

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA.**



**FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE PARTO  
DOMICILIAR U HOSPITALARIO EN MUJERES GESTANTES DE LAS  
UNIDADES DE SALUD DE EL TRIUNFO DEPARTAMENTO DE USulután,  
SESORÍ Y TIERRA BLANCA DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL EN EL  
PERIODO DEL 01 DE AGOSTO AL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2005.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:  
HAZEL KAREN MOLINA AGUILAR.  
FÉLIX ANTONIO REYES REYES.  
CARLOS JOSÉ VENTURA AYALA.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:  
LIC. SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO.**

**ENERO DE 2006  
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.**

**DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ.  
RECTORA.**

**INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ.  
VICERRECTOR ACADÉMICO.**

**DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS.  
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA.**

**LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS.  
SECRETARIA GENERAL.**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.**

**INGENIERO JUAN FRANCISCO MARMOL CANJURA.  
DECANO INTERINO.**

**LICENCIADA GLORIA LARIOS DE NAVARRO.  
VICEDECANA INTERINA.**

**LICENCIADA LOURDES ELÍZABETH PRUDENCIO COREAS.  
SECRETARIA GENERAL.**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA FACULTAD  
MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.**

**DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO.**

**LICENCIADA ELBA MARGARITA BÉRRIOS CASTILLO.  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN.**

**LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO.  
MIEMBRO DE LA COMISION COORDINADORA DE  
LOS PROCESOS DE GRADUACIÓN.**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO.  
MIEMBRO DE LA COMISION COORDINADORA DE  
LOS PROCESOS DE GRADUACIÓN.**

**ASESORES DEL PROCESO DE GRADUACIÓN.**

**LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO.  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN  
ASESORA DE METODOLOGIA.**

**LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO.  
DOCENTE ASESOR.**

**LICENCIADO JORGE ALBERTO MARTÍNEZ GUTIERREZ.  
ASESOR DE ESTADÍSTICA.**

**JURADO CALIFICADOR DEL INFORME FINAL.**

**LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO.  
DOCENTE ASESOR.**

**DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA.  
JURADO CALIFICADOR.**

**DOCTORA OLIVIA ANA LISSET SEGOVIA.  
JURADO CALIFICADOR.**

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A DIOS TODO PODEROSO**

Por habernos permitida culminar nuestra carrera, por estar presente siempre en cada una de las dificultades que se nos presentaron y por darnos la fortaleza necesaria para salir de ellas.

### **A NUESTRAS FAMILIAS**

Por su apoyo incondicional, ayuda y comprensión en todo el camino de nuestra carrera.

### **A LA UNIVERDSIDAD DE EL SALVADOR**

Por habernos permitido obtener nuestra formación académica.

### **A NUESTROS MAESTROS**

Por todos los conocimientos que de ellos adquirimos.

### **A NUESTROS ASESORES DE TESIS**

Licenciada Elba Margarita Berríos y Licenciada Sonia Margarita Martínez, porque sin su ayuda no hubiera sido posible elaborar esta investigación.

## **DEDICATORIA.**

**A DIOS Y A LA VIRGEN**, por haber guiado mis pasos y brindarme toda la sabiduría y discernimiento necesario para salir adelante.

**A MI MADRE**, Marta de Molina por ser ella el ejemplo a seguir en mi vida, por creer en mi y apoyarme siempre, y por todo su cariño, comprensión y amor en los momentos difíciles de mi carrera. Gracias mami.

**A MI ESPOSO CARLOS Y MI HIJA ANDREA**, por ser la luz de mi vida desde el momento en que aparecieron, por brindarme su cariño, su amor y la alegría y felicidad que solo en ellos puedo encontrar. Los amo.

**A MI DEMAS FAMILIA**, Claudia, Yesenia, Brenda, Mónica y Maricel, por sus consejos y la confianza que tuvieron en mi.

**A MIS AMIGOS**, por haberme brindado su amistad con especial cariño.

**Hazel Karen Molina Aguilar**



## **DEDICATORIA.**

**A DIOS TODOPODEROSO Y A LA VIRGEN MARÍA**, por brindarme la sabiduría necesaria para lograr alcanzar esta meta, por darme la perseverancia aún en los momentos más difíciles.

**A MI MADRE**, Delmy Esperanza Reyes, por darme todo su amor y cariño, por enseñarme todo lo bueno que ella tiene, a quien le debo todo lo que soy y lo que he logrado. Gracias mama por todos tus sacrificios.

**A MIS TIAS**, en especial: Leda Betinia Reyes y Ángela Orfila Reyes, quienes me apoyaron desde el principio.

**A MI NOVIA**, Luisa María Pacheco Portillo, por su comprensión, amor y cariño, por creer siempre en mí, por enseñarme el lado bueno de las cosas, por estar ahí cuando te necesite Gracias. TO.

**A MI DEMAS FAMILIA Y AMIGOS.**

**Félix Antonio Reyes Reyes.**

## **DEDICATORIA.**

**A DIOS TODOPODEROSO**, por ser mi mejor amigo, mi guía; por no haberme abandonado nunca en toda mi carrera, y haber estado siempre a mi lado acompañándome en todas las dificultades que se me presentaron.

**A LA VIRGEN MARÍA**, por su amor incomparable, por sus oraciones e intercesiones, por sus cuidados y por que siempre escucho cada una de mis palabras.

**A MI MADRE**, Daysi Ventura por haberme regalado la vida, ese don de Dios que lo envía a través de una madre. Por su cariño, por su apoyo, por enseñarme el camino y explicarme como lo puedo yo sobrellevar, por sus lecciones, por sus regaños y por demostrarme que no hay amor tan grande como el de mi mamá.

**A MI ESPOSA HAZEL Y MI HIJA ANDREA**, por todo su amor, su paciencia, su comprensión. Por el apoyo incondicional que siempre encontré en mi hogar, por la paz que me brindaron en los momentos difíciles y por hacerme entender que solo estaba completo cuando estaba junto a ellas.

**A MI DEMAS FAMILIA**, Claudia, Claudita, Nila, tíos y primos, por los consejos recibidos y por el apoyo que me brindaron.

**A MIS AMIGOS**, por regalarme parte de su tiempo, sus conocimientos y su compañía tan valiosa.

**Carlos José Ventura Ayala.**

**FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE PARTO  
DOMICILIAR U HOSPITALARIO EN MUJERES GESTANTES DE LAS  
UNIDADES DE SALUD DE EL TRIUNFO DEPARTAMENTO DE USULUTAN,  
SESORI Y TIERRA BLANCA DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL EN EL  
PERIODO DEL 01 DE AGOSTO AL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2005.**

## ÍNDICE.

SINOPSIS.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	xvii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	22
1.2 Enunciado general del problema.....	38
1.3 Enunciados específicos del problema.....	38
1.4 Objetivos de la investigación.....	39
1.4.1 Objetivo General.....	39
1.4.2 Objetivos Específicos.....	39
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.	
2.1 Antecedentes Históricos.....	41
2.1.1 Parto Domiciliar.....	41
2.1.2 Parteras.....	42
2.1.3 Parto Hospitalario.....	43
2.2 Situación de la mujer en el país.....	45
2.3 Factores determinantes de la mujer en la decisión del lugar de atención del parto.....	47
2.3.1 Factores socioeconómicos.....	48
2.3.1.1 Factores sociales.....	48
2.3.1.2 Factores económicos.....	50
2.3.2 Factores culturales.....	52
2.3.3 Factor de accesibilidad a los servicios de Salud.....	54
2.3.4 Factor de prestación de servicios de salud.....	55
2.4 Definición de términos básicos.....	57

### CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 Hipótesis general.....	62
3.2 Hipótesis específicas.....	63
3.3 Hipótesis nulas.....	63
3.4 Operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores.....	64

### CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de investigación.....	70
4.2 Población objeto de estudio.....	71
4.3 Técnicas de obtención de información.....	72
4.4 Técnicas de trabajo de campo.....	72
4.5 Instrumentos.....	73
4.6 Procedimiento.....	73

### CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5. Presentación de los resultados.....	77
5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados.....	78
5.3 Prueba de Hipótesis.....	152

### CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 Conclusiones.....	156
6.2 Recomendaciones.....	159

BIBLIOGRAFÍA.....	161
-------------------	-----

## ANEXOS.

1. Cronograma general de actividades a realizar en el proceso de graduación, año 2005.....	166
2. Cronograma de actividades específicas a realizar durante la ejecución. Hazel Molina.....	167
3. Cronograma de actividades específicas a realizar durante la ejecución, mes de agosto. Félix Reyes.....	168
4. Cronograma de actividades específicas a realizar durante la ejecución, mes de agosto. Carlos Ventura.....	169
5. Total de establecimientos de salud en El Salvador 2004.....	170
6. Partos Institucionales y Partera Capacitada 1997 - 1999.....	171
7. Partos Institucionales y Partera Capacitada 2000.....	172
8. Partos Institucionales y Partera Capacitada 2001.....	173
9. Partos Institucionales y Partera Capacitada 2002.....	174
10. Partos Institucionales y Partera Capacitada 2003.....	175
11. Mapa del SIBASI San Miguel.....	176
12. Mapa del SIBASI Santiago de Maria.....	177
13. Cédula de Entrevista.....	178

## **SINOPSIS.**

En las Unidades de Salud de El Triunfo, departamento de Usulután; Sesori y Tierra Blanca, departamento de San Miguel, durante el periodo comprendido, entre el 1 de agosto al 23 de septiembre del presente año, se realizó la investigación acerca de los factores determinantes en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en mujeres embarazadas que se encontraban inscritas en el programa de control prenatal.

La investigación tuvo como objetivo general: Investigar cuáles son los factores que influyen en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en la población objeto de estudio. Teniendo como causas relacionadas: Los diferentes factores culturales, el factor socioeconómico, la accesibilidad a los servicios de salud hospitalarios y el efecto que tiene la atención recibida en los centros de salud en la decisión del lugar de atención del parto por la mujer embarazada.

La investigación realizada fue de tipo cuali-cuantitativo, analítico, prospectivo, transversal y de campo. La población muestreada fue de 150 pacientes embarazadas, que asistieron a los controles prenatales, y que se encontraban inscritas en los libros del programa de atención materna, de las Unidades de Salud incluidas en la investigación, durante el periodo que comprendió el estudio.

