UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"MANUEL HUAMÁN GUERRERO"

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE GESTANTES ADOLESCENTES: ANALISIS SOCIOECONOMICOS UTILIZANDO LA ENCUESTA ENDES – INEI, PERU 2014-2018

PRESENTADO POR LA BACHILLER EN MEDICINA HUMANA

KOBAYASHI GAMBOA, ESTEFANÍA LISSET

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Ph. D., MCR, MD
Director de tesis

Dr. Alfonso Gutiérrez Aguado, MD, Msc
Asesor

LIMA-PERÚ
2020

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme salud todos los días y permitirme haber estudiado esta hermosa carrera.

Agradezco a mi padre, a quien amo con todo mi corazón y admiro mucho por su gran vocación profesional y por el apoyo incondicional. A mi madre quien me dio fuerzas y me alentó en todo momento de mi carrera y ha estado conmigo en los momentos más difíciles.

Agradezco a mi asesor Dr. Alfonso Gutiérrez Aguado y un agradecimiento especial a Rubén Espinoza que me brindo parte de su poco tiempo libre para orientarme en la finalización de la tesis

DEDICATORIA

A Dios, por darme mucha salud. De la misma manera a mis padres que estuvieron a mi lado durante estos años de carrera y me brindaron todo su apoyo incondicional. Así mismo, está dedicado a cada persona que contribuyó a la realización de este trabajo.

RESUMEN

Objetivos: Determinar el acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en Perú en los años 2014-2018. **Método:** El trabajo fue de tipo observacional, retrospectivo, analítico, transversal de datos recogidos en la Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2018. El tamaño de la muestra fue de 2221 mujeres de 10 a 19 años que estuvieron gestando durante la encuesta. **Resultados:** Se determinó que del total de las gestantes adolescentes encuestadas, el 76.3.% tienen acceso a los servicios de salud, mientras el 23.7% no tiene acceso a los servicios de salud y teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos, se obtuvo que vivir en el área urbana (OR: 1.036, 0.88-1.200), pertenecer a Lima Metropolitana (OR:0.660, 0.530-0.820), haber culminado los estudios hasta primaria (OR: 1.390, 1.070-1.820) y estar en los quintiles de pobreza (OR: 1.970, 1.590-2.450) tienen mayor probabilidad de acceder a servicios de salud. **Conclusión:** El acceso a los servicios de salud en el Perú fue de 76.3%, se encontró que el acceso a los servicios de salud según la región natural, el grado de instrucción y que en los quintiles de pobreza fueron estadísticamente significativos, mientras que el área de residencia fue estadísticamente no significativo.

Palabras claves: Acceso a los servicios de salud, gestantes adolescentes, aspectos socioeconómicos

ABSTRACT

Objectives: To determine the access to health services of teenage pregnant women in Peru in the 2014-2018 period. **Method**: An observational, retrospective, analytical, cross-sectional study was conducted based on data collected by the Demographic and Family Health Survey (ENDES) from 2014 to 2018. The sample is 2221 women from 10 to 19 years that were brewing during the survey. **Results:** It was determined that of the total adolescent pregnant women surveyed, 76.3% have access to health services, while 23.7% do not have access to health services and take into account socio-economic aspects, they have to live in the urban area (OR: 1.036, 0.88-1.200), belonging to Metropolitan Lima (OR: 0.660, 0.530-0.820), having completed studies until primary (OR: 1.390, 1.070-1.820) and being in the poverty quintiles (O: 1,970, 1,590-2,450) are more likely to access health services. Conclusion: Access to health services in Peru was 76.3%, it was found that access to health services according to the natural region, the degree of education and that in the poverty quintiles were statistically significant, while the Residence area was statistically not significant.

Keywords: Access to health services, teenage pregnant women, socioeconomic aspects

ÍNDICE **PÁGINA**

AGRADECIMIENTO
RESUMEN 4
ABSTRACT 5

1. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1 Descripción de la realidad problemática 7
1.2 Formulación del problema 8
1.3 Justificación de la investigación 9
1.5 Delimitación del problema 9
1.5 Objetivos 10
1.5.1 Objetivos generales 10
1.5.2 Objetivos específicos 10

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO
2.1 Antecedentes de la investigación 11
2.1.1 Antecedentes Internacionales 11
2.1.2 Antecedentes Nacionales 13
2.2 Bases teórica 16
2.3 Definición de conceptos operacionales 21

3. CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES
3.1 Hipótesis: general y específica 22
3.2 Variables principales de la investigación 22

4. CAPITULO IV: METODOLOGÍA
4.1 Tipo y diseño de la investigación 23
4.2 Población y muestra 23
4.3 Operacionalización de variables 23
4.4 Técnica de recolección de datos 24
4.5 Recolección de datos 24
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos 24

5. CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN
5.1 Resultados 25
5.2 Discusión 29

6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
6.1 Conclusiones 33
6.2 Recomendaciones 33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 34
ANEXOS 39

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La adolescencia es la etapa que permite dar paso de la niñez a la adultez, donde se producen muchos cambios biológicos, psicológicos y sociales, muchas de las cuales generan crisis, conflictos y contradicciones, y todo esto va a depender mucho de cómo es el entorno social y familiar de la persona, de esta manera se van a desarrollar o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no deseado; pero estas decisiones y comportamientos en el ámbito sexual serán diferentes en cada adolescente [1]

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2017 dio las últimas estimaciones en el Perú donde se observa que 12 de cada 100 adolescentes entre los 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez, dando como resultado a un incremento de 12.7% a 13.4% en la prevalencia de embarazos en adolescentes entre los años 2016 y 2017. [2]

Se ha visto que los países en vías desarrollo son los más vulnerables, hecho que pone en alerta y preocupación a estos países, quienes no están preparados para afrontar estos tipos de problemas, incrementándose la pobreza
Todo esto es mucho más alarmante en aquellos países con bajos recursos lo que demuestra una estrecha relación entre la tasa de embarazos adolescentes de los países y su nivel de desarrollo. Se agrega las consecuencias psicológicas que trae consigo un embarazo en la adolescencia en donde la joven aún no está preparada para vivir esa etapa, de esta manera poner en desequilibrio su proceso de desarrollo, de igual manera hay consecuencias que repercuten en el embarazo y en el futuro hijo, puesto que muchas adolescentes gestantes presentan cuadros de mal nutrición, repercutiendo en el desarrollo del bebé pudiendo llevar a un bebé con bajo peso y requerir cuidados especiales, puede haber mayor número de

abortos espontáneos, también se ha visto que hay más casos de partos prematuros y otras complicaciones obstétricas.[3]

