



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A PARTO NO INSTITUCIONALIZADO EN MUJERES

PERUANAS: SUB-ANÁLISIS DE LA ENDES 2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Quispe Rosales, Lilibeth Yuleisi

Asesor:

Alvitez Morales, Juan Daniel
(ORCID: 0000-0001-6488-8457)

Jurado:

Tello Santa Cruz, Daniel
Méndez Campos, María Adelaida
Méndez Campos, Julia Honorata

Lima - Perú

2024



FACTORES ASOCIADOS A PARTO NO INSTITUCIONALIZADO EN MUJERES PERUANAS: SUB-ANÁLISIS DE LA ENDES 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	11%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
5	1library.co Fuente de Internet	<1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A PARTO NO INSTITUCIONALIZADO EN MUJERES

PERUANAS: SUB-ANÁLISIS DE LA ENDES 2022

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Quispe Rosales, Lilibeth Yuleisi

Asesor:

Alvitez Morales, Juan Daniel

(ORCID: 0000-0001-6488-8457)

Jurado:

Tello Santa Cruz, Daniel

Méndez Campos, María Adelaida

Méndez Campos, Julia Honorata

LIMA, PERU

2024

Dedicatoria

A mis padres, Ezequiel y Carmen, por ser mi soporte y motivación en estos largos años de estudio. A mis hermanas Lisset y Lizbeth por su apoyo incondicional. A mis sobrinos, Arantxa, Nayra, Ian y Nicolás, por su amor y paciencia. Los amo.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Descripción y formulación del problema	9
1.2 Antecedentes	10
<i>1.2.1 Antecedentes internacionales</i>	10
<i>1.2.2 Antecedentes nacionales</i>	12
1.3 Objetivos	14
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	14
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	14
1.4 Justificación.....	15
1.5 Hipótesis.....	16
II. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	17
III. MÉTODO	20
3.1 Tipo de investigación	20
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	20
3.3 Variables	20
<i>3.3.1 Variable dependiente</i>	20
<i>3.3.2 Variables independientes</i>	20
<i>3.3.3 Operacionalización de variables</i>	20

3.4 Población y muestra	22
3.4.1 Población de estudio	22
3.4.2 Muestra de estudio.....	22
3.4.3. Criterios de inclusión	22
3.4.4. Criterios de exclusión.....	23
3.5 Instrumentos.....	23
3.6 Procedimientos.....	23
3.7 Análisis de datos.....	23
3.8 Consideraciones éticas	24
IV. RESULTADOS.....	25
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	37
VI. CONCLUSIONES.....	40
VII. RECOMENDACIONES.....	41
VIII. REFERENCIAS	42
IX. ANEXOS	46
Anexo A. Matriz de consistencia	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres en estudio	26
Tabla 2. Características obstétricas de las mujeres incluidas en el estudio	29
Tabla 3. Análisis bivariado de regresión de Poisson con varianzas robustas de las variables sociodemográficas.....	31
Tabla 4. Análisis bivariado de regresión de Poisson con varianzas robustas para las variables obstétricas	33
Tabla 5. Análisis multivariado de regresión de Poisson con varianzas robustas	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de parto no institucionalizado	25
Figura 2. Distribución geográfica de los partos según su institucionalidad.....	30
Figura 3. Análisis bivariado de la regresión de Poisson con varianzas robustas de la variable de distribución geográfica.....	34

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas según la ENDES 2022. **Métodos:** Estudio observacional analítico transversal de subanálisis de la ENDES 2022. Se realizó una selección de todas mujeres que hayan tenido hijos registradas en la ENDES 2022 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del autor. Los factores asociados a parto no institucional fueron evaluados a través de la regresión de Poisson. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de 4,75% de partos no institucionales. Los factores de riesgo fueron tener 3 a 5 hijos (PR=2,33) y vivir en zona rural (PR=1,80), mientras que los factores protectores fueron la edad de la madre de 26 a 35 años (PR=0,49), los controles prenatales (PR=0,86) y los quintiles de riqueza que tomaban PR de 0,22 a 0,41. **Conclusión:** En conclusión, los factores sociodemográficos de edad, zona de residencia, quintiles de riqueza y los factores obstétricos de número de hijos y controles prenatales estuvieron asociados significativamente a los partos no institucionales.

Palabras clave: entorno del parto, parto domiciliario, servicios de salud para mujeres

ABSTRACT

Objective: Determine the factors associated with non-institutionalized birth in Peruvian women according to the ENDES 2022. **Methods:** Cross-sectional observational analytical study of ENDES 2022 subanalysis. A selection was made of all women who have had children registered in the ENDES 2022 who meet the the author's inclusion and exclusion criteria. The factors associated with non-institutional delivery were evaluated through Poisson regression. **Results:** A prevalence of 4.75% of non-institutional births was found. The risk factors were having 3 to 5 children (PR=2.33) and living in a rural area (PR=1.80), while the protective factors were the mother's age of 26 to 35 years (PR=0.49), the prenatal controls (PR=0.86) and the wealth quintiles that took PR from 0.22 to 0.41. **Conclusion:** In conclusion, the sociodemographic factors of age, area of residence, wealth quintiles and the obstetric factors of number of children and prenatal controls were significantly associated with non-institutional births.

Keywords: birth setting, home childbirth, women health services

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

El parto no institucional es definido como aquel parto que se lleva a cabo fuera de instituciones de salud y que pueden o no ser atendidos por un personal de salud calificado. (Ossai et al., 2021) Los partos no institucionales son considerados uno de los principales contribuyentes a la mortalidad materna y neonatal tanto internacionalmente (Palamuleni, 2011) como a nivel local en Perú (Tarqui y Barreda, 2005), por lo cual representan un importante riesgo a controlar para evitar desenlaces negativos en las gestantes durante su trabajo de parto.

En el Perú, se ha evidenciado una reducción de la proporción de partos no institucionales reportados en evaluaciones poblacionales anualmente. (Hernández et al., 2021).

La prevalencia de parto no institucional en el Perú oscila entre 5,39% a 7,8% actualmente; no obstante, al evaluar esta prevalencia estratificando por regiones o residencia rural vs urbana, se observó que los residentes de zonas rurales o provenientes de regiones como la sierra o selva son las poblaciones que aún mantienen una proporción de partos no institucionales considerable oscilando entre cerca al 10% hasta el 21,5%. (Rodrigo et al., 2023)

Por otro lado, a pesar de los avances en la ciencia e investigación biomédica sobre los peligros del parto domiciliario o no institucional, aún existen no solo pacientes sino también profesionales de salud que promueven el parto domiciliario como una alternativa a un parto institucional en establecimientos de salud, por lo cual el Colegio Médico del Perú emitió un comunicado en el año 2022 hacia la comunidad peruana advirtiendo sobre los potenciales peligros que acarrea este tipo de práctica. (Colegio Médico del Perú [CMP], 2022)

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas según los datos disponibles públicamente en la ENDES 2022?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales

Amit et al. (2022) publicaron un estudio realizado en Filipinas con datos de la encuesta nacional de salud y demografía del 2017 de dicho país con el objetivo de evaluar la prevalencia y los determinantes del parto domiciliario en Filipinas. Se incluyeron solamente 7229 mujeres que se encontraban en situación de convivencia o matrimonio según la encuesta poblacional. Se encontró que el 17,92% y la proporción de mujeres que optaron por un parto domiciliario en las zonas rurales fue mayor alcanzando el 23,53%, mientras que en las áreas urbanas alcanzó el 10,72%. En el análisis de regresión sobre la población en general se encontró los factores que conferían mayor riesgo de parto domiciliario fueron el nivel socioeconómico catalogado como pobre (OR=3,25) y un inadecuado control prenatal (< de 4 controles) (OR=3,64). Por otro lado, En los análisis estratificados por zona de residencia urbano vs rural, se encontró que los factores principales para el área urbana fueron un bajo nivel educativo de la mujer, el estrato socioeconómico de pobre, y el inadecuado control prenatal, mientras que en el caso de la residencia rural los principales factores fueron solo un bajo nivel educativo y el inadecuado control prenatal.