La población fue tomada en base a la cantidad de pacientes inscritas en los libros de control de dichas Unidades de Salud, cuyo criterio de inclusión fue asistir a los controles prenatales y estar inscritas en los libros antes mencionados.

Las técnicas de obtención de la información utilizadas, fueron: La Documental, de tipo bibliográfica, escrita y hemerográfica; y de Campo, haciendo uso de la entrevista, y la encuesta; el instrumento utilizado fue la guía de entrevista y la cédula de entrevista, elaboradas con preguntas abiertas y cerradas.

Posteriormente se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados, los cuales indicaron que entre las mujeres encuestadas, el parto domiciliario tiene una gran aceptación 46.70 % debido a diferentes causas como: el bajo costo que este implica, la comodidad, la tradición y el rechazo a ciertas prácticas hospitalarias como la episiotomía; aunque el parto hospitalario predomina levemente 53.30 %, entre las razones mencionadas por las pacientes están: la confianza que tienen en el médico como tal, y el temor a complicaciones maternas y, especialmente aquellas de origen fetal.

Encontrándose que entre los factores influyentes en la decisión de la mujer embarazada acerca de optar por un parto domiciliario u hospitalario están: los aspectos culturales, los factores económicos y sociales; y la accesibilidad geográfica a los servicios hospitalarios. No así el factor atención recibida en los establecimientos de salud debido a la limitante de las pacientes al responder las preguntas relacionadas con este, puesto que un médico era el que aplicaba las encuestas.

Se comprobaron las hipótesis generales y específicas planteadas desde el inicio de la investigación. Al final del informe, se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones elaboradas por el grupo investigador, basadas en los resultados, con el objeto de mejorar la atención que se brinda en los hospitales a la parturienta y de esta manera, lograr una mayor aceptación del parto hospitalario entre la población.



## INTRODUCCIÓN.

En el mundo en desarrollo, las mujeres a menudo dan a luz en su casa y sin la asistencia de una persona capacitada para hacerlo. En la última década, se han implementado programas como la “Iniciativa para una Maternidad Segura” propuesta por la OMS (Julio 1998). Dentro de la cual incluye contenidos para entrenar a las parteras en estrategias y técnicas para atender el parto.

Cada minuto, una mujer muere por causas vinculadas al embarazo o al parto. En general, se trata de mujeres jóvenes, que ya tienen otros hijos/as y que viven en países en desarrollo. Por cada mujer que muere, cerca de 100 sobreviven al parto, pero quedan afectadas por alguna enfermedad, discapacidad o daño físico como consecuencia de las complicaciones del embarazo.

Según datos de la Unidad de Información en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador en el año 1999, a nivel nacional el total de partos atendidos (institucionales y por partera) fueron 105,874; de estos 28,504 fueron atendidos por parteras. En el año 2004, a nivel nacional el total de partos atendidos (institucionales y por parteras) fueron 87,909 de estos el 16.3 % (14,372) fueron atendidos por parteras.

Para el Ministerio de Salud de El Salvador en los últimos años se ha vuelto protagónico el papel de la madre y del recién nacido, tanto así que los indicadores de mortalidad materna y mortalidad infantil son parámetros internacionales que reflejan la situación y el desarrollo en salud de un determinado país. En El Salvador se tiene una tasa de mortalidad materna de 173 x 100,000 nacidos vivos, según la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002-2003.

Dentro de las posibles causas de mortalidad materna en el país tenemos: las hemorragias post parto, la sepsis y los trastornos hipertensivos del embarazo, todas relacionados mayormente con el momento del parto. Y de estas en la mayoría de los casos, han sido mujeres que han recibido atención del parto de forma domiciliar por parteras.

Estas últimas no cuentan en muchos casos con una preparación adecuada en la identificación de complicaciones y riesgos tanto para la madre como para el producto, poniendo en peligro la vida de ambos.

En este documento se presenta el informe final, de la investigación sobre los factores determinantes en la decisión de parto domiciliar u hospitalario en mujeres gestantes de las Unidades de Salud de el Triunfo, departamento de Usulután, Sesori y Tierra Blanca, departamento de San Miguel en el periodo del 1 de agosto al 23 de septiembre de 2005.

El documento se ha estructurado en seis capítulos, los cuales se detallan a continuación:

El Primer Capítulo, trata sobre el planteamiento del problema, en el que se detalla los antecedentes del problema objeto de estudio, tanto a nivel nacional como mundial, así mismo se da a conocer la importancia del tema estudiado; enunciando el problema a través de una pregunta general y cuatro preguntas específicas, a las cuales se les dio respuesta. Se presentan a continuación los objetivos de la investigación, tanto el general, como los específicos.

El Segundo Capítulo, comprende el marco teórico, el cual trata de analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren validos para el encuadre del estudio. Previendo errores y guiando la investigación.

El Tercer Capítulo, está conformado por el sistema de hipótesis que comprende una hipótesis general y cuatro hipótesis específicas, las que permiten dar respuesta al fenómeno objeto de estudio; y la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores, que consiste en llevar el plano de lo abstracto a lo concreto u operativo.

El Cuarto Capítulo, describe la metodología de investigación que incluye el tipo de estudio realizado, las características de la población objeto de estudio, los criterios de inclusión, las técnicas de obtención de la información, el instrumento utilizado, y se realiza una breve descripción del procedimiento realizado para la aplicación del mismo.

En el Quinto Capítulo, se encuentran los resultados obtenidos de la investigación sobre los factores determinantes en la decisión de parto domiciliar u hospitalario en mujeres gestantes de las Unidades de Salud de El Triunfo departamento de Usulután, Sesori y Tierra Blanca departamento de San Miguel en el periodo del 1 de agosto al 23 de septiembre de 2005; presentándose a través de cuadros y gráficos, incluyendo el análisis y la interpretación realizada por el grupo investigador.

El Sexto Capítulo, esta constituido por las conclusiones y recomendaciones surgidas de los datos obtenidos durante la investigación.

Se presenta luego, la bibliografía consultada, en donde se describe cada uno de las fuentes de información que fueron utilizadas para el desarrollo de la investigación.

Y, finalmente, se encuentran los anexos que comprende el informe, los cuales se detallan a continuación: Cronograma general de actividades, los cronogramas de actividades específicas, el total de establecimientos de salud en El Salvador 2004, la presentación del total de partos institucionales y atendidos por partera capacitada para los años 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 y 2002.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL FENOMENO OBJETO DE ESTUDIO.**

El Programa de acción de la Conferencia Internacional de 1994 (Cairo) sobre Población y Desarrollo hizo un amplio llamado a favor del “derecho de acceso de servicios apropiados de atención en salud, que permitan a las mujeres llevar un embarazo y parto sin riesgo” (OPS. Plan Estratégico de Mortalidad Materna).

En 1997, durante la “Consulta Técnica sobre la Maternidad Segura” se origino el “Programa de acción de la Maternidad Segura” el que consiste principalmente en fomentar la maternidad sin riesgo mediante el apoyo de los derechos humanos, sociales y económicos de las mujeres.

En el año 2000, en la “Cumbre del Milenio” las Naciones Unidas adoptan la “Declaración del Milenio”, en la que figura un conjunto de metas para alcanzar el desarrollo en todos los países en el año 2015.

Una de las metas del milenio es reducir la mortalidad materna en 75% los niveles de 1990. Un indicador para medir el progreso en alcanzarla es la presencia de un proveedor calificado en al menos el 80 % de los nacimientos en el mundo para el 2015 (OPS-Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas).

El Population Donet Bureau (2002) estima que el 99% de las muertes maternas se producen en países menos desarrollados y la mayor parte de ellas son evitables. Identifica con claridad cuatro ‘Retrasos’ en la búsqueda y obtención de atención a las mujeres:

- 1) En el reconocimiento de los signos de peligro por parte de las mujeres y otros miembros del hogar;
- 2) En la toma de decisión de buscar atención;
- 3) En la obtención de atención adecuada; y
- 4) En recibir atención en el establecimiento de salud.

Para los dos primeros hay cuotas de responsabilidad claras para los miembros del hogar al que pertenecen las mujeres.

El modelo que ha dominado los estudios de accesos a los servicios de salud es el modelo comportamental propuesto por Andersen en 1968 de la Universidad de Chicago que establece que el acceso a los servicios de salud esta determinado por tres conjuntos de características:

- Características Predisponentes, en las que se encuentran características demográficas, de la estructura social y las actitudes relacionadas a la salud.
- Características Posibilitantes, que son factores que pueden impedir u obstaculizar el uso de los servicios de salud, incluye recursos individuales de la familia como el ingreso, seguro de salud y apoyo familiar así como recursos de la comunidad como la disponibilidad de servicios de salud.
- Las Necesidades, proveen estímulos básicos para el uso de servicios, se refiere a la necesidad individual percibida para dichos servicios (Fosu, 1989).

Esto en otras palabras las características de los individuos, del hogar y la comunidad (Pebley, 1996).

### **a) Características de las Mujeres**

Diversos estudios han encontrado que factores biológicos como la edad y paridad de la mujer están asociados al uso que estas hacen de los servicios de salud. La edad de la mujer y la edad a la primera unión han sido asociadas al uso de los servicios de salud que hacen las mujeres para la atención del parto (Makhlouf y Potter, 1991), entre mas joven es la mujer mayor es la probabilidad que tiene de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto.

Short y Zhang (2004), en una investigación sobre uso de servicios de salud materna en el área rural de China encuentra que las mujeres con paridad superior a dos tienen menor probabilidad de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto.

La explicación de esta asociación es dada por la percepción negativa que tienen las mujeres de hacer uso de los servicios de salud basadas en la experiencia del embarazo y parto previo que transcurrieron en forma segura y saludable, unido a los inconvenientes de haber tenido que ausentarse del hogar para ser atendida (Short Y Zhang, 2004).

El alto logro educativo de las mujeres esta asociado a mayor probabilidad de que estas hagan uso de los servicios de salud para la atención del parto (Makhlouf y Potter, 1991; Pebley et al, 1996; Sanchez-Perez et al, 1997).

La experiencia de complicaciones durante el embarazo previo podría tener incidencia en el uso de los servicios de salud para la atención del parto, aunque no se ha encontrado que sea estadísticamente significativo (Pebley et al, 1996).



El resultado del embarazo anterior (nacido vivo- nacido muerto) tiene un efecto positivo sobre el uso de los servicios de salud para la atención del parto (Short y Zhang, 2004).

