesis, quien a través del Curso - Taller de tesis brindó las herramientas para incentivar la investigación en sus alumnos.

Y en especial para con cada uno de mis seres queridos, familiares y amigos, que de alguna u otra forma me brindaron los medios que me permitieron vencer los obstáculos y alcanzar mis metas.

A todos ellos infinitamente gracias.

## RESUMEN

**Introducción:** La mortalidad materna es descrita como un problema relevante en el Perú, su origen está asociado a la decisión de optar por un parto domiciliario en lugar de uno institucional supervisado.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú en el año 2019.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo, transversal. El tamaño de muestra fue de 1609 mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario en la zona rural de la selva del Perú registradas en la base de datos de la ENDES 2019.

**Resultados:** Se encontró una prevalencia del 20.9% de partos domiciliarios. El análisis con la prueba F corregida determinó que todos los factores sociodemográficos, con excepción de la edad materna, así como los factores gineco-obstétricos, institucionales y sociales están asociados significativamente al parto domiciliario. El análisis multivariado reveló que las mujeres con grado de instrucción hasta la secundaria (RP:4.45IC95%:1.46–13.56), quienes no recibieron la atención del parto por un personal de salud (RP:16.51, IC95%:12.27–22.23), quienes no tuvieron antecedente de un parto domiciliario (RP:1.11IC95%:1.01–1.22) y quienes no acuden a un centro de salud por sus tradiciones (RP:1.2IC95%:1.09–1.32) tienen mayor prevalencia de tener un parto domiciliario nuevamente.

**Conclusiones:** El grado de instrucción hasta la secundaria, no recibir atención del parto por un personal de salud, el antecedente de parto domiciliario y no acudir a un centro de salud por tradición se encontraron asociados significativamente a la elección del parto domiciliario.

**Palabras clave (DeCS):** Parto domiciliario, demografía, factores de riesgo, entorno del parto.

## ABSTRACT

**Introduction:** Maternal mortality is described as a relevant problem in Peru, its origin is associated with the decision to opt for a home delivery instead of a supervised institutional one.

**Objective:** To determine the factors associated with the choice of home birth in the rural area of the Peruvian jungle in 2019.

**Methods:** Retrospective, observational, analytical, quantitative, cross-sectional study. The sample size was 1609 women of childbearing age whose last birth was at home in the rural area of the jungle of Peru registered in the ENDES 2019 database.

**Results:** A prevalence of 20.9% of home births was found. The analysis with the corrected F test determined that all sociodemographic factors, with the exception of maternal age, as well as gynecological-obstetric, institutional and social factors, are significantly associated with home delivery. The multivariate analysis revealed that women with education up to secondary school (RP:4.45, IC95%:1.46–13.56), who did not receive delivery care by a health personnel (RP:16.51, IC95%:12.27–22.23), who did not have a history of home delivery (RP:1.11, IC95%:1.01–1.22) and who do not go to a health center due to their traditions (RP:1.2, IC95%:1.09–1.32) have higher prevalence of having a home birth again.

**Conclusions:** The level of education up to secondary school, not receiving delivery care by a health personnel, the history of home delivery and not going to a health center by tradition were found to be significantly associated with the choice of home delivery.

**Keywords (MESH):** Home birth, demographics, risk factors, birth setting.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	11
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	11
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	13
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.6.1 OBJETIVO GENERAL .....	13
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2 BASES TEÓRICAS .....	23
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES .....	27
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	29
3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN .....	30
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b> .....	31
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	32
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	33
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	35
5.1 RESULTADOS.....	35
5.2 DISCUSIÓN.....	40
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	46
6.1 CONCLUSIONES .....	46
6.2 RECOMENDACIONES .....	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49
ANEXO N°1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS .....	55
ANEXO N°2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	56
ANEXO N°3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADEMICA. ....	57

ANEXO N°4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.....	58
ANEXO N°5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	59
ANEXO N°6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DE TURNITIN.....	60
ANEXO N°7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER DE ELABORACIÓN DE TESIS.....	61
ANEXO N°8: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	62
ANEXO N°9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	63

### Listado de tablas

**Tabla 1.** Análisis univariado de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

**Tabla 2.** Análisis bivariado con F corregida de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019

**Tabla 3.** Análisis bivariado de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

**Tabla 4.** Análisis multivariado de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

### Listado de gráficos

**Figura 1.** Distribución del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

## INTRODUCCIÓN

El parto domiciliario, entendido como el nacimiento que ocurre dentro de la vivienda, contribuye de forma importante a las múltiples razones que conllevan a la mortalidad materna.

Datos brindados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aseguran que la mortalidad materna ha descendido a nivel mundial desde el 2000, sin embargo, los casos en las regiones en desarrollo, continúan siendo superior en comparación a las regiones desarrolladas, y solo el 50% de las mujeres en dichas regiones son atendidas adecuadamente.

Se sabe que acercar los servicios de salud a las gestantes con el fin de recibir atención posnatal y seguimiento en el periodo posparto inmediato, reducen las muertes y complicaciones materno perinatales. Sin embargo, a pesar de que se fomenta la atención del parto en los establecimientos de salud, en distintas regiones del mundo y sobre todo en países de bajos ingresos, estas acciones no ofrecen resultados alentadores, pues los partos domiciliarios continúan predominando en el total de nacimientos.

La situación en el Perú no es distinta, pues a pesar de existir una tendencia decreciente de muerte materna, aún existen desigualdades a nivel regional. Esto se refleja en las muertes maternas que en su mayoría se deben a causas obstétricas directas y que se presentan con más frecuencia en la etapa del puerperio, siendo estos sucesos potencialmente evitables si se manejan en un centro de salud por personal sanitario calificado.

Se sabe de la existencia de diferentes tipos de factores que guardan relación con el parto en el hogar. Por ese motivo, este trabajo de investigación intenta analizar los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos, institucionales y sociales en busca de una asociación con el parto domiciliario.

# CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La mortalidad materna no solo se expresa como un problema médico, sino que tiene diferentes aristas, pues también se entiende como un problema económico, social, cultural, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que, debido a complicaciones del embarazo y el parto, a diario mueren 1500 mujeres; siendo las regiones en desarrollo las áreas más afectadas pues los países pertenecientes a estas son los que registran el 99% de los casos <sup>(1)</sup>.

Según el Informe sobre la salud en el mundo 2005, el principal origen de las muertes maternas en el mundo son causas directas como las hemorragias intensas especialmente puerperales (25%), infecciones (15%), trastornos hipertensivos del embarazo (12%) y el parto obstruido (8%); todas potencialmente evitables con medidas terapéuticas o profilácticas que son componentes de una atención especializada a cargo de un personal calificado con el conocimiento necesario <sup>(1)</sup>.

En el 2000 el Perú firmó su compromiso con los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); el quinto ODM fue mejorar la salud materna para el año 2015, a través de la reducción de la mortalidad en tres cuartas partes. La razón de mortalidad materna (RMM) pasó de 265 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 73.9 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2015, lo que corresponde a un descenso del 75%; pese a ser un valor significativo no llegó a 66,3 muertes x 100 000 nacidos vivos que era la tasa esperada. Evidenciando además un déficit en la atención institucional del parto, siendo mayor en las zonas rurales que en las urbanas <sup>(2)</sup>.

Sin embargo, según el último boletín epidemiológico del 2019, la RMM desde el 2015 ha mostrado un descenso alentador llegando hasta una tasa del 56.1 muertes maternas x 100 000 nacidos vivos, pese a ello

siguen existiendo desigualdades a nivel regional en donde la RMM es mayor que el promedio nacional o la reducción no resultó como se esperaba. Tal es el caso de las regiones ubicadas al nororiente del país en donde se puede llegar a duplicar lo estimado para el promedio nacional <sup>(3)</sup>.

A su vez, según la misma fuente hasta la semana 52, la mayoría de muertes maternas siguen siendo por causas directas en más de la mitad de los casos, llegando hasta un 59,1%, siendo más frecuentes las hemorragias (25.2 %) y los trastornos hipertensivos (18.5%) <sup>(3)</sup>.

Finalmente, según la ENDES 2019, el parto institucional ha evolucionado de manera favorable ya que se ha ido incrementando desde el 2009 llegando hasta un 92.4% el último año, siendo más notorio en el área rural a partir del 2014. A pesar de ello siguen existiendo una diferencia considerable de 15,5 puntos porcentuales en comparación al área urbana; además las regiones naturales de la selva y la sierra siguen mostrando porcentajes menores de parto institucional <sup>(4)</sup>.

Por lo ya expuesto, el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre los factores socio-demográficos, gineco-obstétricos, institucionales, sociales con la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019?

## 1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

La línea de investigación de la presente investigación es salud materna perinatal y neonatal, que se encuentra dentro de las "Prioridades

Nacionales de Investigación en Salud 2019-2023” según el Instituto Nacional de Salud – Ministerio de Salud del Perú.

El presente proyecto de investigación está en el noveno lugar dentro de los lineamientos de investigación de la Universidad Ricardo Palma para el periodo 2021-2025. Línea de investigación: Salud materna, perinatal y neonatal.

#### 1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Está claro que la mortalidad materna comprende un problema de gran importancia en nuestro país, por ello forma parte de las prioridades de investigación de uno de los problemas sanitarios de mayor puntaje categorizado como de alta prioridad.

Si bien ha habido un descenso de la mortalidad materna en los últimos años, todavía existe un déficit en relación a los partos institucionales siendo este mayor en las zonas rurales y sobre todo en la región de la selva donde prevalecen los partos domiciliarios, que no aseguran se lleven a cabo las medidas pertinentes que eviten y/o prevengan complicaciones antes, durante y después de la atención del parto.

Sobre ello existen estudios, que analizan la existencia de factores relacionados al tema del parto domiciliario, sin embargo, estos escogen como población de estudio a la región costera o la sierra de nuestro territorio dejando de lado la región natural selvática, poniendo en evidencia el olvido de estas áreas.

Por todo ello es necesario conocer los factores que se encuentran ligados a la decisión de optar por un parto domiciliario en lugar de uno institucional especialmente en las áreas rurales de la selva, a través de más estudios que favorecerían la importante estrategia que comprende el incremento del parto institucional para disminuir la morbilidad y mortalidad es este periodo del embarazo además de nuevas estrategias orientadas a

incentivar y promover la elección de un parto institucional evitando las causas directas que provocan la mortalidad materna.

Basándonos en este contexto, es que esta investigación tiene como objetivo determinar la asociación entre los factores socio-demográficos, gineco-obstétricos, institucionales, sociales con la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019.

## 1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Límites temáticos: Factores asociados a la elección del parto domiciliario.
- Límites espaciales: Zona rural de la Selva del Perú
- Límites poblacionales: Mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario en la zona rural de la selva del Perú. Según ENDES 2019.
- Límites temporales: Enero – diciembre del año 2019.

## 1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la asociación entre los factores socio-demográficos, gineco-obstétricos, institucionales, sociales con la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019.

### 1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### Factores socio-demográficos

- Determinar la asociación entre la edad materna y la elección del parto domiciliario.
- Determinar la asociación entre el grado de instrucción y la elección del parto domiciliario.