Maximore et al. (2022) publicaron un estudio realizado en Liberia en el cual se tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y factores asociados a parto domiciliario en mujeres en edad reproductiva en Liberia. Se realizó un estudio transversal con 438 mujeres que respondieron un cuestionario diseñado por los investigadores. La prevalencia del parto domiciliario en la muestra de estudio fue de 90,6%. Las mujeres que tuvieron 31 años a más (OR=6,74), que habían tenido 2 o más hijos (OR=9,68), y que tuvieron un inicio de trabajo de parto rápido (OR=6,35) fueron aquellas que tuvieron más probabilidades de parto domiciliario en la muestra de estudio, mientras que una buena aptitud de los trabajadores de salud (OR=0,01) y la disponibilidad de transporte hacia los establecimientos de salud (OR=0,01)

fueron las variables que reportaron valores protectores contra los partos domiciliarios. Es así como se concluyó en este estudio que su alta proporción de mujeres que optan por un parto domiciliario es un tema de demasiada importancia para el gobierno de dicho país y urge una intervención inmediata por los riesgos que estas prácticas significan sobre la salud de la madre y el neonato.

Alemu et al. (2022) publicaron un estudio realizado en Etiopía en el cual se tuvo como objetivo evaluar las preferencias de las mujeres gestantes de una comunidad de Etiopía con respecto al parto domiciliario y sus factores asociados. Se realizó un estudio de base comunitaria transversal de mayo a junio de 2021 usando un muestreo simple aleatorio. Se incluyeron 416 participantes y se halló que el 24% de las gestantes reportó preferencia por tener un parto domiciliario. Los factores asociados significativamente a esta preferencia fueron no tener acceso a una vía de transporte (OR=2,4), no haber escuchado sobre los beneficios de un parto institucional (OR=5,3), poco conocimiento sobre los signos de peligro (OR=3), aptitudes negativas hacia los servicios de salud (OR=3,1), y un gran miedo a tener el parto en alguna institución (OR=5,12). En conclusión, los principales factores asociados a un mayor riesgo del parto domiciliario en esta población de Etiopía fueron las barreras físicas y sociales hacia los servicios de salud de su comunidad.

Akokuwebe & Idemudia (2023) publicaron un estudio realizado en Sudáfrica en el cual el objetivo fue examinar los factores asociados a la elección de tener un parto domiciliario entre las mujeres en edad reproductiva de Sudáfrica. Se realizó un estudio analítico transversal utilizando la encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica del 2016. Se incluyeron 2862 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que tuvieron algún parto en los últimos 5 años. La prevalencia de parto domiciliario fue de 4%, siendo la mayoría de estos en zonas rurales (11,4% aproximadamente). Los factores asociados a un incremento de probabilidades de este desenlace fueron tener educación primaria (OR=1,97), educación secundaria/superior (OR=3,51), la

convivencia (OR=1,88), la paridad de 4 a 6 hijos (OR=2,59), y la paridad de 7 a más (OR=5,41). Por lo tanto, se llegó a la conclusión que el gobierno de Sudáfrica debe de apuntar a intervenir eficientemente a las gestantes con estas características para así poder reducir la mortalidad materna y neonatal de forma más eficiente.

Ahmed et al. (2023) publicaron un estudio realizado en Bangladesh utilizando datos de la encuesta demográfica y de salud de dicho país emitida el año 2017-2018. El objetivo de este estudio fue investigar los determinantes que influyen en el parto domiciliario en áreas urbanas de Bangladesh. Se incluyeron 1699 mujeres que residían en zonas urbanas de Bangladesh y que habían tenido un parto en los últimos 60 meses antes de la aplicación de la encuesta poblacional. Se encontró una prevalencia de 36,49% de partos domiciliarios en la zona urbana de Bangladesh. Las mujeres de ciertas urbanizaciones como Chittagong (OR=2,11), Barisal (OR=2,05) y Sylhet (OR=1,92) mostraron mayores probabilidades de tener partos domiciliarios, así como también aquellas que profesaban la religión cristiana (OR=10,71), y tenían 3 a más hijos (OR=3,55). En conclusión, se halló una tendencia de mayor riesgo según la localidad de residencia, la religión y el número de hijos de las mujeres incluidas en este estudio.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Tarqui y Barreda (2006) publicaron un estudio en el cual se tuvo como objetivo reconocer factores de índole personal y prenatales relacionados con las preferencias de las gestantes sobre el lugar de su parto con énfasis en la elección del parto domiciliario. El estudio fue realizado en una comunidad del Callao, y se incluyeron 52 casos de mujeres que tuvieron parto domiciliario y 208 controles. Se encontró que la edad promedio de las mujeres con parto domiciliario fue de 28 años con una desviación estándar (DE) de 6,5 mientras que los controles presentaron una edad media de 26 años y una DE = 6,1. En la regresión logística multivariada se halló que solo la idea prevista de tener el parto en el domicilio (OR= 31,7) y el tipo de

profesional que atendió a la gestante en sus controles prenatales (OR = 0,1) fueron los únicos factores asociados a la preferencia del lugar del parto sobre las mujeres analizadas.

Hernández et al. (2021) publicaron un estudio en el cual el objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados al parto domiciliario en mujeres peruanas basándose en las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) 2015-2017. Se realizó un estudio analítico transversal en el cual se evaluó los datos contenidos en las ENDES 2015-2017. Los factores asociados fueron estudiados a través de regresiones logísticas con modelos crudos y ajustados. Se halló que proceder de la zona rural (OR=3,10), de las regiones de la sierra (OR=2,60) y selva (OR=5,32), pertenecer a los estratos económicos medios (OR=1,73) y bajos (OR=3,88), el nivel educativo secundaria (OR=1,52) y primaria (OR=3,15). Además, otro factor que resulto ser importante fue la determinación de la distancia entre el domicilio de los pacientes y los centros de salud de su jurisdicción (OR=1,32). Por lo tanto, se llegó a la conclusión que residir en zonas rurales, poseer un nivel educativo menor, y residir lejos de los puestos y/o centros de salud aumentaban el riesgo de preferir un parto domiciliario.

Huapaya et al. (2022) publicaron un estudio realizado en población peruana a partir de los datos registrados en la ENDES 2019 donde se tuvo como objetivo hallar la proporción de mujeres que han dado parto domiciliario y que factores se han asociado a dicho desenlace. Se reportó que el 5,39% de las mujeres peruanas han tenido parto domiciliario atribuyéndose la mayor proporción de casos a las mujeres que residen en zona urbana donde el 19,59% de ellas reportaron dicho tipo de parto. Así también, se reportó que proceder de la sierra (OR=1,24), selva (OR=1,38), una zona rural en general (OR=3,34), un menor nivel educativo (ninguno [OR=2,66], primaria [OR=2,18]), tener menos de 6 controles prenatales (OR=1,66), y proceder de bajos estratos socioeconómicos (muy pobre [OR=9,62] y pobre [OR=2,39]) fueron los factores de riesgo asociados a mayores probabilidades de optar por un parto domiciliario.