Family Health International (1994), ha documentado que la falta de autonomía de las mujeres, entendida como la necesidad que tienen de solicitar 'permiso' al cónyuge o a otro miembro del hogar preferiblemente del sexo masculino, es uno de los factores que limita el uso de los servicios de salud de las mujeres.

La situación del empleo de la mujer ha sido encontrada como un factor que incide en el uso que esta hace de los servicios de salud. Las mujeres que siempre han tenido empleo tienen mayor probabilidad de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto (Pebley et al, 1996).

#### **b) Características de los Hogares.**

Las principales características del hogar que han sido asociadas al uso de servicios de salud que hace la mujer para la atención del parto son las relacionadas al estatus socioeconómico (Pebley et al, 1996; Fosu, 1989; Andersen, 1968).

El numero de niños en el hogar ha sido asociado negativamente al uso de servicios de salud por parte de la mujer, entre mayor es el numero de niños en el hogar, menor es la probabilidad de la mujer de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto (Fosu, 1989; Makhoulf y Potter, 1991).

El logro educativo del cónyuge de la mujer (Pebley et al, 1996) y el del jefe del hogar al que pertenece la mujer (Sánchez-Pérez et al, 1997) han sido

asociados positivamente al uso de servicios de salud que la mujer hace para la atención del parto.

### **c) Características del entorno Geográfico.**

Las mujeres del área urbana y más aun las que residen en las capitales del país, provinciales o departamentales tienen mayor probabilidad de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto (Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996; Makhlouf y Poter, 1991).

Las mujeres que viven cerca de un establecimiento de salud o que requieren poco tiempo para llegar a el, tienen mayor probabilidad de hacer uso de los servicios de salud para la atención del parto (Sánchez-Pérez et al, 1997; Pebley et al, 1996). Aunque Sandoval (2002) en un estudio sobre atención prenatal, parto y puerperio en el Perú, encuentra que factores contextuales como la disponibilidad de los servicios de salud – a excepción del hospital- no tiene relación significativa con la atención prenatal, parto institucional y atención del puerperio, atribuyendo mayor importancia a factores individuales.

Por otra parte existen aquellas partes del globo en las que no más del 20 % de las mujeres tienen acceso a algún tipo de facilidad para dar a luz. Para ellas el parto domiciliario no constituye una opción, debido a razones de tipo económica, cultural o geográficas (Mbizvo et al 1993, Onwudiego 1993, Smith 1993).

La llamada a retornar al proceso natural en muchas partes del mundo civilizado hizo que se abrieran los paritorios a los padres y a otros miembros de la familia, pero la ubicación siguió siendo la misma: el hospital. Algunos hospitales han realizado un esfuerzo al instalar habitaciones que se asemejen a

un ambiente hogareño y esto se tradujo en un incremento de la satisfacción de las mujeres y de un descenso en el deseo por su parte de buscar nuevas ubicaciones para dar a luz en futuros embarazos.

Otros estudios demostraron que una primípara de bajo riesgo obstétrico, dando a luz en un hospital universitario, en un parto de seis horas, podría llegar a ser vista por al menos seis personas diferentes y aún así estaría sola gran parte de este tiempo (Donet y Osborn 1989). La rutina, la presencia de extraños, y el ser dejada sola durante el parto y/o nacimiento causan stress, y éste puede interferir en la decisión del lugar para dar a luz en un segundo embarazo y posteriores.

El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuido a lo largo del mundo. Desde 1930, se empieza la atención obstétrica en algunos hospitales, por consecuencia la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. El sistema de atención obstétrica en Holanda, donde todavía más del 30 % de las mujeres dan a luz en casa, es excepcional en los países industrializados (Van Altnet al 1989, Treffers et al 1990). Por otra parte, en muchos países en desarrollo, las grandes distancias entre las mujeres y las instituciones sanitarias restringen las opciones y hacen del parto domiciliario su única opción.

Aunque la evaluación de los riesgos puede ser perfectamente llevado a cabo por matronas expertas, su consejo acerca del lugar de nacimiento, basado en dicha evaluación, no siempre se admite. En estos países, muchos factores mantienen a las mujeres alejadas de las instalaciones hospitalarias de alto nivel.

Estos incluyen el costo de un parto en el hospital, prácticas desconocidas, actitudes inadecuadas del personal, restricciones a la atención de los familiares en el parto y la frecuente necesidad de obtener permiso para otros miembros de la familia (generalmente masculinos) antes de solicitar asistencia institucional (Brieger et al 1994, Paolisso y Leslie 1995).

Generalmente, las mujeres de alto riesgo y de muy alto riesgo no se sienten enfermas o muestran signos de enfermedad, así que dan a luz en casa, asistidas por un miembro de la familia o por alguien cercano (Kwast 1995).

Sin embargo, para que un parto domiciliario sea atendido correctamente sólo son necesarias unas mínimas preparaciones. La matrona ha de asegurarse de que hay agua limpia y que la habitación tiene una temperatura óptima. Se ha de lavar las manos concienzudamente. La ropa y toallas calientes han de estar preparadas para arropar al recién nacido y mantenerlo caliente. Debe existir a su vez un “equipo” de parto, como recomienda la OMS para crear un campo lo más limpio posible de cara al nacimiento y a los cuidados del cordón umbilical.

Así mismo deben existir facilidades de transporte en caso de que la mujer deba ser trasladada a un centro de referencia.

En algunos países desarrollados, se han construido paritorios dentro y fuera de los hospitales en los que las mujeres de bajo riesgo, puedan dar a luz en un ambiente hogareño, atendido generalmente por matronas. En la gran mayoría de estos centros la monitorización fetal electrónica y la estimulación del parto no se usan y se hace uso mínimo de analgésicos.

En un amplio informe sobre la atención en centros de partos en EE.UU., se describió la atención en centros alternativos, dentro y fuera de los hospitales

(Rooks et al 1989). Experimentos con este tipo de centros en Gran Bretaña, Suecia y Australia demostraron que la satisfacción de las mujeres con este tipo de cuidados era muy superior a la del cuidado clásico.

En algunos países desarrollados, la insatisfacción creada por el tipo de seguimiento especializado hizo que algunas mujeres y matronas empezaran la práctica de partos domiciliarios como confrontación con el sistema oficial de seguimiento del parto. Los datos estadísticos acerca de este tipo de modalidad de parto son escasos. En partos domiciliarios planificados el número de mujeres remitidas a los hospitales y el número de intervenciones fue bajo. La mortalidad peri natal y la morbilidad neonatal fueron así mismo bajas (Bastian y Lancaster 1992).

En países como Nepal, la propuesta de descentralización de la asistencia materna se ha adaptado a las necesidades de zonas urbanas en un país en vías de desarrollo, donde la capacidad de un hospital para ofrecer los servicios especializados de obstetricia que necesitan las mujeres con complicaciones en el parto, estaba siendo desbordado por el número total de mujeres con embarazos de bajo riesgo – un escenario común en muchos países.

El desarrollo de una unidad de nacimientos de “baja tecnología” junto al hospital principal, no sólo suprime la presión de la unidad de especialistas sino que facilita mucho poder proporcionar una atención adecuada a las mujeres en parto normal. En Lusaka, Zambia, tuvo lugar un proyecto similar a gran escala, donde un hospital clínico universitario, que servía como centro especialista para todo el país, llegó a desbordarse por el gran número de mujeres embarazadas de bajo riesgo.

La ampliación de la capacidad de los centros periféricos y la apertura de nuevos centros para partos de bajo riesgo, redujo el número de nacimientos en el hospital desde unos 22,000 a unos 12,000, y al mismo tiempo, el número total de nacimientos en la docena de clínicas satélites aumentó desde unos 2,000 en 1,982 a 15,298 en 1,988.

La asistencia de mujeres de alto riesgo en el hospital, mejoró con la disminución del número de mujeres de bajo riesgo, mientras que en las unidades periféricas se disponía de tiempo para garantizar que las mujeres de bajo riesgo recibieran la atención y el cuidado que requerían (Nasah y Tyndall 1994).

Entonces, ¿Dónde debería dar a luz una gestante? Se puede afirmar que una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia más "bajo" posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado (Federación Internacional de Gineco Obstetricia 1982).

Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una gran maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura.

A nivel nacional, los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud y en la prestación de servicios de salud se destacan: El estancamiento del crecimiento económico, un elevado crecimiento poblacional, la prevalencia del binomio desempleo/subempleo con un 7% de desempleo general y 29% de la población económicamente activa urbana subempleada; y la pobreza, con 51.9% de la población en pobreza relativa y 25.3% en pobreza absoluta.

El sector de la salud está constituido por dos subsectores: El público, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas.

En 1998, la población salvadoreña gastó un 8.3% del Producto Interno Bruto en salud (165 dólares anuales por persona). En este mismo año el financiamiento privado fue 54.4% del financiamiento total.

En el área de salud, el país cuenta a nivel nacional con 27 SIBASI (Ver anexo 11), los que poseen los siguientes establecimientos prestadores de servicios:

<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A NIVEL DE EL SALVADOR</b>	
30	Hospitales
367	Unidades de Salud
170	Casas de Salud
47	Centros Rurales de Salud

(Anexo 5)

Según datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador se han podido registrar en los últimos cinco años las siguientes cifras comparativas sobre la tendencia de partos institucionales y domiciliarios:

<b>Año</b>	<b>Partos Domiciliarios</b>	<b>Partos Hospitalarios</b>
1999	28,504	77,370
2000	28,019	81,635
2001	24,006	75,188
2002	20,486	74,837
2003	16,760	73,797

(Anexos 6,7,8,9 y 10 )

Así mismo, si evaluamos los datos de los últimos tres años por Departamento encontramos que en San Miguel y Usulután, los partos atendidos (domiciliarios e institucionales) fueron:

<b>AÑO</b>	<b>PARTOS ATENDIDOS POR PARTERA.</b>		<b>PARTOS INSTITUCIONALES.</b>	
	San Miguel	Usulután	San Miguel	Usulután
2002	951	1126	7221	5267
2003	960	859	6818	5282
2004	751	771	N/D	N/D

Fuente: [www.mspas.gov.sv](http://www.mspas.gov.sv)



Los SIBASI de San Miguel, perteneciente al departamento de San Miguel y el de Santiago de Maria, perteneciente al departamento de Usulután, serán incluidos dentro del estudio, los cuales cuentan con los siguientes datos en cuanto a población y establecimientos de salud, correspondiente al año 2004

<b>SIBASI</b>	<b>POBLACION</b>	<b>UNIDADES DE SALUD</b>	<b>CASAS DE SALUD</b>	<b>HOSPITALES.</b>
San Miguel	363,106	25	12	1
Santiago de Maria	103,272	9	6	1

Anexo 11 y 12.