Según la Organización Mundial de la Salud[4], alrededor de 303 mil mujeres habrían muerto por alguna razón asociada al embarazo, 2.7 millones de niños habrían muerto en los primeros 28 días de vida y 2.6 millones de mortinatos en el 2015, cifras alarmantes y preocupantes; es por eso la importancia de un control durante todo el embarazo y el parto, pudiéndose prevenir todas estas muertes innecesarias, sin embargo los datos muestran que solo un 64% de gestantes reciben 4 o más controles prenatales teniendo un control adecuado, mientras que el otro porcentaje son las más afectada al recibir menos controles prenatales Y habría que enfocarse mucho más en la población que tiene más vulnerabilidad de tener complicaciones, como son las adolescentes embarazadas.[4]

Según la Organización Panamericana de la Salud[6], aún hay muy pocas personas afortunadas de poder tener un acceso a servicios integrales de salud en la región de América, existiendo todavía la inequidad y desigualdad.[5] luego encontramos datos según el Banco Mundial, en donde en la región de las Américas entre el 2013 y el 2014 hubieron 1.2 millones de muertes debido a que muchas de estas personas no contaban con servicios de salud accesibles de calidad y oportunos. Así mismo se encontraron datos en donde Perú, Colombia, Brasil y Aregentina utilizan muy poco los servicios de salud que se les ofrecen, es especial aquel servicios básico que es preventivo; encontrándose que solo 15% a 20% de toda la población tiene al menos una consulta preventiva de salud durante el año, y siendo estos valores mucho menos en aquellos que tienen pocos recursos y/o ingresos.[6]

1.2 Formulación del problema

¿Existe acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes teniendo en cuenta aspectos socioeconómicos?

1.3 Justificación de la investigación

La salud es muy importante, es un derecho fundamental que tienen todas personas, todo ser vivo, para que este derecho sea efectivo debe de existir un acceso oportuno, asequible y aceptable a los servicios de atención de salud. Sin embargo se ha visto que el acceso a los servicios de salud todavía sigue siendo un reto importante para los Sistemas de salud, sobre todo en aquellos países con bajo y/o mediano ingresos, es por ello que el acceso a los servicios de salud es un de los puntos a tratar en la agenda mundial para el desarrollo, donde se hace énfasis asegurar prestaciones médicas y protección financiera a todas las personas.

A parte de esto, se tiene en conocimiento que hay pocas políticas públicas de salud orientadas a las necesidades y demandas de los jóvenes y adolescentes quienes están en una etapa de diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, sobre todo en las mujeres que por falta de conocimientos sobre educación sexual y servicios de orientación y consejería pueden llegar a tener un embarazo no deseado, no planificado [7]

Sumado a todo esto una vez que la adolescente queda embarazada, el riesgo de complicaciones durante el embarazo es mucho mayor que en aquellas mujeres con más años de edad. Es por ello que la preocupación en las embarazadas se enfatiza más en el grupo de las adolescentes.

El presente estudio plantea determinar el acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en el Perú para el periodo 2014-2018 obtenidos de la ENDES y establecer la asociación entre el acceso a los servicios de salud y las variables socioeconómicas.

1.4 Delimitación del problema

Mujeres entre 10 a 19 años que estén embarazadas y que respondieron las preguntas de la encuesta ENDES para el periodo 2014-2018.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General

- Determinar el acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en el Perú en el año 2014-2018

1.5.2 Objetivos Específicos

- Establecer la asociación del acceso a los servicios de salud y el área de residencia.
- Establecer la asociación entre el acceso a los servicios de salud y la región natural.
- Establecer la asociación entre a los servicios de salud y el grado de instrucción.
- Establecer la asociación entre el acceso a los servicios de salud y los Quintiles de bienestar.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Restrepo-Zea JH y colaboradores (2014) publicaron un artículo titulado: “Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia” cuyo objetivo fue delimitar bien la noción sobre el acceso e identificar obstáculos al acceso en 3 zonas de Medellín, llegando a la conclusión: que uno de los obstáculos para poder acceder a los servicios de salud fue el poco conocimiento sobre derechos y deberes de los usuarios, esto lleva a que no reconozcan sus derechos y no puedan exigir lo que les corresponda. La barrera geográfica también es mencionada sobre todo en la ciudad de San Cristóbal, pero está en todas las regiones, así mismo existe dificultades para acceder a los servicios del primer nivel y en otros puntos de los servicios del sistema de salud.[8]

El Instituto nacional de la mujeres (México 2017), publicaron el artículo: “Análisis del embarazo adolescente en la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y mujeres” en donde se utilizaron los datos de la ENIM 2015, Se obtuvo como resultados: importantes diferencias según los quintiles del índice de riqueza en donde los más pobres(quintil I y II) (60%) ya han estado embarazadas antes de los 20 años y en los quintiles donde hay mayor riqueza (quintil V) solamente una cuarta parte embarazo temprano, mientras que en los quintiles III y IV no hay diferencias significativas. Y por último, se evidenció que en las zonas rurales es donde hay mayor porcentaje de embarazadas antes de los 20 años.[9]

Maria Fernanda Gómez Rodriguez y Sonia Yereth Gonzalez Osorio en su tesis: “Factores determinantes del embarazo en la adolescencia en Colombia: Revisión sistemática de la literatura” planteó el objetivo de identificar cual era la prevalencia y los causas que se asocian al embarazo en la adolescencia desde 1990 hasta

2014, para lo cual se hizo una revisión de la literatura de 36 artículos y se utilizó la encuesta nacional de demografía y salud; llegando a la conclusión que el embarazo adolescente ha aumentado con el tiempo pero esto va a de depender mucho de la región y se determinó que los factores más asociados al embarazo adolescente fueron: bajo nivel socioeconómico, el bajo grado de educación, el tipo de unión con la pareja y pobre conocimiento sobre la sexualidad.[10]