Rodrigo et al. (2023) publicaron un estudio basándose en datos de la ENDES 2019 con el objetivo de evaluar los determinantes para el parto no institucional entre las mujeres en edad reproductiva peruanas. Se diseñó un estudio analítico transversal en cual las estimaciones de riesgo fueron calculadas a través de regresión logística binaria hallándose de esta forma valores de odds ratio (OR). Se incluyeron 14061 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). La prevalencia del parto no institucionalizado fue del 7,8%. El análisis de regresión multivariada encontró que la educación secundaria (OR=0,48) o superior (OR=0,57) fueron factores protectores, así como también pertenecer al 2do hasta el 5to quintil de riqueza que reportaron OR de 0,15 a 0,28. Mientras que los factores de riesgo que hallaron fueron no tener seguro de salud (OR=3,12), vivir en zona rural (OR=1,93) y haber tenido 3 a más partos (OR=1,36). Por lo tanto, la residencia rural, el aseguramiento en salud y la multiparidad fueron factores de riesgo en este estudio.

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

- Determinar los factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas según la ENDES 2022.

1.3.2 *Objetivos específicos*

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres que hayan tenido al menos 1 parto incluidas en la ENDES 2022.

- Reportar los antecedentes obstétricos de las mujeres que hayan tenido al menos 1 parto incluidas en la ENDES 2022.

- Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el parto no institucionalizado en las mujeres peruanas incluidas en el ENDES 2022.

- Analizar la asociación entre los antecedentes obstétricos y el parto no institucionalizado en las mujeres peruanas incluidas en el ENDES 2022.

1.4 Justificación

El parto domiciliario es un importante problema de salud pública ya que se considera uno de los principales contribuyentes de la mortalidad materna, perinatal y neonatal. (Ajaari et al., 2012).

A pesar de los considerables esfuerzos por las diversas organizaciones internacionales en materia de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas entidades gubernamentales en diversas naciones, aún existen gestantes y mujeres en edad fértil que muestran preferencia y deseo de tener un parto domiciliario por diversos motivos, habiéndose descrito en la literatura la influencia de variables sociodemográficas como el nivel de instrucción tanto de la mujer como de su pareja, la influencia del medio social donde viven, las barreras físicas que perciben para acceder a los establecimientos de salud, las barreras mentales como miedo o la percepción de una mala atención por parte de los profesionales de salud, y un inadecuado control prenatal.

En el Perú, a pesar de la considerable reducción de los partos no institucionalizados en los datos generales a nivel nacional, aun se evidencia una proporción considerable de mujeres que prefieren el parto domiciliario con especial mención las zonas rurales, agravándose el problema aún más debido a que en estas regiones la disposición de recursos en salud es considerablemente dispar a lo que se logra acceder en zonas urbanas. Por lo cual, entender los motivos que llevan a estas pacientes y aquellas en zonas urbanas a optar aun por un parto en sus domicilios es un importante punto de investigación a cubrir para así poder replantear las estrategias del estado peruano para reducir aún más la proporción de gestantes con parto domiciliario.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis alterna

La multiparidad (3 o más partos), residencia en zona rural, bajo nivel educativo de la mujer, bajo quintil de riqueza e inadecuado control prenatal fueron factores de riesgo asociados a parto no institucionalizado en mujeres en edad fértil incluidas en la ENDES 2022.

1.5.2 Hipótesis nula

La multiparidad (3 o más partos), residencia en zona rural, bajo nivel educativo de la mujer, bajo quintil de riqueza e inadecuado control prenatal no fueron factores de riesgo asociados a parto no institucionalizado en mujeres en edad fértil incluidas en la ENDES 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

A lo largo de la historia de la humanidad muchas personas han nacido a través de un parto domiciliario o en partos comunitarios atendidos por matronas, y dichos eventos no son ajenos a la actualidad aún. No fue hasta mediados del siglo XVIII y XIX que las mujeres comenzaron a tener partos hospitalarios, aunque inicialmente la gran mayoría de partos hospitalarios congregaban personas de bajos recursos económicos que no podían costear un ambiente más idóneo para tener el parto en casa y así ayudar a esta población a disminuir sus tasas de mortalidad materna y neonatal. (Walker, 2017).

No obstante, la comunidad no veía a los partos hospitalarios como más seguros de los partos domiciliarios en una gran extensión de la población de aquellos tiempos (Reiz, 1959).

Desde mediados del siglo XIX, se hicieron notables avances en el entendimiento de sepsis (Reiz, 1959), infecciones bacterianas y técnicas de asepsia (Jessney, 2012).

En Edimburgo, el desarrollo de la anestesia permitió la aplicación de técnicas intervencionistas, y es así que se logró adicionar el parto por cesárea a la práctica médica y evitar muertes neonatales en el caso de un parto obstruido (Dunn, 2022).

Fue de esta forma que se logró una significativa reducción en la tasa de mortalidad materna a partir de dichos siglos. Por ejemplo, En Suecia, se reportó una reducción de 900 muertes por cada 100000 nacidos vivos en 1750 a 6 muertes por cada 100000 nacidos vivos en 1980 siendo los 2/3 de esta reducción dada antes del siglo XX (Hogberg y Wall, 1986).

En los tardíos años 40 del siglo XX, los mayores avances en materia de transfusiones sanguíneas (Stansbury y Hess, 2009), antibióticos (Ligon, 2004), y anestesia más segura (Walker, 2017), lograron una mayor reducción de la mortalidad materna. Desde los años 50 del siglo XX, se comenzó con más ahínco a promover los partos hospitalarios ya que se consideró los hospitales como los lugares más seguros para el parto debido a las condiciones

de salubridad aun inadecuadas en la comunidad de las urbes de dichos años, y es así que para el tardío siglo XX se reportó solo 0,9% de partos domiciliarios en países desarrollados como Reino Unido. (Walker, 2017)

A nivel mundial, el parto institucional es la piedra angular en las acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna. (Souza et al., 2013)

No obstante, aún existen ciertas comunidades en las cuales el parto domiciliario es visto como una práctica adecuada y a veces preferida completamente sobre un parto institucional, muchas de las razones que dan las mujeres para sustentar esta posición son sensación de empoderamiento al escoger el lugar del parto, sensación de mejor relación con el personal que la ayuda en el parto domiciliario, libertad de movilización y dietaria en casa, desconfianza en la medicina convencional, sentimientos negativos hacia hospitales y médicos, entre otros. (Lang et al., 2021)

En el Perú, se ha realizado desde finales del siglo XX con mayor consistencia una encuesta de carácter poblacional denominada Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) con el objetivo de evaluar anualmente la salud de la población que reside en Perú. Se han publicado diversos estudios utilizando la ENDES como una base de datos publica en diferentes tópicos de la medicina. Desde el año 2015 se ha venido realizando los primeros subanálisis sobre los partos no institucionales a partir de los datos de la ENDES y se ha reportado tasas de prevalencia de partos no institucionales que van desde el 5% hasta el 7% aproximadamente. (Rodrigo et al., 2023)

En el año 2019, en el portal del gobierno del Perú se publicó la noticia que se había superado el 90% de partos institucionales lo cual es un hito importante en materia de salud obstétrica en cualquier nación en el mundo. (MINSa, 2019)

Los partos no institucionales además de los riesgos perinatales de naturaleza infecciosa o propias del manejo del recién nacido en el domicilio por personal no capacitado, también

posee riesgo a nivel de su proceso de inmunización es así como pueden perder las dosis de vacunas BCG y hepatitis B que se les coloca al nacimiento lo cual puede desencadenar desenlaces no deseados a futuro en la vida del menor.