- Determinar la asociación entre el estado civil y la elección del parto domiciliario.

#### Factores gineco-obstétricos

- Determinar la asociación entre la no atención del parto por un personal de salud y la elección del parto domiciliario.
- Determinar la asociación entre el antecedente de parto domiciliario y la elección del parto domiciliario.

#### Factores institucionales

- Determinar la asociación entre el problema de distancia al centro de salud y la elección del parto domiciliario.
- Determinar la asociación entre el maltrato del personal de salud y la elección del parto domiciliario.

#### Factores sociales

- Determinar la asociación entre no acudir al centro de salud por tradición y la elección del parto domiciliario.
- Determinar la asociación entre la oposición del esposo y/o familiar y la elección del parto domiciliario.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Assmie Ayenew A, Asres Nigussie A y Ferede Zewdu B** <sup>(5)</sup>. realizaron un estudio titulado *Childbirth at home and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis*, revisión sistemática y meta-análisis de 40 estudios observacionales realizados en Etiopía. Obteniéndose como resultados una prevalencia estimada del parto domiciliario del 66,7% (IC del 95%: 61,56-71,92, I<sup>2</sup> = 98,8%, p-valor < 0,001). Ser de una zona rural (AOR = 6,48, IC 95%: 3,48–12,07), no tener educación (AOR = 5,90, IC 95%: 4,42–7,88) y una distancia a pie de más de 2 horas para llegar al centro de salud más cercano (AOR = 5,12, IC 95%: 2,94–8,93) fueron considerados factores asociados al parto domiciliario.

**Goshu Muluneh A, Animut Y y Awoke Ayele T** <sup>(6)</sup>. realizaron un estudio titulado *Spatial clustering and determinants of home birth after at least one antenatal care visit in Ethiopia: Ethiopian demographic and health survey 2016 perspective*, estudio de casos y controles basado en datos de la Encuesta de Demografía y Salud de Etiopía 2016 que incluyó 2110 mujeres que tuvieron partos domiciliarios (casos), y 2510 mujeres que tuvieron partos institucionales (controles), ambos después de asistir al control prenatal. Obteniéndose como resultados de interés para el estudio que factores como tener educación primaria (AOR = 0.45, 95%CI: 0.36–0.55), educación secundaria (AOR = 0.11, 95%CI: 0.07–0.16) y una educación superior a la secundaria (AOR = 0.06, 95%CI: 0.03–0.11) fueron asociados negativamente al parto domiciliario.

**Moshi FV y Mbotwa CH** <sup>(7)</sup>. realizaron un estudio titulado *Determinants for choice of home birth over health facility birth among women of reproductive age in Tanzania: an analysis of data from the 2015-16*

Tanzania demographic and health survey and malaria indicator survey, estudio tipo transversal, basado en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Tanzania 2015-16 y la Encuesta de Indicadores de Malaria (2015-16 TDHS-MIS). Evidenció que 805 (35,2%) mujeres tuvieron partos domiciliarios. El nivel educativo (educación primaria [AOR = 0,666;  $p = 0,001$ ]; educación secundaria y superior [AOR = 0,417;  $p < 0,001$ ] en referencia a la educación no formal; fue considerado factor asociado al parto domiciliario.

**Budu, E** <sup>(8)</sup>. en su artículo Predictors of home births among rural women in Ghana: analysis of data from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey, un estudio que se basó en datos obtenidos a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) de Ghana del 2014 y que incluyó 2101 mujeres de las zonas rurales que habían dado a luz en un plazo de cinco años antes de la encuesta. Halló que la probabilidad de tener un parto domiciliario fue mayor en las mujeres tradicionalistas [AOR, 2.50 CI = 1.54–4.06]. Por el contrario, la probabilidad fue menor en aquellas con un grado de instrucción más alto [AOR = 0,58, IC = 0,43–0,78].

**Berhe R y Nigusie A** <sup>(9)</sup>. en su artículo titulado Magnitude of home delivery and associated factors among child bearing age mothers in Sherkole District, Benishangul Gumuz regional state-Western-Ethiopia, un estudio transversal que incluyó 451 mujeres de 15 a 49 años en el distrito de Sherkole, región de Benishangul Gumuz, seleccionadas al azar. Evidenció una magnitud de 353 (80%) partos domiciliarios atendidos por parteras no calificadas, en relación a los factores de interés y que tuvieron una asociación significativa se encontró la elección del lugar de parto por el marido [AOR: 5,6, IC del 95% (2,1-15,2) entre los más factores más resaltantes.

**Adewuyi EO, Khanal V, Zhao Y, David L, Bamidele OD y Auta A** <sup>(10)</sup>. en su estudio titulado Home childbirth among young mothers aged 15-24 years in Nigeria: a national population-based cross-sectional study, un análisis secundario de datos transversales de la Encuesta de Demografía

y Salud de Nigeria (NDHS) de 2013 que incluyó 543 madres jóvenes de entre 15 y 24 años. Reveló que la prevalencia del parto domiciliario entre las madres jóvenes de 15 a 24 años fue del 69,5% (IC del 95%: 67,1% al 71,8%), en zonas rurales de Nigeria fue de 78,9% (IC del 95%: 76,3% al 81,2%) en comparación a las zonas urbanas en donde fue de 43,9% (IC del 95%: 38,5% a 49,5%,  $p < 0,001$ ). En lo que respecta a variables de interés, utilizando el modelo de comportamiento de Andersen, el aumento de las probabilidades de parto domiciliario en relación a factores ambientales se asoció a una residencia rural (OR ajustado, AOR: 1,39, IC del 95%: 1,06 a 1,85). En los factores habilitantes se encontró que la distancia a los centros de salud (AOR: 1,48, IC del 95%: 1,15 a 1,88) y en los factores predisponentes, la falta de educación de la madre y el esposo, son variables con mayores probabilidades de parto en el hogar.

**Perkins JE, Ehsanur Rahman A, Bakkar Siddique A, Rifat Haider M, Banik G, Tahsina T y Arifeen SE** <sup>(11)</sup>. en su artículo titulado *Opting for home birth in rural Bangladesh: An assessment of the current status and reason*, estudio transversal que incluyó 1367 mujeres que tenían antecedente de parto domiciliario en los 12 meses previos a la encuesta. Demostró que el 64% de las mujeres hacia planes para dar a luz en casa y el 62% lo llevaba a cabo. Por ello se halló una asociación significativa (AOR [IC]: 4,93 [3,79-6,43]) entre la planificación de dar a luz en el hogar y un eventual parto domiciliario. En cuanto a las variables de interés las mujeres más educadas tenían una probabilidad significativamente menor de dar a luz en casa.

**Njabulo Nunu W, Ndlovu V, Maviza A, Moyo M y Dube O** <sup>(12)</sup>. en su estudio titulado *Factors associated with home births in a selected ward in Mberengwa District, Zimbabwe*, un estudio de casos y controles que incluyó 35 (casos) mujeres que dieron a luz en casa y 105 (controles) mujeres que dieron a luz en instalaciones. Evidenció que no tener educación (OR: 2.90, IC: 1.08-7.57) es un factor asociado con los partos domiciliarios.

**Singh Gurung M, Pelzom D, Wangdi S, Tshomo T, Lethro P y Dema T** <sup>(13)</sup>. en su artículo titulado Factors associated with delivery at home in Bhutan: findings from the National Health Survey 2012, un estudio analítico transversal que utilizó datos secundarios recogidos en la Encuesta Nacional de Salud 2012 y que incluyó 2213 mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la encuesta. Halló las mujeres que residían en áreas rurales tenían 2,87 veces más (aPR: 2,87, IC del 95%: 1,42 a 5,77) más probabilidades de dar a luz en casa en comparación con las que vivían en áreas urbanas.

**Siyoum M, Astatkie A, Mekonnen S, Bekele G, Taye K, Tenaw Z, Yohannes Z y Kassaye Z** <sup>(14)</sup>. realizaron un estudio titulado Home birth and its determinants among antenatal care-booked women in public hospitals in Wolayta Zone, southern Ethiopia, estudio de cohortes que incluyó 554 mujeres en el tercer trimestre de embarazo que visitaron hospitales públicos de la zona de Wolayta. Evidenciándose que 68 (13,5%; IC 95%: 10,5%-16,6%) mujeres tuvieron parto domiciliario. Factores como no tener educación (AOR = 2,46, IC 95%: [1,10–5,10]), y el tiempo de llegada al centro de salud para la atención prenatal (>30minutos) (AOR = 8,94, IC 95%: [4,50–17,72]) se asociaron significativamente con el parto domiciliario.

**Yebyo H, Alemayehu M y Kahsay A** <sup>(15)</sup>. realizaron un estudio titulado Why Do Women Deliver at Home? Multilevel Modeling of Ethiopian National Demographic and Health Survey Data, un modelo multivel basado en los datos de la Encuesta de Demografía y Salud de Etiopía 2011 que incluyó 7908 mujeres cuyo último nacimiento fue vivo y ocurrió cinco años antes del 2011 y características comunitarias de 576 grupos. Se obtuvo como resultado 6980 (88,3%) partos domiciliarios. Factores como un nivel educativo más bajo (OR=2,74, IC 95%:1,84,4,70; p<0.0001) y la distancia para llegar a los centros de salud percibida como un problema (OR=1,29, IC 95%:1,03,1,62; p=0,022) se asoció positivamente con el parto domiciliario.

**Adewuyi EO, Zhao Y, Auta A y Lamichhane R** <sup>(16)</sup>. en su artículo titulado Prevalence and factors associated with non-utilization of healthcare facility for childbirth in rural and urban Nigeria: Analysis of a national population-based survey, estudio que se basó en datos de la Encuesta Demográfica y Sanitaria de Nigeria del 2013. Reveló que, en residencias rurales y urbanas, la prevalencia de parto a domicilio fue 78,3% y 38,1%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). En cuanto a variables de interés; la baja educación materna y paterna aumentaron la probabilidad de parto en el hogar tanto en residencias rurales como urbanas.

**Jaramillo Montaña J. Inga Gualotuña EY y Orbe Orozco SE** <sup>(17)</sup>. en su estudio titulado Factores que influyen en las mujeres indígenas de la comunidad de Cangahua del cantón Cayambe en la provincia de Pichincha, para elegir un parto domiciliario en lugar de un parto institucional, en el periodo comprendido entre enero 2014 – julio 2017, estudio observacional con tipo de diseño descriptivo y analítico – transversal que incluyó 297 mujeres embarazadas durante el año 2017. Encontró que de 279 mujeres que han tenido parto sin complicaciones, 187 dieron parto en su domicilio, siendo el 45.9 % asistidas por una partera. Además, el 36.8% de mujeres que refieren volver a optar por un parto en casa, son la mayoría indígenas, viven en comunidades lejanas a más de una hora de una institución médica y no cuentan con recursos económicos para poder tomar un transporte privado, agregado a ello está la influencia negativa por terceras personas y por la decisión de su esposo.