### **UNIDAD DE SALUD DE EL TRIUNFO**

La Unidad de Salud de El Triunfo se encuentra ubicada en la ciudad del mismo nombre, en el municipio de El Triunfo del departamento de Usulután. Posee una población estimada acumulada (Rural y urbana) de 8,747 habitantes.

Actualmente el municipio se encuentra formado por la ciudad, y cinco cantones, con seis caseríos. La ciudad se encuentra constituida por: Colonia El Carmen, Barrio San Francisco, Col. Santa Lucia, Col. Las Flores, Barrio El Calvario, Barrio El Centro.

Los cinco cantones con los que cuenta son: Los Novillos, El Palón, Jicarito, San Antonio, La Palmera. Así mismo los caseríos son: Limones, Huilihuiste, Casas Viejas, Cerro Bonito, El Salitre, El Riito.

En un primer momento solamente funciono como Unidad de Salud Móvil, empezando a laborar en 1982, contaba con el siguiente personal: Enfermera auxiliar, secretaria, ordenanza, y un medico que brindaba consulta dos veces por semana. Luego se estableció con local propio en 1992 y se unió al personal un medico permanente Director, una enfermera graduada, un promotor de salud, y un Odontólogo.

Actualmente se prestan los siguientes servicios de salud:

- Consulta médica
- Consulta Odontológica
- Acciones antivectoriales y de saneamiento ambiental
- Consulta de enfermería
- Atenciones preventivas en salud
- Controles maternos e infantiles
- Curaciones y aplicación de inyecciones.
- Atención en primeros auxilios.

Según datos de los informes estadísticos mensuales, durante el año 2,004 se mantuvieron en control prenatal 388 mujeres; se registraron 252 partos intrahospitalarios y 56 partos domiciliarios.

## **UNIDAD DE SALUD DE SESORI**

La unidad de salud de Sesori se encuentra ubicada en la ciudad del mismo nombre, en el municipio de Sesori del departamento de San Miguel. La ciudad cabecera municipal cuenta con 475 viviendas, con un total de 6,454 habitantes en el área urbana; en el área rural 6,383 habitantes, con una densidad poblacional de 63.14 hab./km<sup>2</sup>.

Actualmente el municipio se encuentra formado por la ciudad, once cantones y ochenta caseríos. La ciudad esta constituida por la Colonia Libertad, Bº San Juan, Bº La Carlota, Bº El Centro y Bº El Calvario. Los Cantones son los siguientes: Charlaca, El Espíritu Santo, El Tablón, Las Mesas, Managuara, Mazatepeque, Minitas, San Sebastián, Santa Rosa, Petacones y San Jacinto.

Ante la necesidad de atención de salud en 1,968 se instaló frente al parque municipal un puesto de salud en el que se brindaba consulta medica a la población, posteriormente en 1,970 y bajo el proyecto de Alianza para el Progreso se construye la Unidad de Salud de Sesori en el lugar donde se ubica hasta el momento.

Actualmente en dicha unidad de salud se brindan los servicios básicos de salud en todo el municipio de Sesori:

- Vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Promoción, educación y fomento de la Salud.
- Fomento de la organización y participación comunitaria.
- Atenciones preventivas, controles infantiles, maternos.
- Cobertura con todas las vacunas del PAI.
- Atenciones curativas y primeros auxilios.

- Transporte de pacientes en casos de Emergencia hacia centros de atención del segundo nivel.

Según datos del Informe Estadístico Mensual Acumulado del año 2004 se mantuvieron en control prenatal 286 mujeres, así mismo nacieron 299 niños de los cuales fueron 250 partos intrahospitalarios, y 49 partos domiciliarios.

### **UNIDAD DE SALUD DE TIERRA BLANCA**

La atención en salud de la población de Tierra Blanca, perteneciente al SIBASI San Miguel, fue por muchos años responsabilidad del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, hasta en 1,989 en que se fundo la Unidad de Salud, iniciando actividades como unidad de salud móvil, la cual contó con el siguiente personal un medico que brindaba atención dos veces por semana, una enfermera auxiliar y una secretaria.

En el año 1,997 se establece como Unidad de Salud, contando con instalaciones propias, y se incorpora al personal una enfermera graduada, un promotor de salud y una ordenanza, actualmente laboran dos promotores.

Las atenciones que se prestan en la Unidad de Salud son: Consulta medica, consulta de enfermería, curaciones, aplicación de inyecciones, pequeñas cirugías, vacunación extra e intramural, visitas domiciliarias y actividades relacionadas con la salud ambiental.

El área geográfica del cantón Tierra Blanca, municipio de Chirilagua, Departamento de San Miguel, esta compuesta por once caseríos: La Manguera,

La Chanchera, La Cuchilla, Centro del Valle, Cerro de las Campanas, Santa Maria, La Estrechura, Riítos, El Planón, Puerto Viejo, Pajaritos.

Según datos de la Unidad de Información del SIBASI San Miguel la población total hasta el año 2,004 es de 2,533 personas, de las cuales 1,140 entran en el grupo de mujeres en edad fértil. En este mismo año se mantuvieron en control prenatal a 76 mujeres, así mismo nacieron 88 niños de los cuales 72 fueron partos intrahospitalarios y 16 fueron partos domiciliarios.

## **1.2. ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.**

Con base en lo anteriormente expuesto el grupo de investigación enuncia el problema de la siguiente manera:

¿Cuales son los factores determinantes en la decisión de parto domiciliar u hospitalario en mujeres gestantes de las unidades de salud objeto de estudio en el periodo de abril a octubre de 2,005?

## **1.3 ENUNCIADOS ESPECIFICOS DEL PROBLEMA**

El grupo de trabajo también tratara de darle respuesta a los siguientes enunciados específicos:

1. Son los factores culturales determinantes en la decisión de la embarazada sobre el lugar de atención de parto?
2. El factor socioeconómico de la embarazada se relaciona con la decisión del lugar de atención del parto?
3. La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es un factor que se relaciona con la decisión del lugar de atención del parto?
4. Influye la atención recibida en los centros de salud sobre la decisión del lugar de atención de parto?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Investigar cuales son los factores que influyen en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en mujeres gestantes en las Unidades de Salud de El Triunfo del departamento de Usulután, Sesori y Tierra Blanca departamento de San Miguel.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- a) Identificar los diferentes factores culturales que inciden en la mujer gestante en la decisión del lugar de atención del parto.
- b) Identificar la relación entre el factor socioeconómico de la mujer gestante con la decisión del lugar de atención del parto.
- c) Relacionar como el factor accesibilidad a los servicios de salud hospitalarios incide en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.
- d) Establecer que efecto tiene la atención recibida en los centros de salud sobre la decisión del lugar de atención del parto.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**



## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

#### **2.1.1 PARTO DOMICILIAR.**

En El Salvador, el Consejo Directivo de la Asociación Nacional Pro Infancia, acordó en el año 1,942, hacerle frente a la problemática médico social de la atención del parto, con la Dirección General de Salud, usando el curso de las delegaciones sanitarias que registró a todas las parteras del país y estableció un plan de estudio, elaborando un reglamento para la enseñanza de la partera, inaugurándose el primer curso como parteras rurales el 15 de octubre de 1943, a cargo de la Sra. Francis Morgan, enfermera obstétrica norteamericana, otorgándoles un certificado como PARTERA TITULADA, teniendo una duración de un año.

Fue en 1974, que un grupo multidisciplinario integrado por representantes de 15 países latinoamericanos se reúnen con el propósito de analizar las posibilidades de utilizar a las parteras en la Atención Materno Infantil, fijándose como estrategia; desarrollar Programas de Educación continua a Parteras Tituladas, con base a un diagnóstico establecido y considerando los patrones culturales de las comunidades.

En 1975, la División Materno Infantil, diseñó un estudio sobre los rasgos culturales de las parteras de El Salvador, el cual sirvió de referencia para el diseño del Programa y de los cursos de adiestramiento. El Gobierno de El Salvador (GOES), firmó el Convenio ELS/74 con el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de la Población (FNUAP), dando lugar al Programa de la

Partera Capacitada, para el mejoramiento de la atención materno infantil en la población, el programa se basó en capacitación de 1,050 parteras tradicionales del área rural, proporcionándose un adiestramiento básico, teórico y práctico centrado en la atención de la madre y del niño, estableciéndose la coordinación de la partera con el establecimiento de salud para obtener un nexo de colaboración mutua; desde esa fecha el Programa de Parteras Comunitarias se inscribe en el paquete de programas incluidos en la Política Mundial de Salud para mejorar los servicios Materno-Infantil.

Según estudios sobre patrones culturales que influyen en la aceptación de la usuaria sobre la atención del parto domiciliario, se comprobó que las mujeres embarazadas y las parteras de las comunidades investigadas reflejan un alto grado de analfabetismo, lo que permite la conservación de patrones culturales muy arraigados en relación al embarazo, parto y puerperio, con predominio a las tradiciones como: la antigüedad de la partera, dar bebidas a base de hierbas en el trabajo de parto; y costumbres como: hacer maniobras para cambiar de posición al niño, recomendar determinados alimentos en la dieta de la parturienta, además le brinda confianza y es amable al brindar la atención solicitada a la partera.

### **2.1.2 PARTERAS.**

Desde los tiempos precolombinos se relata que la mujer tiene siglos de ponerse en cuclillas para parir a sus hijos y la partera acompaña a la parturienta en el momento del parto y la atención del recién nacido.

El Salvador no es ajeno a esta realidad; como un pueblo de origen indígena se cuenta con la figura de la partera en el ámbito rural y urbano, aunque en este último casi ha desaparecido, actualmente se cuenta con 1942 parteras

capacitadas<sup>1</sup>, sin contar con un subregistro de parteras empíricas difícil de determinar.