La mortalidad materna es un problema de salud pública en todo el mundo, en especial en países como el nuestro con limitados recursos económicos y humanos. En el Perú se ha reportado una importante reducción de la mortalidad materna desde finales del siglo XX hasta el momento que han pasado los primeros 20 años del siglo XXI. Esta reducción ha sido debido a múltiples esfuerzos por parte del estado en el sector salud enfocados a este objetivo, siendo los partos institucionales importantes para este. Son múltiples aristas que están conectadas entre sí las que garantizan y apoyan el mantenimiento de la reducción de la mortalidad materna ya que otro hito importante por ejemplo son los controles prenatales que, si bien previenen directamente desenlaces fatales en la madre y en el feto, también se ha reportado que un número adecuado de controles prenatales se asocia a una mayor preferencia de las madres por un parto institucional. Es así como los esfuerzos realizados se interconectan y afectan de múltiples formas a la salud de la madre.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación fue basada en un diseño observacional analítico transversal, subanálisis de una encuesta poblacional con datos disponibles públicamente.

3.2 Ámbito temporal y espacial

Se ejecutó el presente estudio utilizando los datos de la ENDES 2022 la cual es una encuesta ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en todo el Perú.

3.3 Variables

3.3.1 Variable dependiente: Tipo de parto (Institucional vs no institucional)

3.3.2 Variables independientes:

- Variables sociodemográficas: Edad, estado civil, nivel de instrucción de la madre, nivel de instrucción de la pareja, empleo, índice de riqueza, región geográfica, y área de residencia.
- Antecedentes obstétricos: Número de hijos, abortos, y controles prenatales.

3.3.3 Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE: Tipo de parto	Parto es definido como proceso por el cual la madre expulsa al feto y tejidos fetales	1) Parto no institucion alizado 2) Parto institucion al	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar donde se realiza el parto • Personal que lo atiende. 	Nominal

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población de estudio

La población de estudio estuvo formada por todas las mujeres en edad fértil que hayan tenido al menos 1 hijo encuestadas en la ENDES 2022.

3.4.2 Muestra de estudio

La ENDES utiliza un muestreo por conglomerados dividido en 2 fases, donde se toma los conglomerados o áreas de empadronamiento como una unidad muestral y las viviendas ocupadas como otras unidades muestrales. El tamaño de muestra que solicita la Dirección Nacional de Presupuesto Público del ministerio de economía y finanzas asciende a 3245 conglomerados y 36650 viviendas, a partir de los cuales se recolectó la información referente a niños de 0 a 11 años, ciudadanos o residentes permanentes del Perú de 15 a 49 años, adultos de 50 años a más y adultos mayores.

Para efectos de esta investigación se evaluaron e incluyeron solamente a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que hayan tenido algún hijo para el momento de la ejecución de la encuesta.

No se tomó un cálculo del tamaño muestral adicional debido a que se tomaron a todas las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión desde la sección de metadatos de la ENDES 2022, y, además, un cálculo de tamaño muestral sobre la muestra ya tomada de la población peruana por el INEI para la ENDES 2022 distorsionaría la potencia estadística, así como la capacidad de inferencia poblacional de los resultados a obtenerse.

3.4.3. Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años encuestas en la ENDES 2022.
- Mujeres que cuenten con todos los datos completos para las variables de estudio

previamente expuestas

3.4.4. Criterios de exclusión:

- Mujeres que hayan tenido hijos menores a 15 años.
- Mujeres no cuenten con adecuado código de identificación en el sistema de

metadatos para poder cruzar información entre distintas bases de datos SPSS de la ENDES 2022

3.5 Instrumentos

El presente estudio no hizo uso de fichas de recolección de datos ni consentimientos informados debido a que los datos ya están recolectados y dispuestos en bases de datos del programa SPSS en la sección de metadatos de la ENDES 2022 del sistema virtual del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Los instrumentos por utilizar son las bases de datos de las diferentes secciones de la ENDES 2022 a partir de los cuales se extraerá la información pertinente.

3.6 Procedimientos

Se accedió a las bases de datos de la ENDES 2022 a partir del sistema de documentación virtual de investigaciones estadísticas (ANDA) a partir del cual se accedió a los metadatos de la ENDES 2022. Se analizó cada glosario de variables de cada base de datos de cada módulo de la ENDES 2022 en busca de las variables necesarias para la ejecución de este estudio. Posteriormente, se cribó las variables necesarias en cada módulo y se procedió a hacer un proceso de emparejamiento utilizando los identificadores de cada registro individual en cada módulo para poder fusionar las bases de datos cribadas. Una vez obtenido la base de datos final en el programa SPSS se procedió con el análisis de las variables.

3.7 Análisis de datos

Se exportó la base de datos final desde el programa SPSS hacia el programa estadístico STATA v.14 para proceder con el análisis estadístico.

Se evaluó de forma descriptiva los datos reportando medias y desviación estándar para las variables continuas y proporciones para las variables categóricas. Se discernió los casos de parto no institucional y se categorizó a la población de estudio según dicha característica para la evaluación de las estimaciones de riesgo a presentar sobre dicho desenlace. Las estimaciones de riesgo fueron expresadas en forma de razones de prevalencia (PR) que fueron halladas a través de la regresión de Poisson con varianzas robustas.

El nivel de significancia estadística aceptado fue fijado a un valor de p menor a 0,05 y un intervalo de confianza al 95%.

3.8 Consideraciones éticas

El presente estudio no requiere la aplicación de un consentimiento informado debido a que se recolectó los datos a partir de una base de datos pública disponible desde el sistema virtual del INEI. La confidencialidad de los datos, así como el anonimato de los participantes está garantizado por el INEI debido a que no existen datos que permitan la identificación de los individuos que fueron encuestados ya que su información está debidamente codificada, y nadie más que el INEI puede acceder a sus identidades.

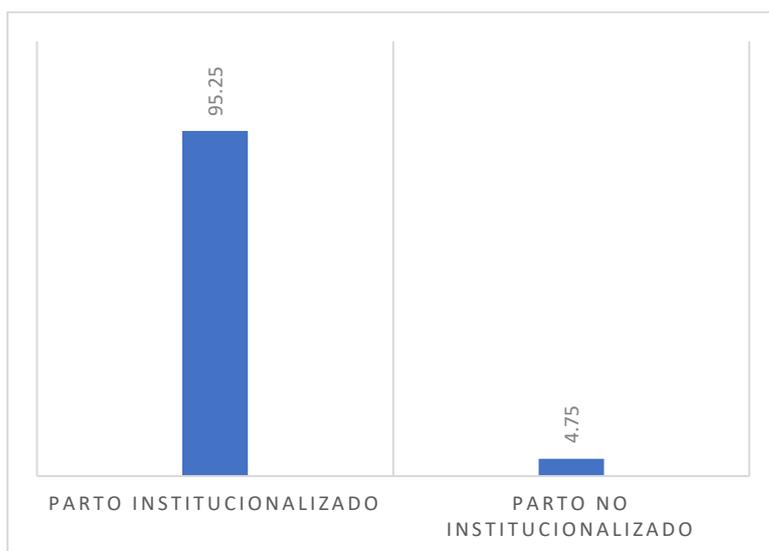
Se respetó en todo momento las normas bioéticas de investigación con base de datos estipuladas en la declaración de Taipei de la Asociación Médica Mundial.