Lady Johana Virgüez Moreno, presentó su tesis titulada "Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén" en Bogotá 2015, quiso objetivar: Analizar las barreras y facilitadores presentes en el acceso a la atención en salud de la población de jóvenes de 14 a 28 años en Usaquén, que tuvo como conclusión de que las características sociodemográficas como: la edad, sexo, grado de escolaridad, estrato socioeconómico, son determinantes frente al acceso a los servicios de salud, estos a su vez estarán mediados por las necesidades que tengan los jóvenes. Se encontró que las fechas, los horarios de las citas, la demora en las citas y el trámite para obtener una cita son los principales factores por los cuales los jóvenes no acuden a los servicios de salud.[11]

Jiménez, S y colaboradores (2018), publicaron el artículo con el título "INEQUIDAD EN EL ACCESO A SALUD EN CHILE: ESTUDIO MULTIFACTORIAL BASADO EN LA ENCUESTA CASEN DEL AÑO 2013", obteniendo como conclusión que a partir del análisis multifactorial desarrollado, no se puedo identificar la existencia de inequidad en el acceso a salud en los servicios de salud país, y las variables no se relacionan directamente en los servicios de salud. Sin embargo en el estudio se pudo establecer la desigualdad en las condiciones de acceso a servicios de salud, habiendo mucha población que no cuenta con acceso a atención de salud.[12]

Francisco Gálvez Henry y colaboradores (Venezuela) publicaron el trabajo con el título: “Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia” teniendo como población a 45 gestantes de 12 a 19 años en una urbanización en Venezuela. Llegaron a la conclusión que predominaban las adolescentes de 17 a 19 años (60%), en cuanto a la escolaridad, un mayor porcentaje solo había culminado educación secundaria (57.8) sin haber iniciado grado superior, de igual manera predominaron las adolescentes solteras y en mala situación económica. [13]

2.1.2 Antecedentes Nacionales

César Félix Enrique Longaray Chau, presentó una tesis titulada “Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud” fue un estudio donde se obtuvo los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) en el 2007 y se planteó como objetivo determinar cuál era la importantcia del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en la población más pobre del Perú (corresponde a los quintiles 1 y 2) y determinar si los factores socioeconómicos influyen en el acceso a los servicios de salud, llegando a la conclusión que efectivamente el SIS tiene un impacto positivo sobre el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos pero sobre todo más importancia en aquellos quintiles de pobreza extrema (quintil 1 y 2) , así mismo vivir en área urbana, ser varón, no tener servicios higiénicos adecuados, tienen influencia negativa sobre el acceso a los servicios de salud.[14]

Ximena Alexandra Díaz Muro, en su tesis titulada “ASOCIACIÓN ENTRE EDUCACIÓN Y EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS EN EL PERÚ EN EL AÑO 2015” tuvo como objetivo: determinar si existía relación entre la educación y el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Perú en el año 2015, utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de dicho año y Base de datos INFOMIDIS (MIDIS; 2015). Se llegó a la conclusión

que si hubo una relación en adultos de 60 años a más ($p<0.01$) y tasa de analfabetismo en mayores de 15 años de edad ($p=0.04$).[15]

Akram Hernández, en su artículo titulado “Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú” buscó hallar los determinantes y los efectos de estar afiliados al SIS y si esto proporciona cobertura en la protección social y al acceso a servicios de salud en el Perú. Se concluyó que hay una importancia significativa de la cobertura de SIS para toda la población en general, pero más importante en las personas en pobreza y extrema pobreza facilitándoles la atención ante un problema de salud. De igual modo se evidenció que tener DNI, ser mujer, tener menos de 18 años, ser adulto mayor son características que toman más en cuenta para afiliar al SIS y finalmente se llegó a la conclusión que afiliar a una persona al SIS no asegura el acceso a los servicios de salud. [16]

Estrella Beels Rojas(2019) presentó su tesis titulada “Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018” que tuvo como conclusión: Se encontraron algunas causas para el embarazo adolescente: no tener estudios, no tener padres, nivel educativo inferior del padre, mientras que no son factores de riesgo: la menarquia, el inicio de las relaciones sexuales, tener conocimiento sobre sexualidad y el nivel educativo de la madre.[17]

Sanchez Garcia, Milagros(2019) realizó su tesis titulada “Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el instituto nacional materno perinatal, 2019” , quiso hallar cuáles eran los principales factores en el embarazo adolescente, dando como resultado: hay mayor cantidad de: gestantes de 17-19 años (88%), de aquellas que no planificaron su embarazo (90%), predominio de familia desintegrada (64%), terminaron educación secundaria(60%), no recibir apoyo económico de sus padres (68%), idea de uso de métodos anticonceptivos(68.4%). Se llegó a la conclusión que hay más familias

desintegradas en las adolescentes gestantes y estas tienen a acabar sus estudios básicos para después salir gestando.[18]

Walter Mendoza y Gracia Subiría (2013) presentaron un artículo titulado: “El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas” en donde hicieron recolección de datos de los últimos 20 años, enfatizando las inequidades de las gestantes adolescentes entre los 15 a 19 años. Hallando como resultados que el embarazo adolescente permaneció en una tendencia del 12 al 13%, aquellas zonas donde hay más pobreza hay mayor número de gestantes adolescentes, durante esos 20 años hubo una tendencia leve al aumento de embarazo adolescente en las áreas urbanas y disminuir en las áreas rurales puesto que el Perú cada vez se urbanizaba más, así mismo se encontró que la mayor parte de las gestantes adolescentes se encontraban en la sierra y la selva, siendo muy poco el porcentaje en Lima metropolitana, de igual manera encontraron que con el paso de los años hubo un leve aumento de aquellas gestantes adolescentes que tenían cada vez mayor nivel de educación. [19]

Angulo Aguirre Elsa Maria(2019) presentó la tesis titulada “Embarazo adolescente y su impacto socio-económico en el servicio de gineco-obstetricia del hospital docente madre niño San Bartolomé en el periodo Diciembre 2018- Enero 2019” teniendo como resultados: que el 86% de las adolescentes cuentan con secundaria incompleta, el 9% con primaria incompleta y el 5% había terminado sus estudios; en lo que respecta al porcentaje de fracaso de pareja tenemos que el 63% de las adolescentes gestante no tiene pareja y el 37% si tiene pareja; en cuanto al número de hijos que tiene cada una de las adolescentes el 88% tiene un solo hijo, el 10% tiene 2 hijos y el 2% tiene 3 hijos y en relación al porcentaje de desempleo el 79% se dedica a ser Ama de casa y el 21% trabaja. El embarazo adolescente altera el proyecto de vida de este grupo etario, repercutiendo en su esfera social y económica, disminuyendo así la posibilidad de calidad de vida.[20]