La partera se describe generalmente por costumbre como una mujer de edad avanzada, cuya aceptabilidad para atender partos aumenta a partir de los 40 años, por razones culturales; de bajo nivel educativo mayoritariamente analfabeta por razones estructurales y socioeconómicas, católica por tradición, multípara, mas de la mitad son casadas, cuya ocupación mas frecuente es oficios domésticos, ha aprendido el oficio de partera por si solas o bajo la dirección de familiares o amigos, atiende alrededor de 12 partos por año, cobra aproximadamente \$15.00 <sup>2</sup>; inicia su relación con la embarazada alrededor del 2º - 3º trimestre del embarazo y finaliza 2 semanas después del parto.

“Las cualidades que, según las parturientas más distinguen a las parteras son: la responsabilidad, la limpieza y las atenciones y en un grado menor la destreza”<sup>3</sup>.

### **2.1.3 PARTO HOSPITALARIO.**

La asistencia prenatal comenzó como un servicio, en 1,788 en la ciudad de Paris, en la mayoría de los casos a madres solteras; comenzaron a ser atendidas en el Hotel Diego y en el Hospital Salpetrière, a veces dos o tres pacientes en una sola cama, a partir de la semana 36 de embarazo, fue así como el problema del alojamiento pareció ser un objetivo mas urgente que el tratamiento o los cuidados preventivos.

---

<sup>1</sup> José Humberto Velásquez, La Partera Salvadoreña. Pág. 34.

<sup>2</sup> Maribel Ramos. “Parto atendido por Partera”. Entrevista. 13 de junio de 2005.

<sup>3</sup> José Humberto Velásquez, Op. cit. Pág. 78.

Esto se debió en parte a que no se reconoció la importancia de las urgencias peculiares al estado gravídico; y las enfermedades que se presentaban durante el embarazo eran atendidas en salas generales, por personal poco capacitado.

Siendo así como a principios del siglo XX en Europa, se mostró el primer interés médico y científico efectivo por la paciente antenatal. Durante el primer decenio del siglo XX se comenzaron a construir con este propósito las primeras camas gineco-obstétricas, paulatinamente se fue mostrando un mayor interés por el bienestar materno, que adoptó una forma más general y relevante hacia finales de la primera guerra mundial, asumiéndose un especial interés en la parturienta y el neonato.

Paralelamente surge la rama de la medicina encargada del estudio de la reproducción humana, la vigilancia y el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, conocida como Ginecología (“La cama de la medicina”).

El fenómeno de la migración de la población del área rural a la urbana ha “obligado” a que muchas mujeres estén haciendo uso cada vez más de salas obstétricas para la atención del parto ya sean estos normales o complicados.

Actualmente, en nuestro país de forma general se brindan los servicios de atención de parto a nivel institucional, tanto en hospitales públicos como en la red privada; teniendo un costo aproximado de \$10.00 en caso de parto normal y \$20.00 en caso que ameritan cesárea en la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública. En el sector privado los costos tienden a elevarse alcanzando un

valor aproximado de \$500.00 en partos normales y \$700.00 en partos que ameritan cesárea<sup>4</sup>.

## **2.2 SITUACION DE LA MUJER EN EL PAÍS.**

La población femenina alcanza el 52.51% del total con 3.375.686 de mujeres. Sin embargo, los hogares con jefatura de mujeres son sólo un 34% del total.

Según revela un sondeo nacional realizado por el Instituto Universitario de Opinión Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), coordinado por el Movimiento de Mujeres y auspiciado por la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas), casi la mitad de la población salvadoreña -48.2 %- no conoce los derechos de las mujeres

Del 51.8 por ciento de personas dijeron conocer los derechos de las mujeres una cuarta parte de la población señaló el derecho de "no ser maltratada", un 19.8 por ciento dijo "derecho a ser respetada", el 14.8 por ciento hizo referencia a la libertad e independencia de las mujeres y un 10.2 por ciento mencionó "la igualdad". Otros derechos citados en menor porcentaje fueron: el derecho a trabajar, derecho a servicios sociales y a participar en política.

Por otro lado, la población femenina considera que dentro de los problemas que más afectan a las mujeres en el país; la situación económica, falta de educación, el desempleo, la discriminación de la mujer, el machismo, el libertinaje de las mujeres y la paternidad irresponsable.

---

<sup>4</sup> Olga Molina de Pérez. "Parto Institucional". Entrevista. 20 de Mayo del 2005.

Dentro del mismo contexto, se encontró que más de dos terceras partes de las mujeres salvadoreñas (67.2 por ciento) se sienten poco o nada apoyadas en su vida diaria por los servicios que le ofrece el gobierno; como por ejemplo: asesoría legal en caso de violencia intrafamiliar, paternidad irresponsable, salud sexual y reproductiva, etc.

En otro ámbito, la opinión de los y las salvadoreñas respecto al avance en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres: el 60.9 por ciento considera que ha habido algunos o muchos avances, un 37 por ciento opina que los avances han sido pocos o ninguno y un 2.1 por ciento dijo no saber.

Las mujeres que no poseen un trabajo remunerado alegan como principal razón para no trabajar fuera del hogar el cuidado de hijos e hijas en un 43.4 por ciento de los casos, un 11.2 por ciento indicó que no necesitaba hacerlo, el 9.9 por ciento sostuvo que su pareja no se lo permitía, un 8.9 por ciento señaló que no encontraban trabajo

Las mujeres participan menos que los hombres en las organizaciones de la sociedad salvadoreña. Un 77.6 por ciento de la población salvadoreña no participa de ninguna organización o asociación. Del 22.4 por ciento de las personas que participan, pertenecen en mayor medida a una organización religiosa (15.1 por ciento) y sólo pequeños porcentajes afirmaron participar de alguna política, comunitaria o gremial entre otras.

Las mujeres participan en organizaciones religiosas en un porcentaje un poco mayor que los hombres, pero éstos a su vez pertenecen en mayor medida que la población femenina a asociaciones políticas, comunitarias o gremiales.

### **2.3 FACTORES DETERMINANTES DE LA MUJER EN LA DECISION DEL LUGAR DE PARTO.**

En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), en 1990 el Dr. Mahamoud Fhatalla afirmó que “Las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor” (Fhatalla, 1992)<sup>5</sup>.

Los factores relacionados con la muerte materna son múltiples y pueden enfocarse desde dos puntos de vista: el de etiología clínica y el de los condicionantes socioeconómicos, culturales y geográficos. Sabemos que toda mujer está expuesta a todos los riesgos que implica el embarazo; durante ese periodo puede tener complicaciones imprevistas que pongan su vida en peligro y que requieran atención médica inmediata.

Las diferencias no están dadas por el riesgo de tener una complicación, sino por las oportunidades y posibilidades de acceder a una atención oportuna, eficaz y adecuada.

Es así como podemos relacionar la decisión de la mujer al momento del parto sobre el lugar de la atención con la mortalidad materna, ambos fenómenos pueden ser afectados por diferentes factores, dentro de los cuales se describen los siguientes:

---

<sup>5</sup> Disponible en [www.msal.gov.ar/htm/site/pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf). 13 de junio de 2005

### **2.3.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS.**

El estatus social bajo y las desventajas de muchas mujeres respecto a menor acceso a la educación formal, oportunidades laborales, poder de decisión dentro y fuera del hogar, y en particular su menor autonomía en las decisiones de la vida sexual y la reproducción, están condicionados por diferentes factores.

#### **2.3.1.1 FACTORES SOCIALES.**

##### **EDUCACIÓN.**

En El Salvador la escolaridad promedio de adultos es de 5.2 años escolares aprobados. El 18.1% de la población salvadoreña mayor de 15 años es analfabeta, (20.4% de las mujeres y 15.5% de los hombres). En el área rural esta cifra tiende a ascender a un 30%<sup>6</sup>. Constituyendo esto una desventaja para las mujeres, dificultando la adecuada comprensión de la información que se brinda durante la atención prenatal, respecto a las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto.

El menor acceso a la educación en las mujeres condiciona a una cadena de eventos de carácter cultural que enfrasan a la mujer en roles discriminativos y machistas, que la marginan en un papel estrictamente reproductivo y de servicio doméstico al resto de su familia. La baja escolaridad empeora esta situación limitando a las mujeres a desarrollarse profesionalmente, bloqueando las posibilidades de alcanzar un mejor nivel de vida.

---

<sup>6</sup> Disponible en [www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf](http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf)



Según datos del Ministerio de Economía, hasta el año 2002, solamente un 20.7 % de la población total alcanza un nivel de escolaridad de al menos un año de educación media aprobado. Situación que se ve afectada por el difícil acceso a la educación media sobre todo en el área rural, en la cual las mujeres en la mayoría de los casos se les privan del derecho a la educación.

Dedicándose las mujeres a labores doméstica y jornadas de trabajo con el fin de aportar ingresos económicos para los gastos familiares, relegándose a un segundo plano la formación escolar. Un círculo vicioso que se viene dando de generación en generación, y que no contribuye en nada en la mujer gestante al momento de comprender la información sobre los riesgos que corre durante el parto y por ende tomar decisiones inadecuadas y/o influenciadas por familiares y allegados. Un mayor nivel educativo, se asocia a un considerable uso de los servicios de salud, independientemente del área rural o urbana.

## **POBREZA.**

Según Kliksberg (1,999), la pobreza repercute en las dimensiones fundamentales de la existencia, debido a que crea dificultades importantes en lo que se denominan las capacidades básicas, de funcionamiento de las personas, deteriorando la calidad de vida y acortando la esperanza de vida<sup>7</sup>.

La pobreza suele medirse en pobreza extrema, como la situación en que se encuentra aquella población con ingresos inferiores al costo de su canasta básica de alimentos; y pobreza relativa, como la situación de aquella con ingresos suficientes para adquirir la canasta de alimentos, pero insuficientes para financiar la satisfacción de otras necesidades básicas como (vivienda, salud, educación, etc.).

---

<sup>7</sup> Disponible en [www.oas.org](http://www.oas.org)

Hasta el año 2001, la pobreza en El Salvador afectaba a un 51.9 % de los hogares (de estos 32.8% de hogares del área urbana y 55.4% del área rural). El 25.3% de los hogares salvadoreños vive en extrema pobreza (10.3% de los hogares urbanos y 27.4% de los rurales).<sup>8</sup> Una de cada 5 personas en el sector rural se encuentra en pobreza extrema o absoluta.

La pobreza afecta todo el ámbito familiar, el papel de la mujer no es ajeno a esta aseveración, pues afecta en su desarrollo personal y social. El poder adquisitivo que una familia tenga afecta directamente sobre el nivel de vida, incluyendo la accesibilidad a los servicios de salud. Todo esto incidiendo en las decisiones que se tomen en relación a la atención prenatal y el parto.