IV. RESULTADOS

Se incluyeron 1864 observaciones (participantes) de las bases de datos del ENDES 2022 luego del proceso de limpieza y selección de dichas bases de datos. Entre estas observaciones se halló una prevalencia de parto no institucionalizado de 4,75%. (Figura 1)

Figura 1

Prevalencia de parto no institucionalizado



Se encontró que la edad media tanto en las mujeres que tuvieron un parto institucionalizado como en las que no fue alrededor de los 30 años. No obstante, al analizar grupos de edades se halló que el grupo de 26 a 35 años fue más frecuente entre las mujeres con parto institucionalizado (51,19%) y las diferencias estadísticas entre estas categorías para los grupos de estudio fueron significativas ($p=0,006$). Adicionalmente, las mayores proporciones de mujeres con parto institucionalizado (49,21%) tenían un nivel educativo de secundaria, mientras que la mayor proporción de mujeres con parto no institucionalizado (43,68%) tuvieron un nivel educativo primaria, y las diferencias entre las proporciones entre los grupos de estudio fueron significativas ($p<0,001$). Por otro lado, las mayores proporciones de nivel educativo de las parejas de las mujeres en estudio para parto institucionalizado vs no institucionalizado

tenían un nivel educativo de secundaria, pero en el grupo de parto institucionalizado se observó mayores proporciones de parejas con un nivel educativo superior no universitario (20,91%), superior universitario (15,54%) y posgrado (1,36%), y también se halló diferencias significativas entre las proporciones de esta variable ($p < 0,001$). Por otro lado, la mayoría de las mujeres en estudio en ambos grupos del tipo de parto eran convivientes (64,49% vs 65,84%) y no se encontraron diferencias significativas entre las proporciones de los grupos de estudio.

Con respecto al índice de riqueza, se halló que la mayoría de las mujeres (57,30%) que tuvieron un parto no institucional se encontraron en el quintil más pobre (Q1) y las diferencias de proporciones entre los grupos de estudio en esta variable fue significativa ($p < 0,001$). Además, se encontró que las mujeres que tuvieron un parto institucionalizado contaban con empleo (58,52%) mientras que las mujeres con parto no institucionalizado no.

Con respecto al área de residencia se encontró que la mayoría de las mujeres en ambos grupos de estudio vivían en zonas urbanas; sin embargo, las proporciones fueron visiblemente diferentes ya que la proporción de mujeres con parto institucionalizado (12,75%) fue aproximadamente la tercera parte de la proporción de mujeres con parto no institucionalizado (46,24%) en la residencia rural. (Tabla 1)

Tabla 1

Características sociodemográficas de las mujeres en estudio

	Parto institucionalizado N=1783 n (%)	Parto no institucionalizado N=81 n (%)	Valor p
Edad (M ± DE)	30,44 ± 6,63	29,36 ± 7,17	0,429
Edad (Categorizada)			
15 a 25 años	454 (25,48)	32 (40,22)	0,006

26 a 35 años	886 (51,19)	27 (34,81)	
> 35 años	443 (23,33)	22 (24,97)	
Educación de la madre			
Inicial	8 (0,51)	1 (0,64)	<0,001
Primaria	197 (9,47)	36 (43,68)	
Secundaria	894 (49,21)	30 (37,30)	
Superior no universitaria	390 (23,54)	11 (15,47)	
Superior universitaria	265 (15,42)	3 (2,90)	
Posgrado	29 (1,85)	0 (0,00)	
Educación de la pareja			
Inicial	3 (0,17)	0 (0,00)	<0,001
Primaria	162 (8,91)	24 (30,94)	
Secundaria	956 (53,12)	40 (48,24)	
Superior no universitaria	366 (20,91)	8 (11,25)	
Superior universitaria	271 (15,54)	9 (9,56)	
Posgrado	25 (1,36)	0 (0,00)	
Estado civil			
Soltera	236 (13,90)	9 (14,22)	0,859
Casada	355 (21,10)	15 (19,95)	
Conviviente	1188 (64,49)	57 (65,84)	
Divorciada	3 (0,19)	0 (0,00)	
Viuda	1 (0,32)	0 (0,00)	
Índice de riqueza			

Q1	311 (13,93)	52 (57,30)	<0,001
Q2	530 (25,36)	10 (12,55)	
Q3	426 (23,91)	13 (18,24)	
Q4	307 (19,44)	4 (5,60)	
Q5	209 (17,35)	2 (6,31)	
Empleo			
Empleada	990 (58,52)	33 (39,05)	0,009
Desempleada	793 (41,48)	48 (60,95)	
Área de residencia			
Urbano	1466 (87,25)	36 (53,76)	<0,001
Rural	317 (12,75)	45 (46,24)	

Se encontró una media de hijos similar entre los dos grupos de estudio (2,29 vs 2,97), aunque en el análisis al categorizar la variable de hijos se halló que en el grupo de parto institucionalizado la mayoría de las mujeres tenían entre 1 a 2 hijos (65,62%), mientras que en el grupo de parto no institucionalizado la mayor proporción de mujeres tenía entre 3 a 5 hijos (49,18%). Las proporciones de abortos entre ambos grupos de estudio fueron muy similares.

Mientras que para los controles prenatales, si bien la mayoría de ambos grupos de estudio contaban con un número adecuado de controles prenatales (76,90% vs 63,32%), se logró observar una diferencia notable en el número absoluto de controles prenatales siendo la media en el grupo de partos institucionalizados (7,88 CPN) evidentemente mayor a la media en el grupo de parto no institucionalizado (5,79 CPN), siendo esta diferencia de media corroborada por el estadígrafo de t de Student con un $p < 0,001$. (Tabla 2)

Tabla 2*Características obstétricas de las mujeres incluidas en el estudio*

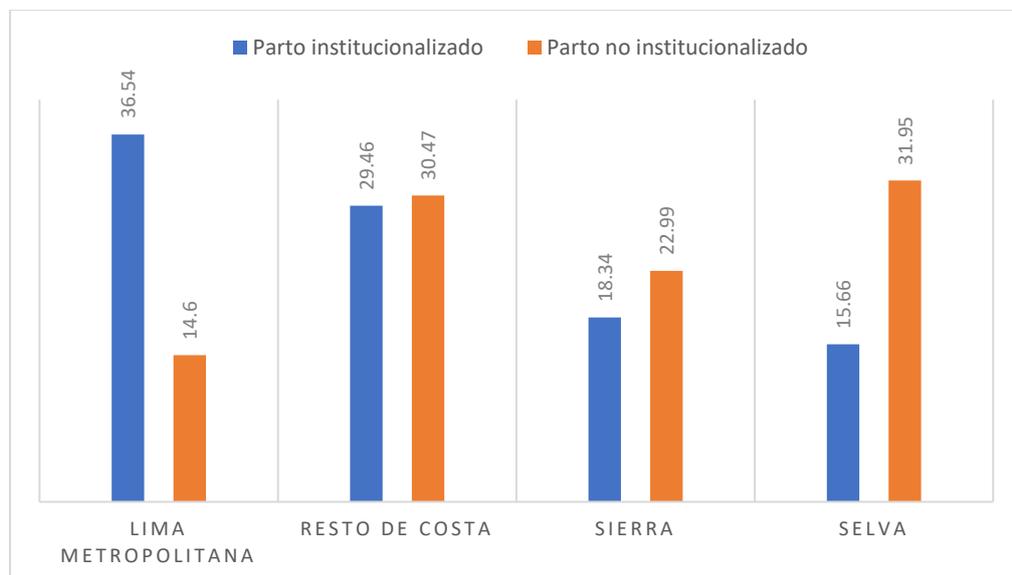
	Parto institucionalizado N=1783 n (%)	Parto no institucionalizado N=81 n (%)	Valor p
Número de hijos (M ± DE)	2,29 ± 1,28	2,97 ± 1,75	0,429
Hijos (Categorizada)			
1 a 2 hijos	1106 (65,62)	27 (45,07)	<0,001
3 a 5 hijos	619 (32,17)	47 (49,18)	
> 5 hijos	58 (2,20)	7 (5,75)	
Abortos			
No	1706 (95,31)	78 (95,34)	1,000
Si	77 (4,69)	3 (4,66)	
CPN (M ± DE)	7,88 ± 4,05	5,79 ± 4,22	<0,001
CPN (Categorizada)			
Adecuado	1375 (76,90)	52 (63,32)	0,007
Inadecuado	408 (23,10)	29 (36,68)	