Yesenia Jaqueline Cervera Rinza en su tesis titulada “Factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, 2018” cuyo objetivo era ver cuáles eran los factores asociados al embarazo adolescente, dividiéndolos en 3 categorías: en la primera categoría agrupó a los factores individuales encontrando que el estado civil, la ocupación, grado de escolaridad, la utilización de métodos anticonceptivos y la edad de la adolescente tienen asociación con el embarazo adolescente, así mismo en la segunda categoría agrupó a los factores familiares, hallando que el grado de escolaridad de los padres y que algún miembro de la familia haya salido embarazada durante la adolescencia estuvieron asociados al embarazo adolescente; y en la última categoría agrupó a los factores sociales, encontrando que el número de personas que viven en la casa tiene asociación con el embarazo adolescente.[21]

2.2 Bases teóricas

Acceso a los servicios de salud.

Se define como “la capacidad que desarrolla una persona o grupo de personas para buscar y obtener atención médica”[22], siendo esta definición la más aceptada, sin embargo se pueden encontrar otras definiciones, por ejemplo para Andersen, se define como “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario” [23]; mientras que Cromely y McLafferty lo definen como “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”. [24]

De estas definiciones resalta un aspecto importante que es tener la capacidad de buscar la ayuda que se necesite y acudir a los servicios de salud y que estos puedan resolver dichas necesidades Hay ciertas características que se tiene que tener en cuenta para que esta persona vaya a buscar la ayuda en los servicios de salud como el sexo, edad, como se encuentra de salud y/o como la percibe, la disponibilidad de recursos, los horarios y la calidad de atención, las facilidades de obtener un transporte, o la misma cultura que tengan las personas. [25]

Accesibilidad a servicios de salud.

La salud es la clave para el bienestar de las personas, en Perú se ha estado trabajando en colocar un sistema de salud de forma universal desde hace mucho tiempo, otorgando servicios de salud a todas las personas, haciendo a un costado la inequidad y/o exclusión; de esta manera se necesita contar con lugares donde se pueda realizar la atención médica y personal de salud dispuestos a que se atienda las necesidades de la población.

Para que considerar un acceso a los servicios de salud efectivo, se debe de tener en cuenta dos aspectos fundamentales, uno de ellos es la disponibilidad, es decir como ejemplo: contar con un seguro permanente, en este caso tengo un seguro de salud sin embargo eso no garantiza que vaya hacer uso de ese seguro; ahí es cuando interviene el segundo aspecto que es la accesibilidad a los servicios de atención médica teniéndose en cuenta la distancia, los horarios de atención, la capacidad y cualidades que tenga la persona para poder demandar servicios.

El lugar donde vive una persona también es un punto muy importante que va a determinar las condiciones de salud de las poblaciones, así como los problemas de accesibilidad, como se ve reflejado en los lugares como la sierra donde la geografía influye sobre las transiciones epidemiológicas, demográficas y nutricionales, limitando de esta manera la integración política y económica, por lo cual todavía continúan las inequidades y exclusión social.[26]

Dimensiones de la accesibilidad en salud.

Las dimensiones, son claves para entender el problema de la accesibilidad. Se agrupan en cinco grupos o dimensiones: “económicos (niveles de ingreso), sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad), geográficos (distancia física y relieve), seguridad (acceso libre de riesgos) y organizacionales (administración y gestión de servicios)"

Económicos	Físicos y territoriales	Administrativos	Geográficos	Culturales	Seguridad
Transporte	Distancia	Organización de los servicios de salud	Distribución de las unidades médicas y proximidad	Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación)	Facilidad de acceder, trasladarse y llegar sin contratiempos
Costo	Tiempo	Programas	Equidad	Etnicidad	
Medicamento			Igualdad locacional	Religión	
Traslado					
Movilidad					

Todos estos puntos mencionados en el recuadro, son importantes para poder tener acceso a un servicio de salud, porque no solo se debe contar con establecimientos de salud, personas capacitadas para atender la salud, sino que también depende mucho que las personas puedan acudir a dichos lugares, pero para hacerlo depende por ejemplo del ingreso monetario de la persona, de la distancia de un lugar a otro, las formas como movilizarse hacia dicho lugar de atención. Son muchos factores que influyen en la accesibilidad. [26]

La Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud define a esta etapa de la vida como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que “se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, esta fase de crecimiento y desarrollo va a venir condicionada por diversos procesos biológicos.”[27]

Según la UNICEF, la adolescencia se puede clasificar en:

La adolescencia temprana.

Periodo que abarca desde 10 años hasta 14 años, iniciándose los cambios físicos y sexuales, empezando por un crecimiento excesivamente rápido seguido del desarrollo de los órganos sexuales y los caracteres sexuales secundarios que

afecta el comportamiento de estos jóvenes. Todos estos cambios que se producen durante esta faceta son mucho más rápido en las niñas en donde empiezan uno o dos años antes que los varones. En esta etapa de la vida a parte de los cambios corporales que se producen rápidamente, los niños y niñas pueden experimentar curiosidad y ansiedad cuando no saben si todo estos cambios son normales o no, pudiéndose general conflictos sobre su identidad de género, ser víctimas de acoso. [28]

La adolescencia tardía.

Periodo que abarca desde 15 años a 19 años de edad y pone fin a la etapa de la adolescencia para dar inicio de la adultez, es durante esta etapa que se espera que el adolescente tenga un proyecto de vida mucho más claro y que ponga en práctica aquellos proyectos en mente o que al menos tenga planeado hacerlos en un futuro. Durante esta etapa aún continúa el desarrollo corporal al igual que el cerebro. En esta época el adolescente debería tener una aceptación de su imagen propia, ya debería haber una consolidación en el aspecto psicológico, sobre todo en el área social, comienza a aumentar notablemente el pensamiento analítico y reflexivo.[28]

Embarazo Adolescente.