### **2.3.1.2 FACTORES ECONÓMICOS**

La remuneración media de las mujeres sigue siendo más baja que la de los hombres: en el área en el área urbana la diferencia es de \$ 849,48 por año y en el área rural del \$ 330,98 por año<sup>9</sup>.

La inserción de las mujeres en los espacios productivos continúa siendo uno de los mayores obstáculos para su desarrollo; el sector informal continúa siendo el principal sector económico donde la mujer encuentra espacio para recibir alguna remuneración; la relación del ingreso promedio de las mujeres en comparación con los hombres a nivel nacional para el año 2000 era de 0.35, es decir que la mujer percibe un 35% menos del salario percibido por los hombres en trabajo o labor equivalente.

---

<sup>8</sup> Disponible en [www.lachsr.org/documents/perfildelesistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf](http://www.lachsr.org/documents/perfildelesistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf)

<sup>9</sup> Disponible en [www.lasdignas.org.sv/informacion/textos.php/tipo/situacion](http://www.lasdignas.org.sv/informacion/textos.php/tipo/situacion)

La división sexual del trabajo por su parte hace que los trabajos a cargo de las mujeres sean frecuentemente los peor remunerados y la doble jornada laboral (la jornada de trabajo fuera y dentro del hogar) expone a las mujeres a muchas horas de trabajo comprometiendo su salud física y psíquica, y creando obstáculos adicionales para que pueda atender su salud en tiempo y forma.<sup>10</sup>

En el año 1997, de cada 100 mujeres en edad de trabajar, 35 trabajaban o buscaban activamente trabajo, para el 2001 la cifra subió a 40. Sin embargo, esta cifra aún es baja comparada con la de los hombres, la cual asciende a 69 de cada 100.

Por otra parte, en el sector informal del mercado de trabajo más de la mitad de las personas ocupadas son mujeres, situación que deja con mayores niveles de vulnerabilidad a este grupo poblacional ya que en su mayoría carecen de las prestaciones laborales establecidas por la ley.

Según datos del Ministerio de Economía para el año de 2,000 el costo de la canasta básica es de \$135.65 lo cual contrasta con los ingresos de la población sobre todo en el área rural, ocupando esta la mayor parte de los ingresos, quedando desabastecidas otras necesidades básicas como salud, educación y vivienda.

Los costos hospitalarios relacionados a la atención del parto vienen a recargar los gastos familiares, haciendo que las mujeres prescindan de este servicio con el fin de mantener el equilibrio de la economía en el hogar; tomando en cuenta además otros gastos en los que incurren los familiares de la parturienta como son transporte hacia el hospital, alimentación de los familiares durante la estadía y medicamentos.

---

<sup>10</sup> Disponible en [www.msal.gov.ar/htm/site/pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf).

### 2.3.2 FACTORES CULTURALES

“La cultura de un pueblo es el conjunto de recursos materiales e intelectuales de que se vale para conocer y dominar la naturaleza, para servirse de ella y procurarse una vida más humana, más libre por ser menos dependiente de las fuerzas de la naturaleza y también de otros pueblos y clases. Sin embargo en una sociedad de clases antagónicas no toda la cultura es patrimonio de todo el pueblo pues los sectores dominantes se reservan los elementos culturales que permiten mantener la dominación.”<sup>11</sup>

Sumado a los factores socio-económicos anteriormente descritos, las creencias, costumbres e idiosincrasias de la población permiten que la atención del parto, sobre todo en el área rural, no busque los servicios hospitalarios, sino quedándose en el hogar para ser atendida por la partera, personaje aceptado por la población por la confianza que proporciona.

Esto se ve reforzado por la inaccesibilidad geográfica a las instituciones de salud y los altos costos de la asistencia hospitalaria tanto pública como privada, teniendo que utilizar los servicios de la partera comunitaria para la atención del parto.

Así mismo, se puede mencionar dentro de los factores culturales las sociedades con características patriarcales, la cual se internaliza dentro de la familia y la sociedad a través del conjunto de esquemas de normas, valores, pautas de crianza y mitos y se explica en forma radical a través del machismo, el cual se refiere a dos hechos interrelacionados: por una parte, a una situación social de dominio y privilegio del hombre sobre la mujer en los aspectos

---

<sup>11</sup>José Humberto Velásquez, Op. cit. Pág. 18.

económicos, culturales y sociales; y por otra parte, los mitos de superioridad del hombre en muchos o todos los aspectos: biológicos, sexual, intelectual y emocional.

En una cultura patriarcal el poder es generado por el género masculino sobre el femenino; esta cultura refuerza y produce valores esenciales: por una parte la supremacía del sexo masculino y por otra la inferioridad del sexo femenino, en torno a esto se han creado una serie de creencias sobre la mujer y el hombre en cuanto a su personalidad. A la mujer se le identifica como: suave, dulce, sentimental, frágil, dependiente, maternal, coqueta, sacrificada; y al hombre como: dominante, autoritario, valiente, agresivo, audaz, sobrio, conquistador, seguro, activo, intelectual, racional y fuerte. En cuanto a la existencia social se designa a las mujeres al espacio doméstico, la casa y a los hombres los espacios públicos, el mundo<sup>12</sup>.

Dentro de estas creencias se aceptan en el ámbito de atención del parto la idea que “el parto es cosa solo de mujeres”, “la mujer no debe ser vista por otros hombres mas que su marido”; estas ideas erróneas afectan la decisión de la mujer embarazada al momento de escoger el sitio donde será atendido su parto.

El atonimiento, es otro factor cultural presente en nuestra sociedad y que puede afectar la decisión de la mujer embarazada sobre la decisión del lugar para recibir la atención del parto; que se puede definir como un patrón cultural que consiste en la incapacidad de ajustar los actos del presente al futuro. Es decir, no importa cuanto tiempo tenga la embarazada para hacer algo, siempre

---

<sup>12</sup> Katrin Kasische, Marina Morales Carbonell. “Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva”. Pag. 17.

lo hace en el ultimo minuto. Depende de la percepción del tiempo y de la consecuente forma de administrarlo.

Esto se ve reflejado en el hecho de que no se prevé el sitio de atención del parto aun cuando en los controles prenatales se informa sobre la fecha probable del parto, viéndose en la necesidad de buscar atención hospitalaria en ocasiones a altas horas de la noche a pesar de vivir en lugares de difícil acceso; situaciones que se pueden evitar al trasladarse a lugares cercanos a centros hospitalarios ya sea con familiares o amigos en las ultimas semanas del embarazo.

### **2.3.3 FACTOR DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

En el país los servicios de salud son proporcionados por el sector público y el sector privado, quienes concentran su atención hospitalaria en el área urbana, no obstante, el área rural es atendida especialmente por el sector público a través de las unidades de salud, casas de salud y dispensarios de salud (Sede de los promotores de salud).

En el siguiente cuadro se puede apreciar la cantidad de centros asistenciales que pertenecen al Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, disponibles para la atención de usuarios:

<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A NIVEL DE EL SALVADOR</b>	
30	Hospitales
367	Unidades de Salud
170	Casas de Salud
47	Centros Rurales de Salud

(Anexo No. 5)

Según estos datos se puede establecer una relación de habitante/hospital de 221,272 habitantes que deben ser atendidos por cada hospital; significando esto una sobre demanda de servicios de salud por parte de la población.

Esto tiene repercusiones en la mujer del área rural al momento de decidir el sitio de atención del parto, puesto que los hospitales están restringidos a zonas urbanas, limitando el acceso al parto institucional. Además contribuye a esto el difícil acceso en las zonas rurales, debido a que cuentan en su mayoría con caminos en los que sería limitado el traslado de pacientes, aunado la falta de servicios básicos como alumbrado eléctrico y agua potable que acentúa el problema.

#### **2.3.4 FACTOR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

El sector salud está constituido por 2 subsectores: el público, integrado por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, Bienestar Magisterial, Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas.

Hasta el año 2000 El Salvador contaba con 7,298 médicos registrados con una razón de médicos por habitante incrementada a 12.1 médicos por cada 10,000 habitantes<sup>13</sup>. A partir de esto se deduce una sobrecarga de trabajo a cada médico miembro del MSPAS, que implica un menor tiempo de consulta que se puede invertir en cada paciente.

---

<sup>13</sup> Disponible en [www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf](http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf)

Situación que se relaciona como se ha expuesto anteriormente con una despersonalización en la consulta médica, provocando un ambiente rutinario en las salas de atención. Teniendo en cuenta el poco personal encargado en la evaluación de mujeres durante trabajo de parto en los hospitales, se crea entonces una relación medico-paciente con muy poca o nula empatía, repercutiendo esto en las mujeres como una percepción de maltrato, poco interés e inseguridad.

Aunado a ello esta la norma que rige, en los hospitales del sector público e inclusive en los privados, que nadie más que el médico y la enfermera pueden acompañar a la parturienta durante su trabajo de parto, creando una brecha entre la mujer y sus familiares. La primera se debate entonces ante la situación en un ambiente de soledad e inseguridad.

Dentro de este contexto se tiene también que el 63% de los hospitales públicos de El Salvador tienen más de 30 años de funcionamiento, con limitaciones en la reposición de equipos e infraestructura y en la transferencia tecnológica. Constantes daños a la infraestructura y el equipamiento debido a desastres naturales han afectado a los establecimientos de salud. Cerca de la mitad de las camas hospitalarias y un 25% de la red ambulatoria fueron afectados por los terremotos de enero y febrero de 2001.<sup>14</sup>

Esto empeora el problema de la calidad de atención que se puede ofrecer a los usuarios en el país, al provocarse menor número de cupos disponibles así como ambientes hacinados y de poca intimidad. Esto se traduce en insatisfacción y a veces hasta “miedo” por parte de los pacientes al tipo de atención que pueden recibir.

---

<sup>14</sup> Disponible en [www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf](http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf)



Las mujeres en trabajo de parto, no son ajenas a esta situación. Provocando salas de parto y puerperio en las cuales puede llegar a haber hasta 2 pacientes por cama. Lo que se constituye como un factor que puede influir en la decisión de la mujer sobre donde dar a luz a sus hijos.