**Vega Palacios, CE** <sup>(18)</sup>. en su estudio titulado Caracterización del Parto Tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016, un estudio cuali-cuantitativo no experimental que incluyó todas las mujeres embarazadas, que tenían hijos menores de cinco años, que dieron a luz en sus domicilios y personas destinadas a la atención del parto tradicional. Halló que las mujeres en edad fértil y destinadas a la atención del parto presentaban como características el estado civil categorizado como unión libre (78%) y un nivel de instrucción bajo, registrándose un 8% de

analfabetismo y el 52% primaria completa. De la totalidad de partos el 76% fueron domiciliarios, de estos en el 38% de los casos fue elegido por costumbre y fueron atendidos por parteras.

### 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

**Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrigo H, Vargas-Fernández BR y Bendezu-Quispe G** <sup>(19)</sup>. realizaron un estudio titulado Factors associated with home births in Peru 2015–2017: A cross-sectional population-based study, estudio analítico transversal que incluyó datos agrupados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2015, 2016 y 2017 (ENDES) con el objetivo de determinar la prevalencia de nacimientos en el hogar en mujeres peruanas y sus factores asociados mediante un modelo de regresión logística para calcular las relaciones de probabilidades crudas y ajustadas (aOR). Evidenció que 7 de cada 100 nacimientos fueron partos domiciliarios. Acerca de los factores: vivir en una zona rural (aOR = 3,10; IC del 95%: 2,52–3,81), tener un nivel de educación primaria o secundaria y considerar la distancia al centro de salud como un problema (aOR: 1.32; 95% CI: 1.17-1.48) se encontraron asociadas con mayor probabilidad al parto domiciliario. Contrariamente, pertenecer a los grupos de edad de 25–34 y 35–39 años se asociaron con una menor probabilidad de presentar partos domiciliarios.

**Mendoza Chuctaya G, Montesinos Segura R, Agramonte Vilca M y Aguirre Tenorio L** <sup>(2)</sup>. en su artículo titulado Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016, estudio observacional de casos y controles que incluyó 46 casos, de mujeres con parto domiciliario y 100 controles con partos institucionales registrados en los años 2015 y 2016. Halló que de 558 partos registrados 49 (8,7%) fueron partos domiciliarios, donde la edad promedio fue de  $25,3 \pm 6,4$  años; con respecto a las variables de interés en el análisis multivariado encontró que: tener antecedente de parto domiciliario [OR=4,5; IC95% 1,01-20,5] y vivir a una distancia > de 90 minutos [OR=3,2; IC95% 1,08-10,2] son factores de riesgo para tener un parto domiciliario.

**Tarqui C y Barreda A** <sup>(20)</sup>. realizaron un estudio titulado Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú, estudio de casos y controles donde incluyeron 52 casos: mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario y 208 controles: mujeres en edad fértil residentes en la misma área geográfica con antecedentes de parto institucional. Obteniéndose como resultado para los casos, una edad promedio de  $28 \pm 6,5$  años y para los controles,  $26 \pm 6,1$  años. Siendo los factores de riesgo: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención de parto  $w=25,78$  ( $p=0,00$ );  $OR=25,48$  (IC 95%: 7,30-88,93); el poco entendimiento en el diálogo proveedor- usuaria durante la atención de salud  $w=7,61$  ( $p=0,006$ );  $OR=4,34$  (IC 95%: 1,53-12,31) y el domicilio como lugar previsto de parto  $w=25,14$  ( $p=0,000$ );  $OR=16,84$  IC 95%: 5,58-50,8).

**Fernández Romani JL y Mayorga Zárate SL** <sup>(21)</sup>. realizaron un estudio titulado Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madres de zona urbana y rural de San Jerónimo, un estudio comparativo y descriptivo que incluyó 40 madres de la zona urbana y 40 de la zona rural, con parto domiciliario hasta hace 5 años teniendo como objetivo comparar los factores que condicionan la preferencia por el parto domiciliario en madres andinas de zonas urbana y rural. Obteniéndose como resultados de interés para el estudio que madres de la zona rural: que fueron atendidas por el partero ( $p<0,05$   $OR=13,22$ ) tienen 13 veces más probabilidades de volver a tener un parto domiciliario que madres de la zona urbana.

**Ruiz Bueno YM** <sup>(22)</sup>. en su estudio titulado Factores que influyen para la atención del parto domiciliario en puérperas atendidas en el Centro de salud Huambocancha Baja Cajamarca. 2018, estudio de corte transversal, correlacional, cuantitativo y retrospectivo que incluyó 112 puérperas con parto domiciliario. Obteniéndose como resultados de interés que el 21,2% de las puérperas con parto domiciliario tuvieron de 20 a 24 años y 30 a 34 años de edad, 37,5% tuvieron primaria incompleta. En el 42,8% de casos

sus esposos toman la decisión de donde dar a luz, el 100% no son respetadas, el 25 % sufren de violencia obstétrica y el 32,1% indican no tener buena comunicación con el personal de salud. Llegando a la conclusión de que si existe relación significativa entre los factores sociodemográficos, culturales e institucionales y el hecho de que las gestantes decidan tener un parto domiciliario.

**Estrada Pérez K y Santiago Espinoza KJ** <sup>(23)</sup>. en su estudio titulado Factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la Microred Chanchamayo – Junín – 2017, estudio descriptivo no experimental que incluyó 20 partos domiciliarios ocurridos en las comunidades rurales y anexos de la jurisdicción de la micro red – Chanchamayo. Demostró que de un total de 20 madres encuestadas el 45,0% tienen de 31 a 40 años, la mitad son convivientes y más de la mitad (55,0%) de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria. Entre los factores resaltantes se encontraron que el 35% refiere que no hay fácil accesibilidad al hospital pues este se halla muy lejos de su zona y el 45% refiere que lo atendió un profesional de la salud.

**Valderrama Cruz S** <sup>(24)</sup>. en su estudio titulado Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario, en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017, estudio descriptivo transversa que incluyó 308 historias clínicas perinatales de pacientes que acudieron a su primer control de puerperio. Encontró que el parto domiciliario tiene relación estadísticamente significativa con factores sociodemográficos como la edad materna ( $p = 0.023$ ), el estado civil ( $p = 0.022$ ) y el grado de instrucción ( $p = 0.029$ ); de igual manera con los factores obstétricos como el antecedente de parto domiciliario ( $p = 0.002$ ).

**Custodio Marroquín, JA** <sup>(25)</sup>. en su artículo titulado Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016, estudio descriptivo transversal que incluyó 33 pobladoras del centro Poblado Kerguer que

tuvieron parto domiciliario durante el período 2010-2016. Evidenció que las pobladoras que tuvieron parto domiciliario tuvieron una edad promedio de  $30,64 \pm 6,93$  años, el 97% fueron convivientes, el 12,1% son analfabetas y el 6,1% tienen secundaria completa. Dentro de los factores resaltantes se halló que el 84,5% tienen antecedentes de parto domiciliario y el 87,9% fueron atendidos por una partera. Los principales motivos de la elección del parto domiciliario fueron por tradición en un 63,6% y por distancia en un 36,4%.

**Chagua Pariona NC** <sup>(26)</sup>. en su estudio titulado Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán, un estudio tipo transversal y descriptivo que incluyó 200 mujeres que tuvieron un parto domiciliario comprendido entre los años 2006 al 2009. Obteniéndose como resultados de interés para el estudio que el 37% se encontraba entre los 25 a 29 años y el 73% de las mujeres no concluyeron los estudios iniciales, primaria y secundaria. Por otro lado, las principales razones para tener un parto domiciliario estuvieron relacionadas a experiencias de maltrato en el 29.5% de casos y un 17% con referencias de maltrato en el hospital.

## 2.2 BASES TEÓRICAS

El parto es un proceso el cual conlleva al nacimiento de un niño, la literatura médica describe que inicia con contracciones uterinas de forma regular y finaliza con el alumbramiento del recién nacido y expulsión de la placenta <sup>(27)</sup>.

Según la Norma Técnica N° 105 - MINSA de atención integral de salud materna del Perú, el parto es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, sumado a los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). Este puede clasificarse, según el lugar donde se lleve a cabo, en parto institucional o extra institucional <sup>(28)</sup>.

El parto institucional es aquel que ocurre en un establecimiento de salud, ya sea este un hospital, centro o puesto de salud; mientras que el parto extra institucional se lleva a cabo fuera de un establecimiento de salud. Siendo en este último grupo donde se incluye al parto domiciliario. Por lo tanto, este es definido como aquel que se da dentro de una vivienda y que puede ser atendido por un personal de salud, un agente comunitario de salud, familiares u otros. Pudiéndose incluir los partos que ocurren en casas de espera materna <sup>(28)</sup>.

### **Evolución del parto en la historia**

A través de la historia el parto ha ido cambiando. Desde épocas muy antiguas, era atendido por la gestante en forma solitaria. Al respecto Sedano M (2014) cita un fragmento de una de las composiciones musicales más antiguas existentes, el Himno de Apolo, donde se lee lo siguiente “Apolo, hijo de Júpiter y de Latona, va a nacer. Ilitia, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona. Ésta, sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonríe y nace Apolo” <sup>(29)</sup>.

En la historia del Perú también se habla sobre un parto solitario. Dejo Bustíos (2008) en su libro “Apuntes de salud y medicina del Perú antiguo. Antología” menciona que hay versiones de Pedro Pizarro y Cieza de León expresando que “las indias trabajando como el hombre pueden parir en el camino y siguen luego andando, cortando el cordón con una piedra, se enjuagaban en el riachuelo” <sup>(30)</sup>.

Sobre quien brindaba la atención del parto, en el Perú hasta el siglo XX, las matronas tradicionales eran las que se encargaban de desempeñar este papel. Por ello se entiende que la mayoría de nacimientos tenían lugar en la comunidad o en los domicilios de las futuras madres. Es en el siglo XVIII que se expone la necesidad de ofrecer formación teórica a las parteras tradicionales que estuviera supervisada bajo el cuerpo médico, situación que desencadenó la creación de la Escuela de Partos de Lima y la fundación de la Maternidad de Lima en el año 1826, considerándose

como un hecho histórico de gran importancia que señala además desde que fecha la mujer gestante es asistida de forma científica <sup>(31,32)</sup>.

En el mundo, los hospitales como tal son relativamente recientes pues la mayoría se produjo en países desarrollados durante el siglo XX. Es a finales de 1940, que, gracias al desarrollo de antibióticos, transfusiones sanguíneas y la anestesia segura se ve una caída en la cantidad de muertes maternas. Por ello, el parto que es llevado a cabo en un centro de salud y por ende institucional es considerado como la piedra angular para la reducción de la morbilidad materna y neonatal, pues gracias a la hospitalización de la mujer embarazada durante el parto, se permite la monitorización del bienestar materno y fetal, para poder reducir el riesgo de infección y asegurar una intervención médica en caso sea necesario <sup>(33)</sup>.

### **Parto domiciliario vs parto hospitalario**

La evidencia científica que se da a conocer a partir de grandes estudios a nivel mundial en los últimos 10 años, nos muestra que existen tanto riesgos como beneficios que se deben evaluar durante el proceso que toma decidir entre un parto domiciliario o uno hospitalario.