Embarazo adolescente o embarazo precoz “es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen”. [29]

Causas del embarazo adolescente.

En algunas sociedades, “el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana,

el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades", en "las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados".[30]

Existen varias causas, pero la más importante es "la falta de educación sexual. Los padres de familia muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. Entre otras causas se encuentran también:

- La insuficiente información que tenemos acerca de la sexualidad y los anticonceptivos.
- Falta de madurez.
- Desconocimiento o falta de cultura sexual.
- Violación (en algunos casos)
- El temor para preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos
- Simplemente por curiosidad

2.3 Definiciones de conceptos operacionales

Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes: Es la capacidad que desarrolla una persona de 10-19 años embarazada para buscar y obtener atención médica (seguro de salud).

Región Natural: Persona entrevistada que al momento de la encuesta se encuentra en la Lima metropolitana, resto de la costa, sierra y selva.

Área de residencia: Persona entrevistada que al momento de la encuesta se encuentra viviendo en zona urbana o rural.

Grado de instrucción: Persona que al momento de la encuesta refiere educación primaria o educación secundaria/educación superior.

Quintiles de bienestar: Persona que al momento de la encuesta se encuentra en el quintil I,II, III,IV, V.

CAPÍTULO III HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

- Existe acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en el Perú 2014-2018

3.1.2 Hipótesis Específicas

- Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud de las gestantes adolescentes y el área de residencia
- Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud de las gestantes adolescentes y la región natural.
- Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud en las gestantes adolescentes y el grado de instrucción
- Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud en las gestantes adolescentes y los quintiles de bienestar

3.2 Variables principales de investigación

Variable independiente

- Grado de instrucción
- Quintiles de bienestar
- Área de residencia
- Región Natural

Variable dependiente

- Acceso a los servicio de salud de adolescentes gestantes

CAPÍTULO IV METODOLOGIA

La presente tesis fue desarrollada en el contexto de V CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.[31]

4.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño de este trabajo es Observacional porque no se manipula ni se interviene en las variables, retrospectivo porque se tomó datos de la encuesta ENDES de los años 2014-2018, analítica transversal porque se medirá la relación entre variables

4.2 Población y muestra

La población constituyó los datos registrados en la ENDES 2014 al 2018, de donde se extrajo como muestra 2221 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Mujeres que se encontraban embarazadas
- Mujeres entre los 10 a 19 años

Criterios de exclusión

- Mujeres que no estuvieron gestando
- Toda mujer menor a 10 años y mayor a 19 años

4.3 Operacionalización de variables

Ver anexos

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para obtener la información se accedió primero a la base de datos (microdatos) ubicada en la página oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y se accedió a la Encuesta demográfica y Salud Familiar (ENDES) de donde se recolecto toda la información.

4.5 Recolección de datos

Se hizo la recolección de los datos a través de la Encuesta demográfica y Salud Familiar-ENDES en el periodo 2014-2018 hecho por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La base de datos fue descargada en formato SPSS versión 25.0. Se procedió a realizar el análisis univariado determinando frecuencias absolutas y frecuencias relativas de las variables estudiadas. Al ser las variables de tipo cualitativas dicotómicas, el análisis bivariado se realizó inicialmente calculando chi cuadrado, luego según su grado de libertad se determinó el valor p para definir asociación; para determinar la fuerza de asociación se prosiguió a calcular el Odds ratio a un intervalo de confianza de 95%. Presentamos los resultados con tablas de doble entrada y gráficos de barra.

CAPITULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Tabla 1. Muestra de gestantes adolescentes en Perú, 2014-2018

Año	Abs	%
Total	2221	100.0
2014	696	31,3
2015	410	18,5
2016	378	17,0
2017	386	17,4
2018	351	15,8

Fuente: INEI –ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR (ENDES)

El total de la muestra de gestantes adolescentes fue de 2221, en donde un 31.3% perteneció al año 2014, 18,5% al año 2015, 17,0% al año 2016, 17,4% al año 2017 y 15,8% en el año 2018.

Tabla 2. Característica de las adolescentes gestantes, Perú 2014-2018

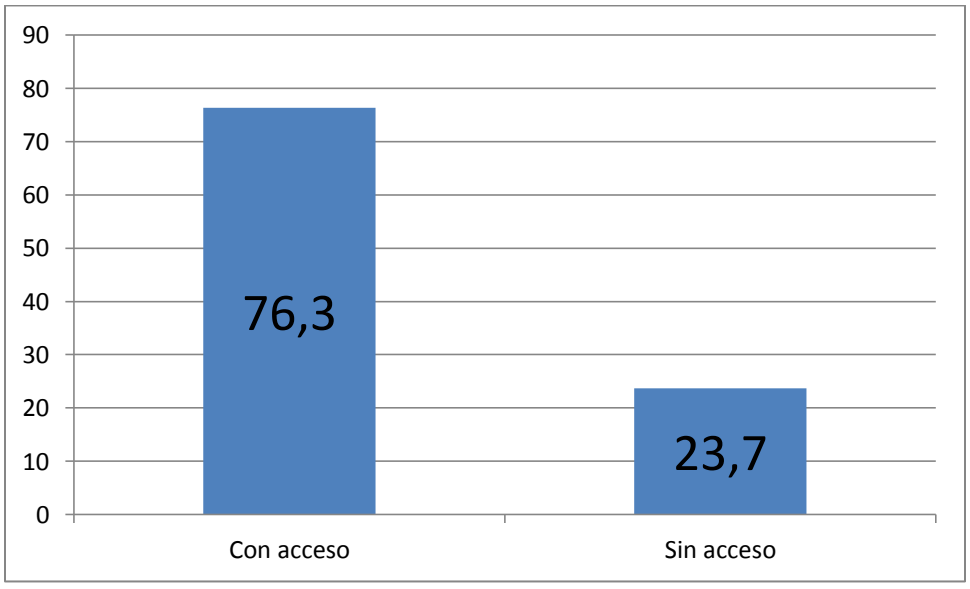
		Abs.	**%**
Área de residencia	Total	**2221**	**100.0**
	Urbana	1406	63.3
	Rural	815	36.7
Región natural	Total	2221	100.0
	Lima Metropolitana	550	24.8
	Resto del país	1672	75.2
Grado de instrucción	Total	2221	100.0
	Primaria	294	13.2
	Secundaria/superior	1927	86.8
Quintiles	Total	2221	100.0

de bienestar	Pobre	1720	77.4
	No pobre	502	22.6

Fuente: INEI – ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES)

La muestra total fue de 2221 mujeres de 10 a 19 años que estuvieron gestando al momento de la encuesta, de las cuales el 63.3% de las adolescentes gestantes se encuentran en el área urbana y el 36.7% se ubican en el área rural. En cuanto a la región natural el 75.2% se encuentran en el resto del país, mientras el 24.8% se ubican en Lima metropolitana. Así mismo el 13.2% de las gestantes adolescentes solo culminaron educación primaria y el 86.8% culminaron educación secundaria/ educación superior. En cuanto a los quintiles de bienestar, se encontró que del total de las gestantes adolescentes entrevistadas el 77.4% son pobres y el 22.6% no son pobres.