Con respecto a la distribución geográfica de los partos según su condición de institucional o no, se encontró que Lima metropolitana era el área geográfica política con mayor proporción de partos institucionales (36,54%) mientras que la selva solo aportó con el 15,66% de los partos institucionales. Por otro lado, la mayor proporción de partos no institucionales se

encontró en la selva (31,95%) mientras que la menor proporción de dicho tipo de parto se vio en Lima Metropolitana. (Figura 2)

Figura 2

Distribución geográfica de los partos según su institucionalidad



El análisis de las variables de estudio en busca de los factores asociados al parto no institucionalizado se realizó a través de la regresión de Poisson con varianzas robustas en modelamientos bivariados y multivariados. En el análisis bivariado de las variables sociodemográficas se encontró que tener entre 26 a 35 años de edad (PR=0,44; p=0,002), educación superior universitaria de la madre (PR=0,10; p=0,038), cualquier nivel educativo superior a primaria de la pareja, y un índice de riqueza superior a muy pobre (Q1) fueron factores protectores en el primer abordaje (bivariado) de las variables sociodemográficas, mientras que estar desempleada (PR=1,76; p=0,01) y vivir en zona rural (PR=5,18; p<0,001) fueron factores de riesgo en el análisis bivariado. (Tabla 3)

Tabla 3

Análisis bivariado de regresión de Poisson con varianzas robustas de las variables sociodemográficas

	PR	IC95%	Valor p
Edad (Continua)	0,98	0,95 a 1,02	0,469
Edad (Categorizada)			
15 a 25 años		Ref	
26 a 35 años	0,44	0,27 a 0,74	0,002
> 35 años	0,71	0,42 a 1,21	0,220
Educación de la madre			
Inicial		Ref	
Primaria	1,39	0,21 a 9,04	0,73
Secundaria	0,29	0,04 a 1,91	0,200
Superior no universitaria	0,24	0,03 a 1,71	0,157
Superior universitaria	0,10	0,01 a 0,87	0,038
Posgrado			
Educación de la pareja			
Inicial			
Primaria		Ref	
Secundaria	0,31	0,19 a 0,50	<0,001
Superior no universitaria	0,16	0,07 a 0,36	<0,001
Superior universitaria	0,24	0,11 a 0,52	<0,001
Posgrado			
Estado civil			
Soltera		Ref	

Casada	1,10	0,49 a 2,48	0,812
Conviviente	1,24	0,62 a 2,48	0,531
Divorciada			
Viuda			
Índice de riqueza			
Q1		Ref	
Q2	0,12	0,06 a 0,25	<0,001
Q3	0,20	0,11 a 0,37	<0,001
Q4	0,08	0,03 a 0,24	<0,001
Q5	0,06	0,01 a 0,26	<0,001
Empleo			
Empleada		Ref	
Desempleada	1,76	1,14 a 2,73	0,010
Área de residencia			
Urbano		Ref	
Rural	5,18	3,39 a 7,91	<0,001

En el análisis bivariado de las variables obstétricas se encontró que el número de controles prenatales como variable continua obtuvo valores significativos de protección (PR=0,89; p<0,001), mientras que el número de hijos como variable continua y categorizada y los controles prenatales inadecuados fueron factores de riesgo significativos. (Tabla 4)

Tabla 4

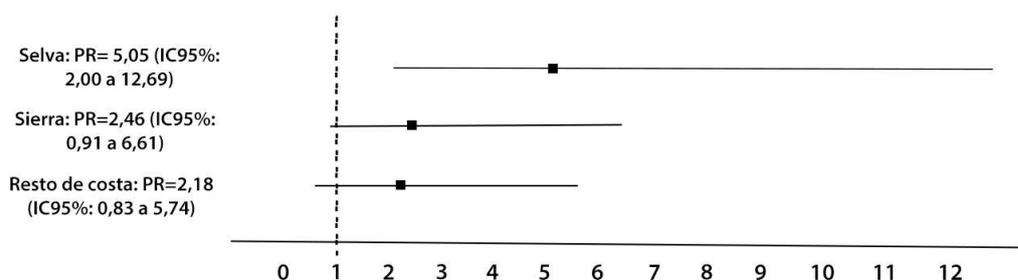
Análisis bivariado de regresión de Poisson con varianzas robustas para las variables obstétricas.

	PR	IC95%	Valor p
Número de hijos (Continua)	1,34	1,23 a 1,47	<0,001
Hijos (Categorizada)			
1 a 2 hijos		Ref	
3 a 5 hijos	2,96	1,86 a 4,70	<0,001
> 5 hijos	4,51	2,04 a 9,98	<0,001
Abortos			
No		Ref	
Si	0,85	0,27 a 2,65	0,790
CPN (Continua)	0,89	0,85 a 0,94	<0,001
CPN (Categorizada)			
Adecuado		Ref	
Inadecuado	1,82	1,17 a 2,83	0,008

Adicionalmente se realizó la evaluación bivariada de la variable de distribución geográficas según las regiones del Perú, en la cual se halló que solo vivir en la selva fue un factor de riesgo para el parto no institucionalizado (PR=5,05; p=0,001). (Figura 3)

Figura 3

Análisis bivariado de la regresión de Poisson con varianzas robustas de la variable de distribución geográfica



Finalmente, en el análisis bivariado de la regresión de Poisson se encontró que tener entre 26 a 35 años (PR=0,49; IC95%: 0,29 a 0,83), ser de los estratos socioeconómicos Q2 (PR=0,22), Q3 (PR=0,41) y Q4 (PR=0,24) y la variable continua de controles prenatales (PR=0,86; IC95%: 0,79 a 0,95) fueron los factores protectores asociados parto no institucional, mientras que residir en área rural (PR=1,80; IC95%: 1,10 a 2,97) y tener entre 3 a 5 años (PR=2,33; IC95%: 1,40 a 3,87).