Además, el 81,22% de las mujeres que viven en El Salvador no dispone de ningún tipo de seguro médico. Y un 77.2% no puede acceder a ningún tipo de atención medica del sector privado<sup>15</sup>. Por lo que la atención en centros del sector publico es la única opción para la mayoría de las mujeres, aun con todas las limitantes que se han descrito.

## 2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Atención del parto:** Es el conjunto de acciones que se realizan en la parturienta con el fin de garantizar una correcta terminación del embarazo que se traduce en bienestar para la madre y su recién nacido.
- **Costumbre:** Término utilizado para denominar las pautas, hábitos o modos peculiares de proceder y conducirse en todos los actos o una parte de ellos. Constituye uno de los aspectos principales que forman la personalidad distintiva de un individuo, grupo, pueblo o nación en lo que hace a los comportamientos regulados por la tradición.
- **Creencias:** Firme asentimiento o crédito que se presta a un hecho o noticia. Fe, convicción, persuasión y opinión. Aceptación como verdadera

---

<sup>15</sup> Disponible en [www.lasdignas.org.sv/informacion/textos.php/tipo/situacion](http://www.lasdignas.org.sv/informacion/textos.php/tipo/situacion)

de una proposición y, por lo tanto, disposición positiva respecto a su validez.

- **Embarazo de alto riesgo:** Es el que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo y/o durante el cual se presenta alguna patología que lo complica y que por lo tanto puede comprometer la salud de la madre y la de su recién nacido(a)
- **Embarazo de bajo riesgo:** Es que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y por lo tanto no compromete la salud de la madre y la de su hijo o hija.
- **Idiosincrasia:** Condición orgánica y psíquica de cada individuo, que lo distingue de los demás por su manera de reaccionar.
- **Institucionalización del parto:** Migración del evento del parto en su contexto histórico desde la atención domiciliar clásica hacia el área urbana en las instituciones hospitalarias modernas.
- **Machismo:** Es una construcción cultural, basada en la historia de la evolución de la socialización de los roles de género; en esencia es un modo particular de concebir el rol masculino basado en el mito de la superioridad de los hombres por sobre las mujeres y en la autoridad que "por derecho propio" tiene sobre ellas.
- **Mito:** Alegoría, fábula. Relato o conjunto de elementos narrativos que expresan y simbolizan de manera implícita los aspectos más profundos

de la existencia humana. El mito se apoya en la tradición y en la persistencia de creencias populares.

- **Mortalidad Materna:** Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio por cada 100 000 nacidos vivos.
- **Mortalidad Neonatal:** Se refiere a las defunciones que ocurren antes de cumplir veintinueve días de edad por mil nacidos vivos.
- **Mortalidad Perinatal:** Se refiere a las defunciones que ocurren después de las veintiocho semanas de embarazo y durante los primeros siete días de nacido por mil partos de embarazos viables.
- **Nivel de Vida:** Es el grado de capacidad que tiene una persona o grupo social para satisfacer sus necesidades vitales más imperantes.
- **Paridad Completa:** Situación en la cual una mujer, considera que el número de hijos que tiene, es el que desea para constituir completamente su familia y satisface sus expectativas.
- **Partera titulada:** Persona autorizada y experimentada en el cuidado de mujeres embarazadas y en los partos, que ha recibido capacitación por parte del MSPAS, para poder brindar atención antes, durante y después del parto.
- **Parto:** Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal en condiciones óptimas.

- **Puerperio:** Periodo posterior al alumbramiento durante el cual ocurren transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucran todos los cambios del proceso de la gestación, a excepción de las glándulas mamarias. Su duración promedio es de seis semanas o cuarenta y dos días.
- **Valores:** Un objetivo que hace referencia a la cualidad que hace digno de estima a un ser o a un objeto, para satisfacer necesidades o proporcionar bienestar; en sentido subjetivo lo que un hombre particular estima o desea; las elecciones que hace cada hombre y que depende de una escala de valores.

# **CAPITULO III**

## **SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.**

#### **3.1. HIPÓTESIS GENERAL.**

Hi: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.

Ho: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud no son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.

### **3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.**

Hi<sub>1</sub>: Los factores culturales afectan en la decisión de la mujer embarazada sobre el lugar de atención del parto.

Hi<sub>2</sub>: El nivel socioeconómico se relaciona con la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.

Hi<sub>3</sub>: La accesibilidad a los servicios de salud afecta la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.

Hi<sub>4</sub>: La atención recibida en los establecimientos de salud por la embarazada afecta su decisión sobre el lugar de atención del parto.

### **3.3 HIPÓTESIS NULAS.**

Ho<sub>1</sub>: Los factores culturales no afectan en la decisión de la mujer embarazada sobre el lugar de atención del parto.

Ho<sub>2</sub>: El nivel socioeconómico no se relaciona con la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.

Ho<sub>3</sub> La accesibilidad a los servicios de salud no afecta la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.

Ho<sub>4</sub>: La atención recibida en los establecimientos de salud por la embarazada no afecta su decisión sobre el lugar de atención del parto.

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
<p>Hi: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.</p>	<p>Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y atención recibida en los servicios de salud.</p>	<p><b>Cultura:</b> Comprende el conjunto de rasgos que caracterizan los modos de vida y se manifiesta a través de modos de actuar y de pensar que son creados y transmitidos por los individuos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Religión.</li> <li>- Numero de parteras conocidas.</li> <li>- Aceptación de la partera.</li> <li>- Aceptación del medico.</li> <li>- Asistencia controles prenatales.</li> <li>- Planificación de la atención del parto.</li> <li>- Aceptación de la pareja a los servicios de salud.</li> </ul>



HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
<p>Hi: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.</p>		<p><b>Factores Socioeconómicos:</b> posición personal o familiar dentro de una jerarquía establecida, con arreglo, principalmente, al nivel de ingresos, conforme a los valores de la sociedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad.</li> <li>- Estado familiar</li> <li>- Procedencia.</li> <li>- Numero de Hijos.</li> <li>- Características de la vivienda.</li> <li>- Tenencia de la vivienda.</li> <li>- Ocupación.</li> <li>- Ingreso familiar.</li> <li>- Acceso a servicios básicos (agua potable, luz, aguas negras, escuelas, recolección de basura).</li> <li>- Alfabetismo.</li> <li>- Nivel de escolaridad.</li> </ul>

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
<p>Hi: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.</p>		<p><b>Accesibilidad:</b> Se refiere a la facilidad de acceder a un lugar, una persona o una cosa. Se deben tener en cuenta también aspectos ligados a los costos, al tiempo y los esfuerzos aceptados para alcanzarlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo de la atención.</li> <li>-Costo de transporte.</li> <li>-Tiempo de traslado desde su casa a un centro de salud.</li> <li>- Tipo de transporte.</li> <li>- Percepción del problema de salud.</li> </ul>

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
<p>Hi: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.</p>		<p><b>Atención en salud:</b> Conjunto de medios directos y específicos destinados a tener al alcance al mayor número de personas o familias con recursos de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo de espera para recibir atención en controles prenatales.</li> <li>- Conocimiento de riesgos del embarazo y parto.</li> <li>- Lugar de atención de partos previos.</li> <li>- Tiempo de atención recibida en controles prenatales.</li> <li>- Resultado del parto anterior.</li> <li>- Opinión sobre el personal de salud.</li> <li>- Conserjería recibida durante el control prenatal.</li> </ul>

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
<p>Hi: Los factores culturales, el nivel socioeconómico, la accesibilidad y la atención recibida en los servicios de salud son determinantes en la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.</p>	<p>Lugar de atención del parto.</p>	<p><b>Parto Domiciliar:</b> Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal llevado a cabo en el hogar de las embarazadas atendido en la mayoría de los casos por partera.</p> <p><b>Parto Hospitalario:</b> Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta en condiciones optimas llevado a cabo en un establecimiento de salud atendido en la mayoría de los casos por medico.</p>	<p>-Número de partos atendidos a nivel domiciliar.</p> <p>-Número de partos atendidos a nivel hospitalario.</p>

# **CAPÍTULO IV**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación de tipo **Cuali-Cuantitativo** por el nivel de recolección, medición y análisis de la información. Se procuro en el aspecto cualitativo recuperar para el análisis parte de la complejidad de la persona en estudio y de sus modos de ser y de hacer en el medio que lo rodeaba. Lo cuantitativo se abarca en el aspecto numérico de la investigación.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información

#### **Prospectivo.**

Porque se investigaron los diferentes factores relacionados en la decisión de parto domiciliar u hospitalario en las embarazadas que consulten en las unidades de salud en estudio en el periodo de julio a septiembre de 2005.

Según el período y secuencia del estudio

#### **Transversal.**

Porque se estudiaron los fenómenos conforme ocurrían; haciendo un corte en el tiempo en el periodo ya descrito sin ningún seguimiento posterior.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación se caracteriza por ser:

#### **Analítica.**

Porque se dio respuesta a cuáles factores están relacionados con el fenómeno de estudio. Además identifico cual fue el efecto de estos factores sobre la decisión de la población objeto de estudio.

### **De Campo.**

Porque la fuente de datos se encuentra en información de primera mano, es decir que se obtuvieron de las personas objeto de estudio directamente, a través de las técnicas de trabajo como: La encuesta y la entrevista, utilizando para esto la cédula de entrevista.

### **4.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.**

La población que se tomó en cuenta para la realización del estudio corresponde a todas las embarazadas que se han inscrito y asistieron a sus controles prenatales en las tres unidades de salud en estudio durante el período que comprendió la investigación.

<b>INVESTIGADOR</b>	<b>UNIDAD DE SALUD</b>	<b>No DE EMBARAZADAS</b>
Hazel Karen Molina	El Triunfo	50
Félix Antonio Reyes	Sesori	75
Carlos José Ventura	Tierra Blanca	25
	Total	150

Fuente: Libros de Programa de Control Prenatal en las diferentes Unidades de Salud en estudio.

No se pudo determinar una muestra utilizando un método estadístico, debido a las características propias de la población en estudio: Se tuvieron pacientes embarazadas que verificaron su parto mientras se desarrollaba la investigación, y al mismo tiempo había otro grupo de mujeres que se inscribían en el programa de control prenatal; lo que provocaba un número variable de pacientes en el tiempo que duro el estudio, razón por la cual era difícil determinar una muestra exacta, aunado a ello el grupo poblacional al que se

dirigió la investigación era pequeño, y se pretendía obtener la información directamente de las pacientes, por lo tanto la población fue de 150 mujeres.