Gráfico 1. Acceso a los servicios de salud de adolescentes gestantes en el Perú 2014-2018



Fuente: INEI – ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES)

Del total de las gestantes adolescentes encuestadas, se obtuvo que el 76,3.% tienen acceso a los servicios de salud, mientras el 23,7% no tiene acceso a los servicios de salud.

Tabla 3. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes asociado al Área de residencia en el Perú, 2014-2018

Área de residencia	Con acceso %	Sin acceso %	Chi cuadrado	P	OR	IC 95% LI	IC 95% LS
Urbana	62.8	64.8	0.111	0.738	1.036	0.88	1.200
Rural	37.2	35.2					

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES)

Entre las adolescentes gestantes con acceso a los servicios de salud el 62.8% se encuentra en el área urbana, mientras el 37.2% se encuentra en el área rural. Las gestantes que viven en el área urbana tienen 1.03 veces más probabilidad de tener acceso a la los servicios de salud, en comparación a las que viven en las áreas rurales, sin embargo se encontró que la relación de acceso a los servicios de salud y área de residencia no tiene significancia estadística (p>0.05)

Tabla 4. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes asociado a la Región Natural en el Perú, 2014-2018

Región Natural	Con acceso %	Sin acceso %	Chi cuadrado	P	OR	IC 95% LI	IC 95% LS
Lima Metropolitana	22.9	30.9	13.494	0.000	0.660	0.530	0.820
Resto del país	77.1	69.1					

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES)

Del total de gestantes adolescentes con acceso a los servicios de salud el 22.9% se encuentra en Lima Metropolitana, mientras que el 77.1% se encuentran en el resto del país. Las gestantes adolescentes que viven en Lima metropolitana tienen 0.66 veces más probabilidad de tener acceso a los servicios de salud en comparación al resto de país. Así mismo se encontró que la relación entre acceso a los servicios de salud y la región natural tiene significancia estadística ($p<0.05$)

Tabla 5. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en el Perú asociado al Grado de instrucción en el Perú, 2014-2018

Grado de instrucción	Con acceso %	Sin acceso %	Chi cuadrado	P	OR	IC 95% LI	IC 95% LS
Primaria	12.1	16.9					
Secundaria/superior	87.9	83.1	5.598	0018	1.390	1.070	1.820

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES)

Del total de gestantes adolescentes con acceso a los servicios de salud, el 12.1% tiene educación primaria, mientras el 87.9% tienen educación secundaria/superior. Las gestantes adolescentes que tienen educación primaria tienen 1.39 veces más de probabilidad de tener acceso a los servicios de salud, en comparación a las que tienen educación secundaria y/o estudios superiores. Se encontró que la relación entre acceso y el grado de instrucción tiene significancia estadística ($p<0.05$)

Tabla 6. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes asociado a los quintiles de bienestar en el Perú, 2014-2018

Quintiles de bienestar	Con acceso %	Sin seguro %	Chi cuadrado	P	OR	IC 95%	
						LI	LS
Pobre	80.5	67.7	37.257	0.000	1.970	1.590	2.450
No pobre	19.5	32.3					

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES)

Del total de gestantes adolescentes con acceso a los servicios de salud, el 80.5% son pobres, mientras el 19.5% no son pobres. Las gestantes adolescentes en el quintil de pobreza tienen 1.97 veces más de probabilidad de tener acceso a los servicios de salud. Se encontró que la relación entre acceso y quintiles de bienestar tiene significancia estadística ($p<0.05$)

5.2 Discusión

En esta investigación, la muestra total fue de 2221 mujeres de 10 a 19 años que estuvieron gestando al momento de la encuesta, en donde un 31.3% perteneció al año 2014, 18,5% al año 2015, 17,0% al año 2016, 17,4% al año 2017 y 15,8% en el año 2018. Observándose como ha ido disminuyendo la población de gestantes adolescentes con el paso de los años

Según los aspectos socioeconómicos, se encontró mayor porcentaje de gestantes adolescentes el área urbana (63.3%). En cuanto a la región natural, el mayor parte se ubicó en el resto del país (75.2%), a diferencia de Lima metropolitana donde se encontró menor porcentaje. Así mismo el mayor porcentaje de gestantes adolescentes habían culminaron educación secundaria/ educación superior (86.8%). En cuanto a los quintiles de bienestar, el mayor porcentaje se concentró en la población pobre (77.4%). Resultados muy similares a los encontrados en la publicación de Walter Mendoza y Gracia Subiría[19] en el años 2013 quienes encontraron que el área urbana había un leve incremento de la población de gestantes adolescentes, puesto que el país estaba urbanizándose con el paso de los años, de tal modo que había una tendencia a disminuir los embarazos en los adolescentes en las áreas rurales; así mismo encontraron en sus resultados que la selva y la sierra se encontraban la mayor concentración de gestantes adolescentes a diferencia de Lima metropolitana en donde el porcentaje era muy poco, de igual manera encontraron que durante el paso de los años hubo un leve aumento de gestantes adolescentes con mayor educación. Sin embargo durante los 20 años se vio que las adolescentes gestantes permanecen en situación de pobreza.