Tabla 5

Análisis multivariado de regresión de Poisson con varianzas robustas

	PR	IC95%	Valor p
Edad (Categorizada)			
15 a 25 años		Ref	
26 a 35 años	0,49	0,29 a 0,83	0,008
> 35 años	0,54	0,29 a 1,00	0,051
Educación de la madre			
Inicial		Ref	
Primaria	1,35	0,19 a 9,29	0,759

Secundaria	0,61	0,08 a 4,31	0,622
Superior no universitaria	1,03	0,13 a 8,18	0,971
Superior universitaria Posgrado	0,58	0,05 a 6,88	0,673
Educación de la pareja			
Inicial			
Primaria		Ref	
Secundaria	0,77	0,46 a 1,29	0,337
Superior no universitaria	0,82	0,34 a 2,00	0,672
Superior universitaria Posgrado	1,78	0,69 a 4,59	0,232
Índice de riqueza			
Q1		Ref	
Q2	0,22	0,11 a 0,42	<0,001
Q3	0,41	0,21 a 0,81	0,010
Q4	0,24	0,06 a 0,86	0,028
Q5	0,21	0,03 a 1,39	0,108
Empleo			
Empleada		Ref	
Desempleada	1,48	0,97 a 2,25	0,067
Área de residencia			
Urbano		Ref	
Rural	1,80	1,10 a 2,97	0,019

Región geográfica			
Lima metropolitana		Ref	
Resto de costa	1,24	0,44 a 3,54	0,676
Sierra	0,83	0,27 a 2,49	0,745
Selva	1,54	0,55 a 4,29	0,404
Hijos (Categorizada)			
1 a 2 hijos		Ref	
3 a 5 hijos	2,33	1,40 a 3,87	0,001
> 5 hijos	2,37	0,89 a 6,28	0,081
CPN (Continua)	0,86	0,79 a 0,95	0,004
CPN (Categorizada)			
Adecuado		Ref	
Inadecuado	0,50	0,22 a 1,14	0,103

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un análisis inicial de cálculo de prevalencia de parto no institucional según el ENDES 2022 en el cual se encontró una prevalencia de 4,75%. Esta cifra resultó ser menor a la prevalencia de parto no institucional reportada previamente en el Perú que oscila entre 5,39% a 7,8%. (Rodrigo et al., 2023)

Por otro lado, se observó que existió una diferencia significativa de rango de edades entre los grupos de parto institucional vs no institucional, observándose mayores proporciones de mujeres de 26 a 35 años (51,19%) en el grupo de partos institucionales. En un estudio realizado en Perú con datos del ENDES del 2015 al 2017 se encontró que el 93,5% de las encuestadas de 25 a 34 años reportaron haber tenido parto institucional, al evaluar la proporción ponderada de mujeres de 26 a 35 años según filas se encontró que el 51,19% de proporción ponderado en columna equivale a 96,72% ponderado en fila, lo cual es ligeramente superior a lo reportado por Hernández et al. (2021). No obstante, dicho resultado sería consistente a lo reportado en el párrafo anterior donde se halló una prevalencia de parto no institucional menor a la reportada previamente por datos poblacionales en Perú. En otro estudio realizado con el ENDES 2019, se encontró una distribución similar con esta tesis con respecto al índice de riqueza entre los dos grupos de estudio (Rodrigo et al., 2023).

Con respecto a las variables obstétricas se encontró diferencias significativas solo para el número de hijos categorizado y para los controles prenatales, donde mayor proporción de mujeres con menos hijos optaban por un parto institucionalizado, mientras que el 49,18% de los partos no institucionalizados se registraron en mujeres con 3 a 5 hijos, este fenómeno puede asociarse a un mayor nivel de pobreza probablemente, ya que se ha reportado que un mayor número de miembros familiares menores de 18 años aumenta en 1,57 veces las probabilidades de pobreza según lo reportado por Castro et al. (2017), siendo la pobreza asociada también a menores proporciones de personas con un adecuado nivel educativo y mayores tasas de

embarazos no planificados, lo cual también repercute sobre los partos no institucionales. Por otro lado, las diferencias significativas entre los controles prenatales entre los tipos de parto también pueden explicarse por tratarse de dos poblaciones con características idiosincráticas diferentes desde el planeamiento del embarazo ya que un adecuado control prenatal se ha asociado a un embarazo planificado, así como a mayores niveles educativos los cuales también se asocian a partos institucionales. (Castillo et al., 2017)

Con respecto a las variables asociadas al parto no institucional encontradas en este estudio, se hallaron tanto factores protectores como factores de riesgo. Entre los factores que disminuían el riesgo de tener un parto no institucional encontramos a la edad de 26 a 35 años (PR=0,49), los estratos socioeconómicos de pobre (PR=0,21), clase media (PR=0,41) y rico (PR=0,24), y el número de controles prenatales (PR=0,86). Similarmente, Hernández et al. (2021) reportaron a la edad entre 25 a 34 años como un factor protector significativo común valor de OR de 0,63, y mayores probabilidades de partos no institucionales ante menores estratos socioeconómicos otorgando un OR de 3,88 a al nivel socioeconómico bajo; adicionalmente, dicho autor reportó el rol protector de los controles prenatales considerando el punto de corte de 8 controles para un valor de OR de 0,5.

Así también, Rodrigo et al. (2023) reportaron valores de OR similares para los quintiles de riqueza que iban desde 0,15 hasta 0,28 tomando como referencia al quintil 1 tal como en esta tesis.

Con respecto a las variables de riesgo, se encontró que residir en una zona rural (PR=1,80) y tener 3 a 5 hijos (PR=2,33) fueron los factores de riesgo para el parto institucional. Rodrigo et al. (2023) reportaron un OR de 1,93 para residir a una zona rural siendo dicho valor similar a la reportada en este estudio. Mientras que en otro estudio realizado por Huapaya et al. (2022) se reportó que tener 3 hijos a más aumentaba el riesgo de parto no institucional en

2,18 veces (OR=2,18), siendo dicho resultado también similar al presentado en la presente tesis.

VI. CONCLUSIONES

- Los factores asociados a parto no institucionalizado fueron variables sociodemográficas como la edad de la madre, el quintil de riqueza y la zona de residencia, así como también variables obstétricas como el número de hijos y los controles prenatales.
- La mayoría de los partos no institucionales se dieron en mujeres más jóvenes, con menor nivel de instrucción tanto de ella como de su pareja, con un menor quintil de riqueza, desempleadas y que vivían en zona rural.
- Los partos no institucionales se dieron principalmente en mujeres con más de 3 hijos y menor número de controles prenatales.
- Los factores sociodemográficos asociados a parto no institucional fueron tener de 26 a 35 años, los quintiles de riqueza, y residir en zona rural, de los cuales conforme la edad aumentaba y los quintiles aumentaban se reportó mayor protección y la residencia en zona rural aumentó en 80% el riesgo de parto no institucional.
- Los factores obstétricos asociados a parto no institucional fueron el número de hijos de 3 a 5 y los controles prenatales, de los cuales el número de hijos aumento 2,33 veces el riesgo de parto no institucional y los controles prenatales disminuían en 14% el riesgo de parto no institucional por cada control adicional que tenga la madre.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio de subanálisis de datos poblacionales que incluyan a los ENDES de los últimos 5 años para realizar una comparación exacta entre estos y discernir la sala situacional del Perú con respecto a los partos no institucionales.
- Se recomienda realizar estudios epidemiológicos diseñados por investigadores independientes en las principales ciudades del Perú (Lima, Chiclayo, Trujillo, Arequipa, Huancayo, Iquitos, entre otros) para abarcar de forma directa la recolección de datos e incluir variables no estipuladas en las ENDES.
- Se recomienda realizar estudios cualitativos que evalúen las motivaciones de las mujeres en los diferentes contextos del Perú que las llevan a preferir un parto no institucional para definir más consistentemente la problemática sobre este tema.