Sánchez Redondo (2020) tras analizar una serie de investigaciones en su artículo “Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos”, resalta los beneficios de optar por un parto en casa, entre ellos una menor tasa de partos instrumentalizados y una mayor satisfacción de las mujeres al referir su hogar como un entorno que ofrece mayor holgura, así como un mayor control de la situación. Por otro lado, los riesgos implican un incremento del riesgo materno en mujeres con alguna enfermedad previa u otra enfermedad que se desarrolla durante la gestación. De lo anterior se debe recalcar que los estudios revisados fueron desarrollados en países como Australia, Holanda e Inglaterra que cuentan con un sistema sanitario con los medios necesarios y el personal correctamente capacitado y acreditado para la atención y seguimiento de las gestantes que explicarían las importantes ventajas que ofrece la elección del parto extra hospitalario <sup>(33)</sup>.

Sin embargo, concluye que, en España, lugar de procedencia del estudio, que además cuenta con una tasa de 0.32% de partos domiciliarios, no es recomendable pues su actual estructura sanitaria carece de espacios respetuosos para con la mujer gestante y el proceso del parto que además prevenga una excesiva medicalización del mismo y que a su vez ofrezcan seguridad para la madre y el niño. Dicha aseveración puede extrapolarse a países que se encuentren en similares condiciones con respecto al sistema sanitario y sus deficiencias <sup>(33)</sup>.

### **Factores asociados a la elección del parto domiciliario**

Las preferencias y elecciones de la mujer gestante al momento de optar por un determinado tipo de parto involucran distintos factores. Fróes de Oliveira (2015) menciona entre ellos la educación, las condiciones socioeconómicas, la historia de vida de la mujer, historias sobre el parto que la futura madre ha escuchado o experimentado, el conocimiento acerca sobre las condiciones de atención del parto y el acceso a la información <sup>(34)</sup>.

En países como Brasil este tipo de parto se relaciona con un nivel educativo superior que refleja el acceso que tienen las mujeres a la información y al conocimiento biomédico que les permite realizar un análisis acerca de las prácticas obstétricas, así como la posibilidad de argumentar su decisión de dar a luz en su casa. Por ello mismo ahora que las mujeres son más conscientes de la información difundida ampliamente y que anteriormente solo poseía el médico, dan menos importancia a la autoridad del profesional sanitario afirmando la insatisfacción con sus servicios y denunciando la violencia a la que se sienten sometidos <sup>(34)</sup>.

En el Perú, según Paredes (2000) en su estudio “Conocimientos, creencias, actitudes y costumbres en relación al parto domiciliario” concluye que existen factores geográficos, económicos y culturales, así como también los relacionados al tipo de práctica asistencial y la inadecuada organización institucional. Se menciona entre ellos a procedimientos empleados durante la atención como exigencia de

caminar sin atender los deseos de la parturienta, posición ginecológica, episiotomía, tacto vaginal frecuente, prohibición de los familiares a estar presentes durante el parto y el maltrato de los prestadores de salud hacia las parturientas <sup>(35)</sup>.

Valderrama Cruz en su investigación “Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario, en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado. Huamachuco – 2017” encontró la existencia de una relación significativa entre determinados factores con el parto domiciliario, mencionando entre ellos a la edad materna, estado civil, la ocupación, el grado de instrucción y el antecedente de parto domiciliario <sup>(24)</sup>.

Mientras que en el estudio de Mendoza Chuctaya et. al. se considera al parto domiciliario un problema persistente en el Perú resaltando que afecta sobre todo las zonas rurales, las cuales muchas veces resultan poco accesibles geográficamente y donde la población vive en situaciones de pobreza. Menciona, además, que, hechos como un mayor tiempo de viaje al centro de salud y el antecedente de parto domiciliario son factores de riesgo para un parto domiciliario <sup>(2)</sup>.

## 2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Parto domiciliario:** Último parto de la madre que sea domiciliario.
- **Edad:** Número en años de la madre. Considerando como jóvenes hasta los 26 años y como adultas a partir de los 27 años.
- **Grado de instrucción:** Nivel más alto de estudios de la madre.
- **Estado civil:** Situación actual del estado civil de la madre.
- **Atención del parto por personal de salud:** Personal que atendió el último parto de la madre. Considerando al médico, obstetra, enfermera y técnico en enfermería como personal de salud y a la comadrona/partera, un familiar u otra persona como no personal de salud.
- **Antecedente de parto domiciliario:** Algún parto domiciliario, distinto al último parto domiciliario de la madre.

- **Problema de distancia al centro de salud:** Distancia al centro de salud considerado como un problema y como motivo para no acudir a una institución sanitaria para dar a luz.
- **Maltrato de parte del personal:** Situación percibida como una ofensa hacia la integridad de la gestante y como razón para no acudir a la institución de salud registrada en la encuesta.
- **Acude al centro de salud por tradición:** Tradición como razón de inasistencia a la institución de salud registrada en la encuesta.
- **Oposición del esposo/familiar:** Negativa de un tercero como razón de inasistencia a la institución de salud registrada en la encuesta.

## CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

### 3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1.1 Hipótesis general

Los factores socio-demográficos, gineco-obstétricos, institucionales, sociales están asociados con la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019.

#### 3.1.2 Hipótesis específicas

##### Factores socio-demográficos

- Existe asociación significativa entre la edad y la elección del parto domiciliario.
- Existe asociación significativa entre el grado de instrucción y la elección del parto domiciliario.
- Existe asociación significativa entre el estado civil y la elección del parto domiciliario.

##### Factores gineco-obstétricos

- Existe asociación significativa entre la no atención del parto por un personal de salud y la elección del parto domiciliario.
- Existe asociación significativa entre el antecedente de parto domiciliario y la elección del parto domiciliario.

##### Factores institucionales

- Existe asociación significativa entre el problema de distancia al centro de salud y la elección del parto domiciliario.
- Existe asociación significativa entre el maltrato del personal de salud y la elección del parto domiciliario.

##### Factores sociales

- Existe asociación significativa entre no acudir al centro de salud por tradición y la elección del parto domiciliario.

- Existe asociación significativa entre la oposición del esposo y/o familiar y la elección del parto domiciliario.

### 3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

- Variable dependiente:
  - Parto domiciliario
- Variables independientes:
  - Factores sociodemográficos
    - Edad
    - Grado de instrucción
    - Estado civil
  - Factores gineco-obstétricos
    - Atención del parto por personal de salud
    - Antecedente de parto domiciliario
  - Factores institucionales
    - Problema de distancia al centro de salud
    - Maltrato de personal de salud
  - Factores sociales
    - Acude al centro de salud por tradición
    - Oposición del esposo y/o familia.

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo y diseño de investigación que se utilizó en el estudio es de tipo observacional, analítico, cuantitativo y transversal.

- Observacional, pues no se manipularon las variables, la labor del investigador se limitó a la medición de las variables.
- Analítico porque se analizó la asociación entre las diversas variables que se utilizaron en el estudio.
- Cuantitativo, porque a través de métodos estadísticos se establecieron las posibles relaciones entre las variables y se expresaron numéricamente.
- Transversal, porque analizó los datos de las variables en un momento dado, es decir la información correspondiente al año 2019 de la población conformada por las mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario.

### 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.2.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres de 12 a 49 años, residentes en las viviendas particulares de la zona rural de la selva del Perú de acuerdo a la encuesta ENDES 2019.

#### 4.2.2 Tamaño muestral

El tamaño de la muestra fue de 1609 mujeres de 12 a 49 años, residentes en las viviendas particulares de la zona rural de la selva del Perú, los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y se encuentran registradas en la ENDES 2019.

#### 4.2.3 Tipo de muestreo

La muestra se caracterizó por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área rural.

#### 4.2.4 Criterios de selección de la muestra

##### Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil que respondieron voluntariamente el cuestionario individual, mujeres de 12 a 49 años de la encuesta ENDES 2019.
- Mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario.
- Mujeres en edad fértil cuyo parto domiciliario ocurrió en la zona rural de la región selva del Perú.

##### Criterios de exclusión

- Mujeres en edad fértil que no hayan respondido completamente el módulo de embarazo, parto, puerperio y lactancia de la encuesta ENDES 2019.
- Mujeres en edad fértil que no hayan respondido completamente el módulo de nupcialidad, fecundidad, cónyuge y mujer de la encuesta ENDES 2019.

### 4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La tabla de operacionalización de variables se encuentra disponible en el anexo N°9 .

### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente estudio se ingresó a la página web oficial del INEI, en la opción “Microdatos” <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>. Después se ingresó a la sección de “Consulta por encuestas” donde se seleccionó la Encuesta demográfica y de salud familiar 2019, luego se

seleccionó y se descargaron las bases de datos correspondientes. La variable dependiente se encuentra en el archivo de datos REC41 del módulo 69. Las variables independientes se encuentran en los archivos REC0111, REC91, RE516171, REC41, REC94 de los módulos 66, 71 y 69. Luego se procedió a depurar cada base de datos seleccionada dejando solo las variables de interés para el análisis estadístico y las variables de identificación claves. Se unieron las bases de datos depuradas y se formó una nueva base de datos, quedando una muestra de 1609 casos.

#### 4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 26.0 como se explicó en la sección previa, asimismo, el. Las variables cualitativas se analizaron a través de la construcción de tablas de frecuencia y contingencia.

Para evaluar la relación de variables cualitativas o categóricas, se utilizó el estadístico F corregido. Como medida para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó la regresión de Poisson con varianza robusta en modelos crudo y ajustado para determinar las razones de prevalencia (RP) de las variables del estudio.

Para el análisis inferencial se utilizará un nivel de confianza de 95%, una significancia estadística de  $p < 0,05$  y se elaborará el análisis CSPLAN para muestras complejas de acuerdo al diseño de la muestra y considerando al factor de ponderación.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio, tomó como base de datos la encuesta ENDES, en la cual los entrevistadores brindaron el conocimiento necesario a cada participante sobre el consentimiento informado, y recolectaron la información de todo aquel que estuvo de acuerdo en formar parte del estudio. En dicha encuesta no se recolectaron datos personales, por lo

tanto, se garantizó la confidencialidad de cada uno de los participantes. Así mismo, esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 RESULTADOS

En el presente estudio el tamaño de muestra fue 1609 mujeres de 12 a 49 años, residentes en la zona rural de la selva del Perú encuestadas en la ENDES 2019, de las cuales 337 refirieron su último parto como domiciliario, hallándose una prevalencia de 20.9% de partos domiciliarios. (figura 1).