Se determinó que la gran mayoría de las gestantes adolescentes tienen acceso a los servicios de salud (76.3%). Este mayor porcentaje se puede deber a que en el Perú por el Proyecto de Ley N°3549/2018-CR se establece medidas destinadas a garantizar la protección a todas las gestantes afiliadas a los sistemas de seguridad

social, en el régimen contributivo de ESSALUD y en las otras modalidades contributivas y semicontributivas del Seguro Integral de Salud (SIS).[32]

En cuanto al área de residencia, se obtuvo que las gestantes adolescentes tienen 1.03 veces más probabilidad de tener acceso a los servicios de salud viviendo en un área urbana que en el área rural [OR: 1.030, IC95%:0.880-1.200], este resultado es muy parecido al de Restrepo-Zea JH y colaboradores[8] , realizado en Medellín en el año 2014, en donde refiere que en la zona rural de San Cristóbal hay menos acceso a los servicios de salud en general, no solo en adolescentes gestantes. Esto podría deberse a que en las zonas rurales hay menos recursos humanos de salud, postas/puesto de salud alejados de la población, etc. Sin embargo en este estudio la relación entre las dos variables no fue estadísticamente significativo (p>0.005), es decir que no se encontró una relación entre ellas, y esto se puede deber, como se mencionó anteriormente a que un importante determinante al acceso a los servicios de salud en las gestantes ya sean adolescentes o no, es que por la Ley N°3549/2018-CR menciona que toda gestante tiene el beneficio de tener un seguro de atención de salud.

En cuanto a la Región natural, las gestantes adolescentes que viven en Lima Metropolitana tienen 0.66 veces más probabilidades de tener acceso a los servicios de salud [OR: 0.660, IC95%:0.530-0.820], similar al estudio realizado por Akram Hernández[16] en el año 2016, en donde concluyó que vivir en la costa, (así como lo es Lima Metropolitana) tiene un efecto positivo en el acceso a los servicios de salud, esto se puede deber a que en Lima Metropolitana como capital presenta mejor nivel socioeconómico, mejor nivel de instrucción, más recursos humanos de salud y más centros de atención médica y por lo tanto mayor accesibilidad.

En cuanto al grado de instrucción, las gestantes adolescentes que tienen educación primaria tienen 1.39 veces más de probabilidad de tener acceso a los servicios de salud, en comparación a las que tienen educación secundaria y/o

estudios superiores; esto podría explicarse por la mayor preocupación del estado por atender a este grupo etáreo por ser de mayor riesgo de complicaciones obstétrica. En nuestra revisión no se han encontrado trabajos relacionados con educación y acceso a los servicios de salud en gestantes adolescentes sin embargo existe un estudio realizado por Ximena Alexandra Díaz Muro[15] en el año 2015, sobre nivel de educación y acceso a la salud odontológica que concluyó que no existe asociación ente educación y el acceso a los servicios de salud odontológicos en niños 0-11 años de edad en el Perú pero existe diferencia significativa en adultos mayores.

En nuestro estudio si se encontró una relación entre acceso y el grado de instrucción.

Comparando el acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes con los quintiles de bienestar, se obtuvo como resultado que los grupos en estado de pobreza (Quintiles I,II, III) tienen 1.97 veces más de probabilidad de tener acceso a los servicios de salud; esto se explicaría por la preocupación del estado por brindar atención de salud a los niveles socioeconómico bajos, creando más centros de salud con personal capacitado y mayor accesibilidad a los centros de atención. Este resultado fue similar a la tesis realizada por César Félix Enrique Longaray Chau[14], en el año 2007, en donde se concluyó que el Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicio de salud en los dos quintiles más pobres.

Y sí se encontró una asociación entre acceso y quintiles de bienestar.

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- La mayor población de gestantes adolescentes (76.3%) tienen acceso a los servicios de salud. Esto mismo se puede deber por ley que brinda protección a toda mujer gestante, sin embargo esto no quiere decir que todas puedan acceder a los servicios de salud.
- El 62.8% de las gestantes adolescentes que tienen acceso a los servicios de salud se encuentran en el área urbana, mientras el 37.2% se encuentra en el área rural. No se encontró una asociación entre ambas variables
- Se llegó a encontrar asociación entre el acceso a los servicios de salud y la región natural. El 22.9% de las gestantes adolescentes que tienen acceso a los servicios de salud se encuentran en Lima metropolitana, mientras que el 77.1% se encuentran en el resto del país.
- Se llegó a encontrar asociación entre el acceso a los servicios de salud y el grado de instrucción. El 12.1% de las gestantes adolescentes que tienen acceso a los servicios de salud tiene educación primaria, mientras el 87.9% tienen educación secundaria/superior.
- Se encontró asociación entre el acceso a los servicios de salud y los quintiles de bienestar. El 80.5% de las gestantes adolescentes que tienen acceso a los servicios de salud son pobres, mientras el 19.5% no son pobres.

6.2 Recomendaciones

- Realizar más estudios sobre accesibilidad a los servicios de salud
- Asegurar la afiliación a los servicios de salud de las gestantes adolescentes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud: Plan multisectorial para la prevención de embarazos en adolescentes 2012-2021 (Sitio en Internet). [citado 26 de abril de 2019].Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3033.PDF
2. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó "Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País" (sitio en internet) [Citado 26 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
3. Guillermo Augusto Ceballos Ospino , Yuly Suárez Colorado , Kathy Arenas Ibarra y Nacira Salcedo Rivero. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. (Sitio en internet) [Citado 26 de abril de 2019]. Disponible en: file:///D:/MIS%20DOCUMENTOS/Downloads/Dialnet-AdolescentesGestantes-4865210.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (Sitio en internet) [Citado 26 de abril de 2019] Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53vo Consejo Directivo, 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (CD53.R14). (sitio en internet) [Citado 26 de abril de 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-s.pdf.
6. Dmytraczenko T, Almeida G, eds. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries. Directions in Development. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015. (sitio en internet) [Citado 26 abril de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/UHC-PAHO-WB-2015.pdf