VIII. REFERENCIAS

- Ahmed, K., Karimuzzaman, M., Mahmud, S., Rahman, L., Hossain, M. & Rahman, A. (2023). Influencing factors associated with maternal delivery at home in urban areas: a cross-sectional analysis of the Bangladesh Demographic and Health Survey 2017-2018 data. *J Health Popul Nutr*, 42(83), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00428-9>
- Ajaari, J., Masanja, H., Weiner, R., Abokyi, S. & Owusu, S. (2012). Impact of Place of Delivery on Neonatal Mortality in Rural Tanzania. *Int J MCH AIDS*, 1(1), pp. 49-59. <https://doi.org/10.21106/ijma.10>
- Akokuwebe, M. & Idemudia, E. (2023). Factors associated with choice of home birth as place of delivery among women of reproductive age in South Africa. *Afr J Reprod Health*, 27(1), pp. 22-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37584955/#:~:text=Predictors%20for%20choice%20of%20home,non%20Durban%20place%20of%20residence.>
- Alemu, S., Ketema, T., Tessema, K., Feyisa, J., Yimer, A. & Kebede, B. (2022). Preference of homebirth and associated factors among pregnant women in Arba Minch health and demographic surveillance site, Southern Ethiopia. *PLoS One*, 17(10), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276682>
- Amit, A., Pepito, V., De Los Reyes, S., Tang, C., Aliazas, N. & Sumpaico, L. (2022). Prevalence and determinants of home delivery in urban and rural Philippines: Evidence from the 2017 National Demographic and Health Survey. *Womens Health (Lond)*, 18(1), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1177/17455057221117957>
- Castillo, I., Fortich, L., Padilla, J., Monroy, M., Morales, Y. & Ahumada Tejera, A. (2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 33 (1), pp. 62-71.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008&nrm=iso

Castro, R., Rivera, R. & Seperak, R. (2017). Impacto de composición familiar en los niveles de pobreza de Perú. *Cultura-hombre-sociedad*, 27(2), pp. 69-88.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-27892017000200069&nrm=iso

Dunn, P. (2002). Sir James Young Simpson (1811-1870) and obstetric anaesthesia. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 86(3), pp. 207-209. <https://doi.org/10.1136/fn.86.3.f207>

Hernández, A., Chacón, H., Vargas, R. & Bendezu, G. (2021). Factors associated with home births in Peru 2015-2017: A cross-sectional population-based study. *Heliyon*, 7(3), pp. 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06344>

Högberg, U. & Wall, S. (1986). Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bull World Health Organ*, 64(1), pp. 79-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3524885/#:~:text=Mortality%20statistics%20have%20been%20kept,remainder%20in%20the%2020th%20century.>

Huapaya, J., Santos, Y. & Moquillaza, V. (2022). Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(5), pp. 395-406. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417>

Jessney, B. (2012). Lister, J. (1827-1912): a pioneer of antiseptic surgery remembered a century after his death. *J Med Biogr*, 20(3), pp. 107-110. <https://doi.org/10.1258/jmb.2011.011074>

Lang, G., Farnell, E. & Quinlan, J. (2021). Out-of-Hospital Birth. *Am Fam Physician*, 103(11), pp. 672-679. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0601/p672.html>

Ligon, B. (2004). Penicillin: its discovery and early development. *Semin Pediatr Infect Dis*, 15(1), pp. 52-57. <https://doi.org/10.1053/j.spid.2004.02.001>

- Maximore, L., Mohammed, A., Issahaku, G., Sackey, S. & Kenu, E. (2022). Prevalence and determinants of home delivery among reproductive age women, Margibi County, Liberia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), pp. 653. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04975-7>
- Ministerio de Salud del Perú. (07 de Septiembre de 2019). *Parto institucional se incrementa a más de 90% en el país*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50612-parto-institucional-se-incrementa-a-mas-de-90-en-el-pais>
- Ossai, E., Umeokonkwo, C., Eze, II & Eke, P. (2021). Determinants of Non-Institutional Deliveries in Urban and Rural Communities of Ebonyi State Nigeria: Implications for Policy. *West Afr J Med*, 38(5), pp. 465-471. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34051719/>
- Palamuleni, M. (2011). Determinants of non-institutional deliveries in Malawi. *Malawi Med J*, 23(4), pp. 104-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588574/>
- Reis, R. (1959). Ignaz Semmelweis; the story of puerperal infection. *Q Bull Northwest Univ Med Sch*, 33(2), pp. 133-140. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3803707/>
- Rivas, A. (17 de Octubre de 2022). *CMP alerta sobre el peligro del parto domiciliario*. Colegio Médico del Perú. <https://www.cmp.org.pe/cmp-alerta-sobre-el-peligro-del-parto-domiciliario/>
- Rodrigo, P., Caira, B., Fernandez, D., Urrunaga, D., Alejandro, R., Vasquez, A. & Toro, C. (2023). Determinants of non-institutional childbirth: Evidence from the Peruvian demographic and health survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*, 20(1). pp. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100250>
- Souza, J., Gülmezoglu, A., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., Costa, M., Fawole, B., Mugerwa, Y., Nafiou, I., Neves, I., Wolomby, J., Bang, H., Cheang, K.,

- Chuyun, K., Jayaratne, K., Jayathilaka, C., Mazhar, S., Mori, R., . . . Say, L. (2013). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*, 381(9879), pp. 1747-1755. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60686-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60686-8)
- Stansbury, L., & Hess, J. (2009). Blood transfusion in World War I: the roles of Lawrence Bruce Robertson and Oswald Hope Robertson in the "most important medical advance of the war". *Transfus Med Rev*, 23(3), pp. 232-236. <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2009.03.007>
- Tarqui, M., & Barreda, A. (2005). Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 22(2), pp. 109-116. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000200005&nrm=iso
- Tarqui, M., & Barreda, A. (2006). Elección y Preferencia del Parto Domiciliario en Callao, Perú. *Revista de Salud Pública*, 8(3), pp. 214-222. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300007&nrm=iso
- Walker, J. (2017). Planned home birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 43(1), pp. 76-86. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y dimensiones	Metodología
¿Cuáles son los factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas según los datos disponibles públicamente en la ENDES 2022?	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas según la ENDES 2022. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Describir las características sociodemográficas de las mujeres en estudio. Reportar los antecedentes obstétricos de las mujeres en estudio. 	<p>Hipótesis alterna:</p> <p>La multiparidad (3 o más partos), residencia en zona rural, bajo nivel educativo de la mujer, bajo quintil de riqueza e inadecuado control prenatal fueron factores de riesgo asociados a parto no institucionalizado en mujeres en edad fértil</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Tipo de parto</p> <p>Variables independientes:</p> <p>Variables sociodemográficas: Edad, Sexo, estado civil, nivel de instrucción de la madre, nivel de instrucción de la pareja, empleo, índice de riqueza, región</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Estudio observacional analítico transversal.</p> <p>Ámbito temporal y espacial</p> <p>Se ejecutó el presente estudio utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) 2022 la cual es una encuesta ejecutada por el Instituto Nacional</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el parto no institucionalizado en las mujeres peruanas incluidas en el ENDES 2022. • Analizar la asociación entre los antecedentes obstétricos y el parto no institucionalizado en las mujeres peruanas incluidas en el ENDES 2022. 	<p>incluidas en la ENDES 2022</p> <p>Hipótesis nula:</p> <p>La multiparidad (3 o más partos), residencia en zona rural, bajo nivel educativo de la mujer, bajo quintil de riqueza e inadecuado control prenatal no fueron factores de riesgo asociados a parto no institucionalizado</p>	<p>geográfica, área de residencia.</p> <p>Antecedentes obstétricos: Número de hijos, abortos, controles prenatales y tipo de parto</p>	<p>de Estadística e Informática (INEI) en todo el Perú.</p> <p>Muestra:</p> <p>Este estudio no utilizó un cálculo muestral debido a que se incluirá a todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión en las bases de datos de la ENDES 2022</p>
--	---	---	--	--