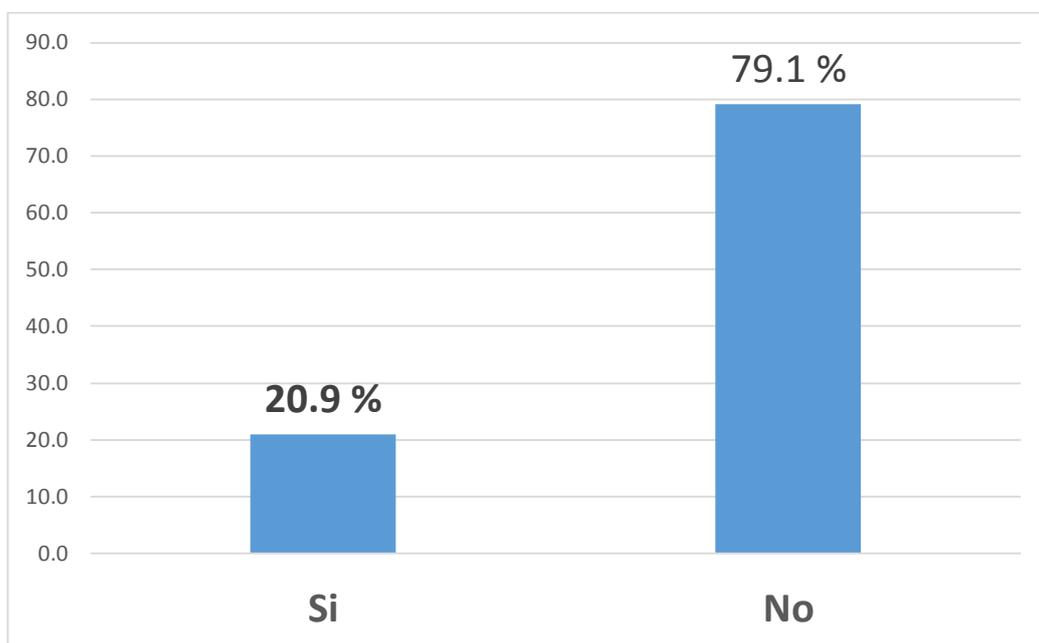


FIGURA 1. Distribución del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

TABLA 1. Análisis univariado de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

FACTORES ASOCIADOS		n	%	Coefficiente de variación (%)	
<b>PARTO DOMICILIARIO</b>	<b>Total</b>	<b>1609</b>	<b>100.0</b>	<b>2.5</b>	
	<i>Si</i>	337	20.9	7.5	
	<i>No</i>	1272	79.1	3.1	
<b>FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS</b>	<b>EDAD</b>	<i>Media +/- DS</i>	29.41	+/- 7.44	
		<i>Jóvenes</i>	654	40.6	3.6
		<i>Adultos</i>	955	59.4	3.0
	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<i>Hasta secundaria</i>	1483	92.2	2.5
		<i>Superior</i>	126	7.8	8.7
	<b>ESTADO CIVIL</b>	<i>Soltera</i>	180	11.2	6.0
		<i>No soltera</i>	1428	88.8	2.6
<b>FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>	<b>ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL DE SALUD</b>	<i>No</i>	300	18.6	7.4
		<i>Si</i>	1309	81.4	3.0
	<b>ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO</b>	<i>Si</i>	327	20.3	8.8
	<i>No</i>	1282	79.7	2.3	
<b>FACTORES INSTITUCIONALES</b>	<b>PROBLEMA DE DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD</b>	<i>Si</i>	42	2.6	14.8
		<i>No</i>	1567	97.4	2.5
	<b>MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD</b>	<i>Si</i>	12	0.7	29.2
		<i>No</i>	1597	99.3	2.5
<b>FACTORES SOCIALES</b>	<b>ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR TRADICIÓN</b>	<i>No</i>	133	8.3	11.5
		<i>Si</i>	1476	91.7	2.7
	<b>OPOSICIÓN DEL ESPOSO Y/O FAMILIAR</b>	<i>Si</i>	6	0.4	37.7
	<i>No</i>	1603	99.6	2.5	

El análisis univariado (Tabla 1) muestra en relación a los factores socio-demográficos que el 40.6% son mujeres jóvenes, el 92.2% refiere como nivel más alto de estudios la secundaria y el 11.2% refieren ser solteras. En lo que respecta a factores gineco-obstétricos, el 18.6% de los casos no recibe la atención del parto por un personal de salud y el 20.3% refiere el antecedente de parto domiciliario. Dentro de los motivos por los que las mujeres no acuden a un establecimiento de salud a dar a luz, en el grupo de factores institucionales el 2.6 % refiere que se debe al problema de distancia al centro de salud, mientras que el 0.7% refiere que se debe al maltrato que reciben por parte del personal de salud. Dentro de los factores sociales el 8.3% refiere no acudir al centro de salud por tradición y el 0.4% por la oposición del esposo y/o familiar.

TABLA 2. Análisis bivariado con F corregida de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019

FACTORES ASOCIADOS			PARTO DOMICILIARIO				F corregida	P valor	
			Si		No				
			n	%	n	%			
FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS	EDAD	Jóvenes	140	41.5	514	40.4	0.2	<b>0.666</b>	
		Adultos	197	58.5	758	59.6			
	GRADO DE INSTRUCCION	Hasta secundaria	332	98.6	1151	90.5	41.5	<b>0.000</b>	*
		Superior	5	1.4	121	9.5			
	ESTADO CIVIL	Soltera	26	7.7	155	12.2	8.6	<b>0.004</b>	*
		No soltera	311	92.3	1118	87.8			
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS	ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL DE SALUD	No	288	85.6	12	0.9	1813.5	<b>0.000</b>	*
		Si	48	14.4	1260	99.1			
	ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO	Si	115	34.3	212	16.6	33,1	<b>0.000</b>	*
No		221	65.7	1060	83.4				
FACTORES INSTITUCIONALES	PROBLEMA DE DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD	Si	38	11.3	4	0.3	209.3	<b>0.000</b>	*
		No	298	88.7	1268	99.7			
	MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD	Si	5	1.5	7	0.6	5.5	<b>0.019</b>	*
		No	332	98.5	1265	99.4			
FACTORES SOCIALES	ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR TRADICIÓN	No	131	38.9	2	0.1	874.3	<b>0.000</b>	*
		Si	206	61.1	1270	99.9			
	OPOSICIÓN DEL ESPOSO Y/O FAMILIAR	Si	4	1.2	2	0.2	12.9	<b>0.000</b>	*
No		332	98.8	1270	99.8				

\* Significativo

En la tabla 2, se observa que los factores socio-demográficos como el grado de instrucción y el estado civil están asociados de manera significativa con el parto domiciliario con un p-valor menor de 0.05. No se halló asociación significativa entre la edad y el parto domiciliario, pues este factor presentó p-valor mayor de 0.05. Los factores gineco-obstétricos como no recibir la atención del parto por un personal de salud y el antecedente de parto domiciliario están asociados de manera significativa con un p-valor menor de 0.05. Los factores institucionales como el problema de distancia al centro de salud y el maltrato del personal de salud están asociados de manera significativa con un p-valor menor de 0.05. Los factores sociales como no acudir al centro de salud por tradición y la oposición del esposo y/o familiar están asociados de manera significativa con un p-valor menor de 0.05.

TABLA 3. Análisis bivariado de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

FACTORES ASOCIADOS		RP CRUDO	IC 95%			
			LI	LS		
FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS	EDAD	Jóvenes	1.023	0.850	1.231	
		Adultos	referencia			
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Hasta secundaria	14.715	3.718	58.240	*
		Superior	referencia			
	ESTADO CIVIL	Soltera	0.855	0.612	1.195	
		No soltera	referencia			
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS	ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL DE SALUD	No	19.724	15.080	25.797	*
		Si	referencia			
	ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO	Si	1.780	1.489	2.128	*
FACTORES INSTITUCIONALES	PROBLEMA DE DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD	No	referencia			
		Si	3.693	3.179	4.291	*
	MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD	No	referencia			
		Si	0.972	0.363	2.600	
FACTORES SOCIALES	ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR TRADICIÓN	No	5.851	5.159	6.635	*
		Si	referencia			
	OPOSICIÓN DEL ESPOSO Y/O FAMILIAR	Si	1.952	0.872	4.367	
		No	referencia			

\* Significativa

En la tabla 3 se observa que factores socio-demográficos como el grado de instrucción hasta la secundaria aumentan la prevalencia de partos domiciliarios con un RPc de 14.71 (IC95%:3.71 – 58.24). Factores como la edad y el estado civil no mostraron asociación significativa con el parto domiciliario pues los intervalos de confianza del RP contiene la unidad. Factores gineco-obstétricos como no recibir la atención del parto por un personal de salud con un RPc de 19.72 (IC95%:15.08 – 25.79) y tener el antecedente de parto domiciliario con un RPc de 1.78 (IC95%:1.48 – 2.12), aumentan la prevalencia de parto domiciliario. Factores institucionales como el problema de distancia al centro de salud con un RPc de 3.69 (IC95%:3.17 – 4.29) aumenta la prevalencia de parto domiciliario. El maltrato del personal de salud no mostró asociación significativa con el parto domiciliario pues el intervalo de confianza del RP contiene la unidad (RPc: 0.97, IC95%: 0.36 – 2.60) Factores sociales como no acudir al centro de salud por tradición con un RPc de 5.85 (IC95%:5.15 – 6.63) aumenta la prevalencia de parto domiciliario. La oposición del esposo y/o familiar no mostró asociación significativa con el parto domiciliario pues el intervalo de confianza del RP contiene la unidad (RPc: 1.95, IC95%: 0.87 – 4.36).

TABLA 4. Análisis multivariado de los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú durante el año 2019. Basado en la ENDES 2019.

FACTORES ASOCIADOS		RP AJUSTADO	IC 95%			
			LI	LS		
FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS	EDAD	Jóvenes	1.051	0.958	1.152	
		Adultos	referencia			
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Hasta secundaria	4.458	1.465	13.565	*
		Superior	referencia			
	ESTADO CIVIL	Soltera	1.065	0.904	1.255	
		No soltera	referencia			
FACTORES GINECO- OBSTÉTRICOS	ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL DE SALUD	No	16.516	12.271	22.231	*
		Sí	referencia			
	ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO	Sí	1.116	1.016	1.225	*
FACTORES INSTITUCIONALES	PROBLEMA DE DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD	Sí	1.113	0.972	1.275	
		No	referencia			
	MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD	Sí	2.536	0.860	7.483	
		No	referencia			
FACTORES SOCIALES	ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR TRADICIÓN	No	1.202	1.093	1.322	*
		Sí	referencia			
	OPOSICIÓN DEL ESPOSO Y/O FAMILIAR	Sí	1.031	0.882	1.206	
		No	referencia			

\* Significativo

En la tabla 4 se observa que las mujeres con un grado de instrucción hasta la secundaria tienen 4.4 más veces la prevalencia de parto domiciliario (RPa: 4.45, IC95%: 1.46 - 13.56). Las mujeres cuya última atención del parto no fue por un personal de salud tienen 16.51 más veces la prevalencia de parto domiciliario (RPa: 16.51, IC95%: 12.27 - 22.23). Tener el antecedente de parto domiciliario ofrece 1.1 más veces la prevalencia de parto domiciliario (RPa: 1.11, IC95%: 1.01 - 1.22). Las mujeres que no acuden al centro de salud a dar a luz por tradición tienen 1.2 más veces la prevalencia de parto domiciliario (RPa: 1.20, IC95%: 1.09 - 1.32), ajustadas a las demás variables. Por otro lado, la edad, el estado civil, la distancia al centro de salud, el maltrato del personal de salud y la oposición del esposo y/o familiar no mostraron una asociación significativa con el parto domiciliario ya que tuvieron un p-valor >0.05.