7. Walter Mendoza, Gracia Subirí. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.30 no.3 Lima jul. 2013.
8. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa
9. Instituto Nacional de Mujeres de México. Análisis del embarazo adolescente en la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y mujeres, 2017. (Sitio en internet) [Citado el 26 de abril de 2019]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101288.pdf
10. Maria Fernanda Gomez Rodriguez y Sonia Yereth Gonzalez Osorio. Factores determinantes del embarazo en la adolescencia en Colombia: Revisión sistemática de la literatura. (Sitio en internet). [Citado 26 de abril 2019]. Disponible en: https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/75/1/Factores%20determinantes%20del%20embarazo%20%20en%20la%20%20adolescencia%20%20en%20Colombia%2C%20Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20de%20la%20literatura.pdf
11. Lady Johana Virgüez Moreno (2016). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. (Sitio en internet) [Acceso 26 de abril del 2019]. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18884/VirguezMorenoLadyJohana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Jiménez, S., Barriga, O., & Salazar, A. (2018). Inequidad en el acceso a salud en Chile: estudio multifactorial basado en la Encuesta CASEN del año 2013. Revista Chilena de Salud Pública, 22(1), p. 31-40. doi:10.5354/0719-5281.2018.51018
13. Francisco Gálvez Henry,I Bárbara A. Rodríguez Sánchez,I Miguel Lugones Botell,II Margarita Altunaga PalacioII, Características epidemiológicas del

embarazo en la adolescencia, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2017;43(3):

14. César Félix Enrique Longaray Chau. Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Sitio en Internet). [Acceso 26 de abril del 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2307/Longaray_cc(2).pdf;jsessionid=56146D2D43A59F44E855CAF08AE5F79C?sequence=1
15. Ximena Alexandra Díaz Muro (2018). ASOCIACIÓN ENTRE EDUCACIÓN Y EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS EN EL PERÚ EN EL AÑO 2015 (Sitio en internet) [Citado el 26 de abril 2019]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3537/Asociacion_DiazMuro_Ximena.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Hernández, A. (2016). Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del seguro integral de salud. Revista Estudios de Políticas Públicas, 1(1), 213 - 225. doi:10.5354/0719-6296.2015.38376
17. Estrella Beels Rojas Huamán, "Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018" (Sitio en internet) [Citado 26 de abril 2019]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1816/EROJAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Sánchez García, Milagros, "Factores que se asocian al embarazo en atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2019". (Sitio en internet) [Citado 26 de abril 2019]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2921/UNFV_SANCHEZ_GARCIA_MILAGROS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Walter Mendoza y Gracia Subiría, "El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas" (Sitio en internet) [Citado 12 de Marzo 2020]. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/286/2188

20. Angulo Aguirre, Elsa María, “Embarazo adolescente y su impacto socio - económico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé en el periodo Diciembre 2018 – Enero 2019”. (Sitio en internet) [Citado 26 abril de 2019]. Disponible en: http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1991/T-TPMC-ELSA%20MARIA%20ANGULO%20AGUIRRE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Cervera Rinza Yesenia Jaqueline, “Factores de riesgo del embarao en adolescentes gestantes y no gestantes, 2018”. (Sitio en internet) [Citado 26 de abril 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10097/Cervera_ry.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Públ Méx. 1985; (27): 438-53.
23. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? J Health Soc Behav; 1995; 36 (1):1-10.
24. Cromley EK, McLafferty SL. gis and Public Health. UK: The Guilford Press; 2002
25. Andersen R, Aday A. A Theoretical Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res; 1974; 9 (3): 208-22.
26. Diana Alejandra Sánchez-Torres. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 1, 2017
27. Organización Mundial de la Salud, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente (Sitio en Internet). [Citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
28. UNICEF, La adolescencia una época de oportunidades (Sitio en Internet). [Citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-

_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

29. Issler JR. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina Argentina (sitio en internet) [Citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uv.es/~reguera/nuevosmedios/videoconferencia/informe%5B1%5D.htm
30. El embarazo precoz en Perú (Sitio en Internet). [Citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.monografias.com/docs115/embarazo-precoz-peru/embarazo-precoz-peru.shtml
31. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatrista Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valerde M et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica {Internet}. 2 de agosto de 2018 {citado 16 de enero de 2019}. Disponible en: http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122.
32. Congreso de la República del Perú. Proyectos de Ley y de Resoluciones Legislativas.(Sitio en internet) [Citado el 26 febrero 2020]. Disponible en: http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0354920181015.PDF

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y los aspectos socioeconómicos en el Perú, 2014-2018?	Objetivo General - Determinar el acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en el Perú en el año 2014-2018 Objetivos Específicos - Establecer la asociación del acceso a los servicios de salud y el Área de residencia - Establecer la asociación entre el acceso a los servicios de y la Región natural - Establecer la asociación entre a los servicios de salud	Hipótesis General - Existe acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes en el Perú 2014-2018 Hipótesis Específicas - Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud de las gestantes adolescentes y el área de residencia - Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud de las gestantes adolescentes y la región natural.	Variable dependiente: - Acceso a los servicios de salud en gestantes adolescentes Variables independientes: - Área de residencia - Región Natural - Grado de instrucción - Quintiles de Bienestar	Tipo y diseño de investigación Observacional, retrospectivo, analítico transversal de un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES) en el año 2014-2018 Población Está conformada por los datos registrados en la ENDES 2014 al 2018. Muestra Conformada por 2221 gestantes adolescentes que

	teniendo y el Grado de instrucción - Establecer la asociación del el acceso a los servicios de salud y los Quintiles de bienestar	- Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud en las gestantes adolescentes y el grado de instrucción - Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud en las gestantes adolescentes y los quintiles de bienestar		cumplieron con los criterios de inclusión.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Escala de Medición	Tipo de Variable, Relación y Naturaleza	Categoría o unidad
Acceso a los servicios de salud en adolescentes gestante	capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica	Nominal	Dependiente, cualitativa	Si tiene acceso a los servicios de salud No tiene acceso a los servicios de salud
Región Natural	zona delimitada por criterios de geografía física, principalmente los que tienen que ver con el relieve, clima, hidrografía, vegetación, suelos, etc.	Nominal	Independiente, cualitativa	Lima metropolitana Resto del país (resto de la costa, sierra y selva)
Área de residencia	Se trata de agrupaciones de las entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto a una	Nominal	Independiente, cualitativa	Urbana Rural

	serie de características que atañen a su modo de vida.			
Grado de instrucción	Nivel más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Ordinal	Independiente, Cualitativa	Primaria Secundaria /superior
Quintiles de bienestar	Indicador de riqueza en una población	Ordinal	Independiente, Cualitativa	Quintiles I,II,III= Pobre Quintiles IV,V= No pobre