## 5.2 DISCUSIÓN

El parto domiciliario como practica que se desarrolla en un entorno no clínico, desempeña un papel vital para dar lugar a la muerte materna debido a las múltiples complicaciones maternas que se pueden desarrollar; convirtiéndolo en un importante problema sanitario <sup>(5)</sup>. Se han identificado determinantes ligados a la decisión de optar por un parto en el hogar, estos son múltiples y difieren entre sí de acuerdo a las características de cada futura madre y su entorno <sup>(19)</sup>. Los factores que están asociados de manera estadísticamente significativa son: el grado de instrucción de la madre, el personal que atiende el parto, el antecedente de parto domiciliario y las costumbres de la madre.

No se disponen de datos que enfoquen el parto domiciliario de manera global. En el Perú, Hernández Vásquez et al (2021) <sup>(19)</sup> quienes analizaron la ENDES en el periodo 2015 – 2017, encontraron que los partos domiciliarios representaron el 6.8% de todos los partos a nivel nacional. Respecto al área de estudio la mayoría de publicaciones están enfocadas en poblaciones de áreas bastante específicas como hospitales, centros salud, centros poblados y comunidades centrándose en la región de la costa y sierra; dejando de lado la población amazónica poniendo en evidencia la carencia de estudios realizados en estas áreas a pesar de que para el año 2019 el mayor incremento de muertes maternas ocurrió en los departamentos de San Martín y Ucayali <sup>(3,19,37)</sup>.

Los resultados de esta investigación arrojan una prevalencia de 20.9% de partos domiciliarios en la zona rural de la selva del Perú según la ENDES 2019. Este valor se encuentra por encima de lo hallado por Hernández Vásquez et al (2021) <sup>(19)</sup> quienes encontraron una prevalencia del 18.8% en la región amazónica, siendo la región con mayor proporción de partos domiciliarios en comparación con la región andina y costera, además de la asociación significativa que existe entre habitar una zona rural y una mayor proporción de nacimientos en el hogar fundamentado en el aislamiento que caracteriza a la Amazonía peruana y a la amplia dispersión de los centros de salud en esa región, los cuales siguen siendo un obstáculo para lograr una captación eficaz por parte del sistema sanitario. A nivel internacional, otros estudios aplicados a zonas rurales en países en vías de desarrollo como el de Adewuyi et al (2017) <sup>(16)</sup> encontraron una prevalencia del 78.3% de partos

domiciliarios en la Nigeria rural, cifra muy superior en comparación a la del presente estudio, explicada no solo por la tasa de partos domiciliarios total considerablemente alta (63%) que caracteriza a este país, sino también a la escasa presencia de instalaciones sanitarias, la existencia de una barrera de acceso físico, los efectos que tienen las creencias socioculturales y la pobreza <sup>(16,19)</sup>.

A pesar de que el Perú muestra cifras más alentadoras en la tasa de partos domiciliarios en comparación a países como Nigeria, sigue existiendo una proporción de mujeres que eligen dar a luz en casa y dado que estos presentan peores resultados en la salud materno-perinatal, es imperativo el estudio de los factores que lo condicionan.

La edad materna es un factor sociodemográfico no asociado al parto domiciliario ( $p > 0.05$ ). Este resultado coincide con estudios nacionales como el de Mendoza Chuctaya et al (2018) <sup>(2)</sup> en un centro de salud en la zona rural del Cusco o el de Tarqui et al (2005) <sup>(20)</sup> en la jurisdicción de la Microrred Pachacútec en la provincia del Callao. Así mismo, a nivel internacional en el estudio de Njabulo Numu et al (2019) <sup>(12)</sup> tampoco hallaron una asociación significativa. Sin embargo, Valderrama Cruz (2018) <sup>(24)</sup> en su estudio en el Hospital Leoncio Prado, demostró con una significancia  $P = 0.023$  que el parto domiciliario es más frecuente en las mujeres menores de 19 años. Por ello se entiende que una edad menor en las mujeres está asociado al desconocimiento de las consecuencias de decidirse por un parto en el hogar en comparación a mujeres mayores <sup>(24)</sup>.

Respecto al grado de instrucción, este es un factor sociodemográfico asociado al parto domiciliario ( $p < 0.05$ ), donde a menor grado de instrucción mayor probabilidad de parto domiciliario. Esto es consistente con estudios como el de Hernández Vásquez y colaboradores (2021) <sup>(19)</sup> quienes a nivel nacional evidenciaron que mujeres que cuentan con educación primaria (AOR = 3.15; IC95%: 2.42 – 4.08) o con educación secundaria (AOR = 1.52; IC95%: 1.19 – 1.94) tenían una mayor probabilidad de nacimientos en el hogar en comparación a mujeres con un nivel educativo superior. Así mismo, a nivel internacional Assmie Ayenew y colaboradores (2021) <sup>(5)</sup> en Etiopía, mostraron que las mujeres que no contaban con educación formal tenían casi 5,9 veces más probabilidades de dar a luz en casa (AOR = 5,90; IC95%: 4,42 – 7,88) en comparación con las mujeres que tenían

educación primaria y superior. Por lo tanto, se infiere que un mayor grado de instrucción en las mujeres incrementa las probabilidades de que escogen los establecimientos de salud como lugar de parto conforme se van dando cuenta de los riesgos asociados a los partos domiciliarios no supervisados, pues comprenden que de esa forma salvaguardan la salud de sus hijos y de ellas mismas <sup>(2,12)</sup>.

El estado civil es un factor sociodemográfico no asociado al parto domiciliario ( $p > 0.05$ ). Resultado que concuerda con el estudio de Tarqui y colaboradores (2005) <sup>(20)</sup> donde de igual forma no se halló significancia estadística entre ambos factores ( $P = 0.926$ ). Por otro lado, Valderrama Cruz (2018) <sup>(24)</sup> si evidenció una relación significativa entre el parto domiciliario y el estado civil ( $P = 0.022$ ) demostrando que los partos domiciliarios se dan en su mayoría en gestantes que refieren ser convivientes, vinculando este factor con la influencia de la pareja respecto a decantarse por un nacimiento en el hogar <sup>(24)</sup>.

En el presente estudio, más del 80 % de las mujeres refirió no recibir la atención del parto por un personal de salud, resultado que coincide con Mendoza Chuctaya y colaboradores (2018) <sup>(2)</sup> quienes reportaron que la mayoría de partos domiciliarios en su estudio fueron atendidos por un personal ajeno al establecimiento de salud, como los familiares, siendo esto consecuencia de una mayor predisposición de la familia más cercana sumada a la confianza que generan en la gestante. Además, este factor sociodemográfico se encontró asociado al parto domiciliario ( $p < 0.05$ ), entendiéndose que no recibir la atención del parto por un personal de salud aumenta la prevalencia de parto domiciliario hasta 16 veces. De igual forma Fernández Romani y Mayorga Zárate (1995) <sup>(21)</sup> encontraron que las madres que habitan la zona rural de San Jerónimo en Cusco y que fueron atendidas por un partero son 13 veces más propensas de tener nuevamente un parto domiciliario ( $p < 0,05$   $OR = 13,22$ ). Esto está fundamentado en el respeto del partero hacia la actitud materna y en los resultados satisfactorios que produce la atención de este tipo de personal en las madres de las zonas rurales <sup>(21)</sup>.

El antecedente de parto domiciliario es un factor gineco-obstétrico asociado al parto domiciliario ( $p < 0.05$ ), donde haber tenido un parto domiciliario previo ofrece mayores probabilidades de llevarse a cabo nuevamente. Al respecto se hallaron estudios que coincidieron con este resultado, como la investigación de Tarqui y

Barreda (2005) <sup>(20)</sup> (OR = 1020.3; IC95%: 134.2 – 7480) y la de Mendoza Chuctaya (2018) <sup>(2)</sup> donde se evidenció que el hecho de haber tenido un parto domiciliario incrementa hasta cuatro veces la probabilidad de tener un nuevo parto domiciliario (OR = 4.5; IC95%: 1.01 – 20.5) y donde además indica que se le considera un factor de riesgo que aumenta la mortalidad perinatal <sup>(2)</sup>.

El problema de distancia al centro de salud es un factor institucional no asociado al parto domiciliario ( $p > 0.05$ ). Al respecto no se hallaron estudios que involucren ambos factores y no sean asociados de manera significativa. De forma opuesta, a nivel nacional estudios como el de Hernández Vásquez y colaboradores (2021) <sup>(19)</sup> encontraron que considerar la distancia al centro de salud como un problema se asoció con una mayor proporción de nacimientos en el hogar (OR = 1.32; IC95%: 1.17 – 1.48). Así mismo, a nivel internacional Adewuyi y colaboradores (2019) <sup>(10)</sup> evidenciaron que presentar dificultades relacionadas a la distancia con el centro de salud aumentaron las probabilidades de nacimientos en el hogar en un 47% (OR = 1.47; IC95%: 1.13 – 1.89). Esto se encuentra estrechamente relacionado al tiempo que se requiere para dirigirse a un nosocomio y a su accesibilidad, pues otros estudios mencionaron que vivir a una distancia superior a 90 minutos del establecimiento de salud se asoció con una mayor probabilidad de partos en el hogar [OR=3,2; IC95% 1,08-10,2] <sup>(2)</sup> ; y si además tomamos en cuenta la escasa accesibilidad que caracteriza a los centros de salud de las zonas urbanas de la región amazónica se convierten en hechos que contribuyen a una atención inoportuna de las gestantes y refuerzan su deseo de una atención del parto en casa. Por ello resulta interesante los resultados opuestos encontrados, sin embargo, estos pueden ser explicados debido a la escasa cantidad de mujeres que consideraron la distancia al centro de salud como un problema en comparación con aquellas que refirieron otras razones, pudiendo influir en los resultados.

El maltrato por parte del personal de salud como razón por la cual las gestantes deciden tener un parto en el hogar, resultó como un factor no asociado significativamente al parto domiciliario ( $p > 0.05$ ). Situación que llama la atención pues se sabe que el desarrollo de los partos en casa se relaciona con la decisión de buscar o no atención médica basándose en el trato que reciben los pacientes por parte del personal de salud, pues depende de sus habilidades emocionales y actitudes convertir estos establecimientos en lugares gratos para las personas <sup>(20)</sup>.

No se hallaron estudios que no asocien significativamente ambos factores. Al contrario, Ruiz Bueno (2020) <sup>(22)</sup> en un centro de salud en Cajamarca, encontró que la mayoría de púerperas con parto domiciliario, indicaron haber sufrido algún tipo de mal trato en una atención previa, siendo considerado como un motivo para no regresar una próxima vez. Estos resultados opuestos pueden explicarse debido a la existencia de pocas mujeres que refieren el maltrato como fundamento de un parto domiciliario en relación a las que no lo refirieron pudiendo incidir en los resultados.

No acudir al centro de salud por tradición, se halló asociado significativamente al parto domiciliario ( $p < 0.05$ ), entendiéndose que aquellas gestantes que previamente optaron por un parto en el hogar influenciadas por sus tradiciones, tienen mayor prevalencia de un parto domiciliario. Al respecto, Budu (2020) <sup>(8)</sup> encontró también una asociación significativa, pues la probabilidad de un nacimiento en el hogar es más alta en las mujeres en quienes las prácticas culturales son más predominantes [AOR, 2.50 CI = 1.54–4.06]. Se entiende que en los grupos familiares tradicionales rurales la función de transmisión de creencias está a cargo de la mujer y por lo tanto las futuras madres se verían influenciadas por otras mujeres de su entorno familiar que hayan optado por un parto domiciliario <sup>(38)</sup>.

La oposición del esposo y/o familiar como fundamento para decidirse por un parto en el hogar, solo representó el 1.2% además de no asociarse significativamente al parto domiciliario ( $p > 0.05$ ). No se hallaron estudios que compartan estos resultados. En cambio, Ruiz Bueno (2020) <sup>(22)</sup> halló en su estudio en Cajamarca que en la mayoría de casos en los que se desarrolló el parto domiciliario (74.1%), fue el esposo quien tomó la decisión de quedarse en casa. Este hecho está muy relacionado a las costumbres inculcadas en los varones como jefes de la familia, pues son ellos quienes deben cuidar de su pareja e hijos y en quienes recae la total responsabilidad de cualquier situación que pueda presentarse en el hogar <sup>(22)</sup>. Estos resultados pueden explicarse debido a la escasa cantidad de mujeres que refieren la oposición del esposo y/o algún familiar como razón de un parto domiciliario reflejándose en un desbalance en el tamaño de la muestra, pudiendo influir en los resultados.

La fortaleza de esta investigación radica en el empleo de una base secundaria como fuente de información de datos nacionales como lo es la ENDES, pues permite un desarrollo rápido del estudio al acortar el tiempo dedicado a la obtención de datos. Por otro lado, la principal limitación también se encuentra en su fuente de información, pues si bien todos los ítems necesarios fueron sacados de la tabulación de la base de datos, existieron factores que otros estudios consideraron importantes y que resultaron interesantes de estudiar, pero no pudieron ser agregados a conveniencia propia. Así mismo, debido a la naturaleza observacional y transversal del trabajo, los datos fueron tomados por única vez y por ello no se hizo seguimiento de los mismos.

## CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 CONCLUSIONES

#### CONCLUSIÓN GENERAL:

Los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019; son el grado de instrucción, la atención del parto por un personal de salud, el antecedente de parto domiciliario y no acudir al centro de salud por tradición.

#### CONCLUSIONES ESPECIFICAS:

##### Factores sociodemográficos

- La edad materna no está asociada de manera significativa a la elección del parto domiciliario.
- El grado de instrucción está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.
- El estado civil no está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.

##### Factores gineco-obstétricos

- La atención del parto por un personal de salud está asociada de manera significativa a la elección del parto domiciliario.
- El antecedente de parto domiciliario está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.

##### Factores institucionales

- El problema de distancia al centro de salud no está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.
- El maltrato por parte del personal de salud no está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.

## Factores sociales

- No acudir al centro de salud por tradición está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.
- La oposición del esposo y/o familiar no está asociado de manera significativa a la elección del parto domiciliario.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- El ascenso de la prevalencia de partos domiciliarios en la zona rural de la selva del Perú evidenciado en la investigación, sugiere la realización de más estudios enfocados en esta área geográfica con el fin de evaluar un posible continuo ascenso de partos domiciliarios que influyan en la morbimortalidad materna, pues se hallaron escasas investigaciones realizadas en esa región que impidieron obtener una visión más específica territorialmente.
- Se demostró que tener el antecedente de parto domiciliario y un grado de instrucción hasta la secundaria aumenta la prevalencia de partos domiciliarios, por lo tanto se sugiere aplicar programas de sensibilización dirigido a mujeres habitantes de la zona rural amazónica, que brinden los recursos que les permita elegir la mejor alternativa sobre los cuidados necesarios antes, durante y después del parto, ofreciéndoles total libertad de elección con conocimientos que conlleve a la disminución de casos de partos en el hogar.
- Dado que se halló que la no atención del parto por personal de salud y no acudir al centro de salud por tradición aumenta la prevalencia de partos domiciliarios, se sugiere la implementación de programas de capacitación dirigido a las personas responsables de atender los partos, tales como las parteras o comadronas, con el fin volverlas un complemento del sistema de salud que permita atender partos no complicados y a la vez convertirlas en agentes de cambio cultural, puesto que son personas que ejercen gran influencia en las comunidades rurales.
- Finalmente, se recomienda motivar la realización de más estudios que empleen bases de datos secundarias como la ENDES, pues no solo permiten ahorrar recursos y tiempo dedicado a la preparación de la base de datos, si no también obtener investigaciones que identifiquen rápidamente factores contribuyentes a problemas relevantes para la salud pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mortalidad materna en 2005 Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 [Internet]. Consultado el 25 de setiembre. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/)
2. Mendoza Chuctaya G., Montesinos Segura R., Agramonte Vilca M., Aguirre Tenorio L. Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(4): 377 – 385. Consultado el 25 de setiembre. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000400377](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000400377)
3. Gil CF. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, SE 52. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019; 28 (52): 1334 – 1340. Consultado el 26 de setiembre. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_201952\\_30\\_095358.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_201952_30_095358.pdf)
4. Perú: Encuesta demográfica y salud familiar-ENDES 2019 [Internet]. Consultado el 28 de setiembre. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Endes2019/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/)
5. Assmie Ayenew A, Asres Nigussie A, Ferede Zewdu B. Childbirth at home and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Health. 2021; 79: 48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8042927/>
6. Goshu Muluneh A, Animut Y, Awoke Ayele T. Spatial clustering and determinants of home birth after at least one antenatal care visit in Ethiopia: Ethiopian demographic and health survey 2016 perspective. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20: 97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014695/>
7. Moshi FV, Mbotwa CH. Determinants for choice of home birth over health facility birth among women of reproductive age in Tanzania: an analysis of

- data from the 2015-16 Tanzania demographic and health survey and malaria indicator survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20: 561.  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7517799/>
8. Budu E. Predictors of home births among rural women in Ghana: analysis of data from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. BMC Pregnancy Childbirth.2020 Sep 10;20(1):523.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912164/>
  9. Berhe R., Nigusie A. Magnitude of home delivery and associated factors among child bearing age mothers in Sherkole District, Benishangul Gumuz regional state-Western-Ethiopia. BMC Public Health. 2020; 20: 796.  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251823/>
  10. Adewuyi EO., Khanal V., Zhao Y., David L., Bamidele OD., Auta A. Home childbirth among young mothers aged 15-24 years in Nigeria: a national population-based cross-sectional study. BMJ Open. 2019 Sep 18;9(9):e025494.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31537553/>
  11. Perkins JE., Ehsanur Rahman A., Bakkar Siddique A., Rifat Haider M., Banik G., Tahsina T. Opting for home birth in rural Bangladesh: An assessment of the current status and reasons. Birth. 2019 Jun;46(2):362-370.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30379351/>
  12. Njabulo Nunu W., Ndlovu V., Maviza A., Moyo M., Dube O. Factors associated with home births in a selected ward in Mberengwa District, Zimbabwe. Midwifery. 2019 Jan;68:15-22.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30316175/>
  13. Singh Gurung M., Pelzom D., Wangdi S., Tshomo T., Lethro P., Dema T. Factors associated with delivery at home in Bhutan: findings from the National Health Survey 2012. WHO South East Asia J Public Health. 2018 Apr;7(1):36-42.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29582848/>
  14. Siyoum M, Astatkie A, Mekonnen S, Bekele G, Taye K, Tenaw Z, Yohannes Z, Kassaye Z. Home birth and its determinants among antenatal care-booked women in public hospitals in Wolayta Zone, southern Ethiopia. PLoS One. 2018; 13(9): e0203609.  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6128615/>

15. Yebyo H, Alemayehu M, Kahsay A. Why Do Women Deliver at Home? Multilevel Modeling of Ethiopian National Demographic and Health Survey Data. PLoS One. 2015; 10(4): e0124718.  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398378/>
16. Adewuyi EO., Zhao Y., Auta A., Lamichhane R. Prevalence and factors associated with non-utilization of healthcare facility for childbirth in rural and urban Nigeria: Analysis of a national population-based survey. Scand J Public Health. 2017 Aug;45(6):675-682.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28653565/>
17. Jaramillo Montaña JX., Inga Gualotuña EY., Orbe Orozco SE. Factores que influyen en las mujeres indígenas de la comunidad de Cangahua del cantón Cayambe en la provincia de Pichincha, para elegir un parto domiciliario en lugar de un parto institucional, en el periodo comprendido entre enero 2014 – julio 2017. [Tesis] Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador 2017  
Disponibile en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12905>
18. Vega Palacios CE. Caracterización del Parto Tradicional en la Nacionalidad Cofán-Dureno, Sucumbíos 2016. [Tesis] Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador 2016.  
Disponibile en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/5407>
19. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrice H, Vargas-Fernández BR, Bendezu-Quispe G. Factors associated with home births in Peru 2015–2017: A cross-sectional population-based study. Heliyon. 2021 Mar; 7(3): e06344.  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7938233/>
20. Tarqui C, Barreda A. Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica v.22 n.2 Lima abr./jun 2005.  
Disponibile en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342005000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342005000200005&script=sci_arttext)
21. Fernández Romani JL, Mayorga Zárate SL. Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madres de zona urbana y rural de San Jerónimo. SITUA; 3(5): 31-3, sept. 1994-feb. 1995. Tab.  
Disponibile en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-289576>
22. Ruiz Bueno YM. Factores que influyen para la atención del parto domiciliario en puérperas atendidas en el Centro de salud Huambocancha Baja

- Cajamarca. 2018. [Tesis] Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú 2020.  
Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3729>
23. Estrada Pérez B., Santiago Espinoza KJ. Factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la Microred Chanchamayo –Junín – 2017. [Tesis] Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco, Perú 2019.  
Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/904>
24. Valderrama Cruz SR. Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados al parto domiciliario, en pacientes atendidas en Hospital Leoncio Prado. Huamachuco - 2017. [Tesis] Universidad Cesar Vallejo. Trujillo, Perú 2018.  
Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29241>
25. Custodio-Marroquín JA. Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 – 2016. Rev. cuerpo méd. HNAAA 9(3) 2016.  
Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/112>
26. Chagua Pariona NC. Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 3(1), 2010.  
Disponible en: <https://catalog.ihsn.org/index.php/citations/23003>
27. Cunningham FG., Leveno K., Bloom SL., Dashe JS., Hoffman BL., Casey BM., Spong CY. Williams Obstetricia 25° edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2019, página 421.
28. Norma Técnica N° 105-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de salud para la atención integral de la salud materna, 2013.  
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/compendio-de-normas/>
29. Sedano M., Sedano C., Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 866-873.  
Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>

30. Dejo Bustíos H. Apuntes de Salud y Medicina del Perú antiguo – Antología. Perú: Nóstica Editorial, 2008, página 94.
31. Quiroz L. De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. *Dynamis* 2012; 32 (2): 415-437.
- Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362012000200007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362012000200007)
32. Lossio, Jorge; Iguñiz-Romero, Ruth; Robledo, Pilar. Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.943-957.
- Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8kxHzqCQPpshSswyPNHPhhM/?lang=es>
33. Sánchez Redondo MD., Cernada m., Boix H., Espinosa Fernández MG., González Pacheco N., Martín A. et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(4):266.e1---266.e6.
- Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-parto-domiciliario-un-fenomeno-creciente-articulo-S169540332030151X#:~:text=Los%20partos%20domiciliarios%20tuvieron%20un,partos%20atendidos%20en%20el%20hospital.>
34. Fróes de Oliveira Sanfelice C., Kakuda Shimo AK. Home birth: Understanding the reasons for this choice. *Text Context Nursing*, 2015 Jul-Sep; 24(3): 875-82.
- Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cr9pwrq8z3TKKGLMW5J9hRk/?lang=en>
35. Paredes L., Nuñez M., López R., Segovia E. Conocimiento, creencias, actitudes y costumbres en relación al parto domiciliario. *Ginecol Obstet (Perú)* 2000; 46 (4): 312 – 319.
- Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/915>

- 36.17 objetivos para transformar nuestro mundo. Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. Consultado el 2 de octubre.  
Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
37. Resolución Ministerial No 308-2020-MINSA. Documento técnico: Plan de intervención del ministerio de salud para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19, 2020.  
Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/588245-plan-de-intervencion-para-comunidades-indigenas-y-centros-poblados-rurales-de-la-amazonia-frente-a-la-emergencia-del-covid-19>
38. Comunidades indígenas: Caracterización de su población, situación de salud y factores determinantes de la salud 2012. Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática, 2013.  
Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321157-comunidades-indigenas-caracterizacion-de-su-poblacion-situacion-de-salud-y-factores-determinantes-de-la-salud-2012>

## ANEXOS

### ANEXO N°1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero  
Oficina de Grados y Títulos

---

#### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA ZONA RURAL DE LA SELVA DEL PERÚ, BASADO EN LA ENDES 2019", que presenta la SRTA KATHERINE YASMIN SUSANO REYES, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

---

**Profesor. Ruben Espinoza Rojas**  
**ASESOR DE LA TESIS**



---

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas**  
**DIRECTOR DEL CURSO-TALLER**

Lima, 22 de octubre de 2020

## ANEXO N°2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



### UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

---

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos  
Formamos seres para una cultura de paz

#### **Carta de Compromiso del Asesor de Tesis**

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis de la estudiante de Medicina Humana, SRTA KATHERINE YASMIN SUSANO REYES, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

---

**(Profesor. Ruben Espinoza Rojas)**

Lima, 22 de octubre del 2020

ANEXO N°3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADEMICA.



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

**Facultad de Medicina Humana**  
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1809-FMH-D

Lima, 03 de octubre de 2020

Señorita  
**KATHERINE YASMIN SUSANO REYES**  
Presente. -

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “**FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA ZONA RURAL DE LA SELVA DEL PERÚ, BASADO EN LA ENDES 2019**” presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 29 de octubre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico.  
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

*“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000  
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú | Anexo: 6010  
Email: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina | Telefax: 708-0106

ANEXO N°4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

**COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION**

**FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"**

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**CONSTANCIA**

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

**Título: "FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PARTODOMICILIARIO EN LA ZONA RURAL DE LA SELVA DEL PERÚ, BASADO EN LA ENDES 2019".**

Investigadora:

Yasmin Susano Reyes

Código del Comité: **PG-092-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISION, por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 17 de diciembre del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda  
Presidente del Comité de Etica de Investigación

## ANEXO N°5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Unidad de Grados y Títulos  
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA ZONA RURAL DE LA SELVA DEL PERÚ, BASADO EN LA ENDES 2019" que presenta la Señorita KATHERINE YASMIN SUSANO REYES para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

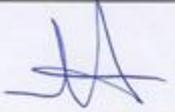
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

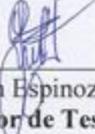
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

  
Dra. Daisy Dalmira Sánchez Padilla  
PRESIDENTE

  
MC. Rafael Ivan Hernandez Patiño  
MIEMBRO

  
MC. Ericson Leonardo Gutierrez Ingunza  
MIEMBRO

  
Dr. Jhony De La Cruz Vargas  
Director de Tesis

  
Mg. Rubén Espinoza Rojas  
Asesor de Tesis

Lima, 25 de Mayo de 2022

ANEXO N°6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DE TURNITIN.

Tesis Factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019

---

INFORME DE ORIGINALIDAD

---

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

16%

★ [repositorio.urp.edu.pe](http://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

---

ANEXO N°7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER DE ELABORACIÓN DE TESIS.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS  
MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

**KATHERINE YASMIN SUSANO REYES**

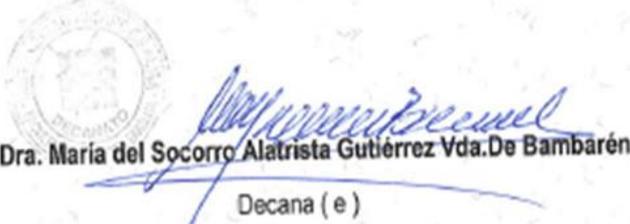
Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA ZONA RURAL DE LA SELVA DEL PERÚ, BASADO EN LA ENDES 2019.**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021

  
**Dr. Jhony De La Cruz Vargas**  
Director del Curso Taller

  
**Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén**  
Decana ( e )

## ANEXO N°8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA				
¿Cuáles son los factores asociados a la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019?				
OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	
Objetivo general	Hipótesis general	Variable dependiente	Diseño de estudio	Población
Determinar la asociación entre los factores socio-demográficos, gineco-obstétricos, institucionales, sociales con la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019.	Los factores socio-demográficos, gineco-obstétricos, institucionales, sociales están asociados con la elección del parto domiciliario en la zona rural de la selva del Perú, basado en la ENDES 2019.	Parto domiciliario	El tipo y diseño de investigación que se utilizó en el estudio fue de tipo observacional, analítico, cuantitativo, transversal.	La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres de 12 a 49 años, residentes en las viviendas particulares de la zona rural de la selva del Perú de acuerdo a la encuesta ENDES 2019.
Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variables independientes	Muestra	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la asociación entre la edad materna y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre el grado de instrucción y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre el estado civil y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre la no atención del parto por un personal de salud y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre el antecedente de parto domiciliario y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre el problema de distancia al centro de salud y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre el maltrato del personal de salud y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre no acudir al centro de salud por tradición y la elección del parto domiciliario.</li> <li>- Determinar la asociación entre la oposición del esposo y/o familiar y la elección del parto domiciliario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe asociación significativa entre la edad y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre el grado de instrucción y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre el estado civil y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre la no atención del parto por un personal de salud y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre el antecedente de parto domiciliario y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa el problema de distancia al centro de salud y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre el maltrato del personal de salud y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre no acudir al centro de salud por tradición y la elección del parto domiciliario.</li> <li>-Existe asociación significativa entre la oposición del esposo y/o familiar y la elección del parto domiciliario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Grado de instrucción</li> <li>• Estado civil</li> <li>• No atención del parto por un personal de salud</li> <li>• Antecedente de parto domiciliario</li> <li>• Problema de distancia al centro de salud</li> <li>• Maltrato del personal de salud</li> <li>• No acudir al centro de salud por tradición</li> <li>• Oposición del esposo y/o familiar</li> </ul>	<p><b>Tamaño muestral:</b> El tamaño de la muestra fue de 1609 mujeres de 12 a 49 años, residentes en las viviendas particulares de la zona rural de la selva del Perú, los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y se encuentran registradas en la ENDES 2019.</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b> Bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área rural.</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mujeres en edad fértil que respondieron voluntariamente el cuestionario individual- mujeres de 12 a 49 años de la encuesta ENDES 2019.</li> <li>-Mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario.</li> <li>-Mujeres en edad fértil cuyo parto domiciliario ocurrió en la zona rural de la región de la selva del Perú.</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mujeres en edad fértil que no hayan respondido completamente el módulo de embarazo, parto, puerperio y lactancia de la encuesta ENDES 2019.</li> <li>-Mujeres en edad fértil que no hayan respondido completamente el módulo de nupcialidad, fecundidad, cónyuge y mujer de la encuesta ENDES 2019.</li> </ul>	
Técnicas e instrumentos de recolección de datos				
Para la realización del presente estudio se ingresó a la página web oficial del INEI, en la opción "Microdatos" <a href="http://inei.inei.gob.pe/microdatos/">http://inei.inei.gob.pe/microdatos/</a> . Después se ingresó a la sección de "Consulta por encuestas" donde se seleccionó la Encuesta demográfica y de salud familiar 2019, luego se seleccionó y se descargaron las bases de datos correspondientes. La variable dependiente se encuentra en el archivo de datos REC41 del módulo 69. Las variables independientes se encuentran en los archivos REC0111, REC91, RE516171, REC41, REC94 de los módulos 66, 71 y 69. Luego se procedió a depurar cada base de datos seleccionada dejando solo las variables de interés para el análisis estadístico y las variables de identificación claves. Se unieron las bases de datos depuradas y se formó una nueva base de datos, quedando una muestra de 1609 casos.				

## ANEXO N°9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Parto domiciliario</b>	Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna.	Ultimo parto de la madre que sea domiciliario	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	0 = NO 1 = SI
<b>Edad</b>	Años de vida cumplidos de una persona.	Número en años de la madre. Considerando como jóvenes hasta los 26 años y como adultas a partir de los 27 años.	Razón	Independiente Cuantitativa	0 = Jóvenes 1 = Adultas
<b>Grado de instrucción</b>	Nivel más alto de estudios realizado o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel más alto de estudios de la madre.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0 = Hasta secundaria 1 = Superior
<b>Estado civil</b>	Situación de convivencia administrativamente reconocida de una persona.	Situación actual del estado civil de la madre.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Soltera 1 = No soltera
<b>Atención del parto por personal de salud</b>	Persona que participa en el parto.	Personal que atendió el último parto de la madre. Considerando al médico, obstetra, enfermera y técnico en enfermería como personal de salud y a la comadrona/partera, un familiar u otra persona como no personal de salud.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
<b>Antecedente de parto domiciliario</b>	Circunstancia anterior durante la cual el parto fue atendido en el domicilio de la gestante.	Algún parto domiciliario, distinto al último parto domiciliario de la madre.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Si 1 = No

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Problema de distancia al centro de salud</b>	Distancia considerada lo suficientemente apartada por la cual la gestante decide no acudir a una institución de salud.	Distancia al centro de salud considerado como un problema y como motivo para no acudir a una institución sanitaria para dar a luz.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Si 1 = No
<b>Maltrato del personal de salud</b>	Situación que la gestante percibe como ofensiva hacia su integridad, dada por parte del personal de la institución de salud.	Situación percibida como una ofensa hacia la integridad de la gestante y como razón para no acudir a la institución de salud registrada en la encuesta.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Si 1 = No
<b>Acude al centro de salud por tradición</b>	Costumbre que se comunica, se transmite o se mantiene de generación en generación.	Tradición como razón de inasistencia a la institución de salud registrada en la encuesta.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
<b>Oposición del esposo y/o familiar</b>	Negativa por parte del esposo o familiar para acudir a una institución de salud.	Negativa de un tercero como razón de inasistencia a la institución de salud registrada en la encuesta.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Si 1 = No