#### **Criterios de Inclusión:**

Mujeres embarazadas que se encuentren inscritas en el programa de control prenatal en las unidades de salud en estudio.

### **4.3 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

Entre las técnicas que se utilizaron están:

**Documental bibliográfica:** Ésta permitió la obtención de información de libros, diccionarios especializados y programas de control prenatal y atención del parto.

**Documental escrita:** A través de ésta se consultaron los libros de control prenatal en cada unidad de salud en estudio.

**Documental hemerográfica:** Ésta facilitó obtener información de tesis, páginas electrónicas y revistas.

### **4.4 TÉCNICAS DE TRABAJO DE CAMPO.**

Entre estas técnicas se encuentran: La entrevista y la encuesta.

**a. La Entrevista:** Por medio de la cual se obtuvieron datos de informantes claves, un médico ginecólogo y una partera calificada.



**b. La Encuesta:** Por medio de la cual se recopiló información sobre la población objeto de estudio. Los datos obtenidos a través de esta técnica ayudaron a identificar los factores determinantes en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en mujeres gestantes de las comunidades en estudio. La información recogida con esta técnica se empleó para poder realizar un análisis cuali-cuantitativo.

#### **4.5 INSTRUMENTOS.**

Para la investigación documental se utilizaron las fichas bibliográficas, hemerográficas y archivológicas.

Para la investigación de campo se utilizó la guía de entrevista y la cédula de entrevista, elaborada con preguntas abiertas ( 9) y cerradas (35 ); la cual se dirigió a mujeres gestantes inscritas en el programa de control prenatal en las unidades de salud en estudio.(Ver Anexo 13)

#### **4.6 PROCEDIMIENTO.**

##### **Planificación.**

En un primer momento se realizó la discusión del tema a investigar por parte del grupo de trabajo con el docente asesor; además se delimitó el área de trabajo en la cual se realizaría la investigación. Así mismo, se determinó la población objeto de estudio y el tiempo de planeación y ejecución. Se realizó una revisión bibliográfica, hemerográfica y archivológica que sustentaba la investigación. Se elaboró y presentó el perfil de investigación, y luego se elaboró el protocolo de investigación.

### **Ejecución.**

Se aplicaron siete cédulas de entrevista por semana durante las primeras seis semanas de ejecución y ocho cédulas de entrevista en la séptima semana por cada integrante del grupo investigador.

Dicha aplicación de instrumentos se realizó durante los controles prenatales de las pacientes en estudio, para lo cual primeramente se entabló empatía con la paciente, a través de la consejería y explicación del objetivo de la investigación. Detallando los beneficios que ésta traerá para la Unidad de Salud y el resto de la comunidad. Se usaron las normas para la realización del examen físico obstétrico como parte del control prenatal, necesitando para ello: Estetoscopio ó fetoscopio, tensiómetro, cinta métrica, báscula de pie y la palpación bimanual por parte del examinador, posterior a ello se aplicó la cédula de entrevista y se dió la consejería. El procedimiento se realizó de igual manera en las tres unidades de salud.

La distribución de instrumentos para la recolección de datos se hizo de la siguiente manera:

<b>INVESTIGADOR</b>	<b>LUGAR DE ENTREVISTAS</b>	<b>NÚMERO DE ENTREVISTAS</b>
Hazel Karen Molina Aguilar	U/S El Triunfo	50
Félix Antonio Reyes Carlos José Ventura	U/S Sesori	75
Carlos José Ventura Ayala	U/S Tierra Blanca	25

Dentro de la ejecución se determinó que fuese equitativa la distribución de los instrumentos, por lo que el integrante del grupo Carlos José Ventura se trasladó a la Unidad de Salud de Sesori para apoyar la aplicación de las cédulas de entrevista. Una vez obtenida la información, se procedió a realizar la tabulación de los datos recogidos, para lo cual se utilizó la Técnica de Palotes en el conteo de las respuestas. Dichas respuestas previamente se habían categorizado para facilitar la agrupación de datos similares. Tabuladas las respuestas se diseñaron cuadros para la presentación de la información, en los cuales se detalló: Frecuencia de las respuestas con base a las categorías, así como porcentajes en relación al total de las respuestas. Así mismo, se utilizaron las técnicas de representación gráfica de los resultados a través del formato de pastel y barras, que sirvieron en el análisis de las respuestas obtenidas. El método estadístico utilizado para la interpretación de los resultados fue, la Comparación de Porcentajes. Luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones; todo lo anterior se plasmó en el informe final, el cual se presentó en forma escrita y oral.

# **CAPÍTULO V**

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## 5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se dan a conocer los resultados acerca de la investigación realizada en las Unidades de Salud de El Triunfo departamento de Usulután, Sesori y Tierra Blanca departamento de San Miguel; sobre los factores determinantes en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en mujeres gestantes, durante el periodo del 1 de agosto al 23 de septiembre de 2005.

Los datos que a continuación se presentan se obtuvieron a través de una cedula de entrevista, elaborada con preguntas abiertas y cerradas, dirigida a las mujeres embarazadas, que cumplían con los criterios de inclusión y que asistieron a los controles prenatales a las Unidades de Salud en estudio.

Luego, de la obtención de datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados. Para esta parte se utilizaron cuadros de dos o triple entrada, realizando el cruce de preguntas.

Para la tabulación de los datos se utilizó el método estadístico porcentual, cuya fórmula es la siguiente:

$$\text{Porcentaje} = \frac{\text{Fr.} \times 100}{N}$$

Donde:

% = Tanto por ciento que se encuentra en el total del estudio.

Fr. = Número de veces que se repite el dato.

100 = Constante de la muestra.

N = Total de casos

Los resultados se presentan gráficamente para su presentación.

## 5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

**Cuadro No. 1**

**Pregunta:**

**Edad**

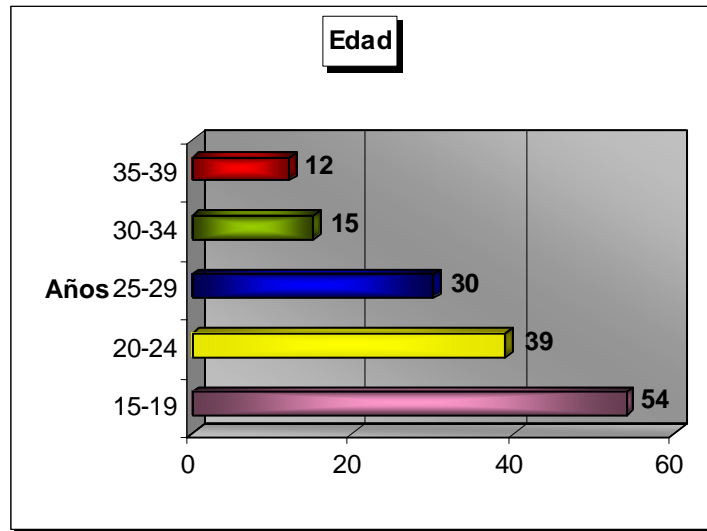
<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>15-19 años</b>	54	36%
<b>20-24 años</b>	39	26%
<b>25-29 años</b>	30	20%
<b>30-34 años</b>	15	10%
<b>35-39 años</b>	12	8%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### **ANÁLISIS:**

En el cuadro No. 1 se puede apreciar la frecuencia de las edades en las cuales osciló la población encuestada, pudiéndose reflejar una tendencia del 36 % en las mujeres entre los 15 y los 19 años, luego entre las edades de 20 a 24 años hubo un 26 %. Siguiendo la categoría de 25 a 29 años con un 20 % de los resultados y en menor número de frecuencia se encuentra el grupo etareo de 30 a 39 años con un 10 %.

**Gráfico No. 1**



Fuente: Cuadro No. 1

**INTERPRETACIÓN:**

Los resultados del gráfico anterior demuestran que la mayor parte de las mujeres de las Unidades de Salud en estudio, inscritas en el programa de control prenatal están entre las edades de 15 - 19 años. Relacionándose con lo expuesto en el planteamiento del problema, donde se recalca que la edad de la mujer se asocia al uso de los servicios de salud; entre más joven es la mujer, mayor es la probabilidad que tiene de hacer uso de los servicios de salud (Makhlouf y Potter, 1991). Las mujeres de mayor edad, fueron las que menos se encontraron entre las encuestadas, pudiéndose explicar a través del hecho que experiencias previas de embarazos y partos seguros y saludables, sin ausentarse de sus hogares, constituyen una percepción negativa hacia los servicios de salud (Short y Zhang).

**Cuadro No. 2**

**Pregunta:**  
**Procedencia.**

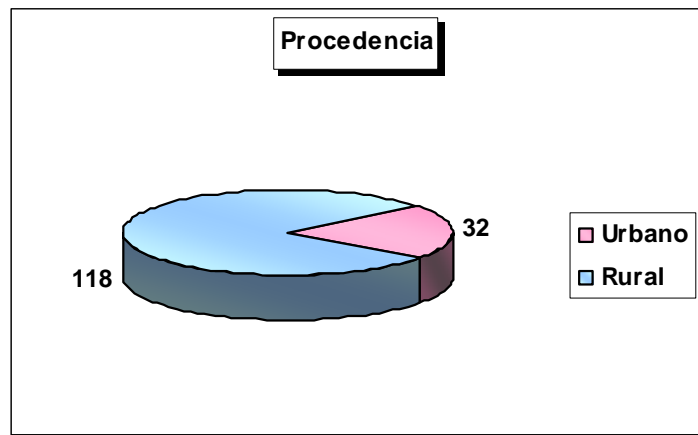
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	32	21%
Rural	118	79%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS:**

En este cuadro se observa que la población encuestada en su gran mayoría proviene del área rural 79 % y en menor porcentaje provienen del área urbana 21 %.

**Gráfico No. 2.**



Fuente: Cuadro No. 2.



### **INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de las mujeres que consultan las Unidades de Salud inscritas en el programa de control materno, pertenecen al área rural debido a que es su opción más cercana y existe una mayor distancia hacia los hospitales, además el costo de traslado es mayor a un Hospital que a la Unidad de Salud; condicionado por los bajos ingresos económicos con los que cuentan. Cabe mencionar que de las tres Unidades de Salud en estudio, dos se encuentra en áreas rurales, lo cual se relaciona con los datos obtenidos.

### **Cuadro No. 3.**

**Pregunta:**

**Grupo Religioso.**

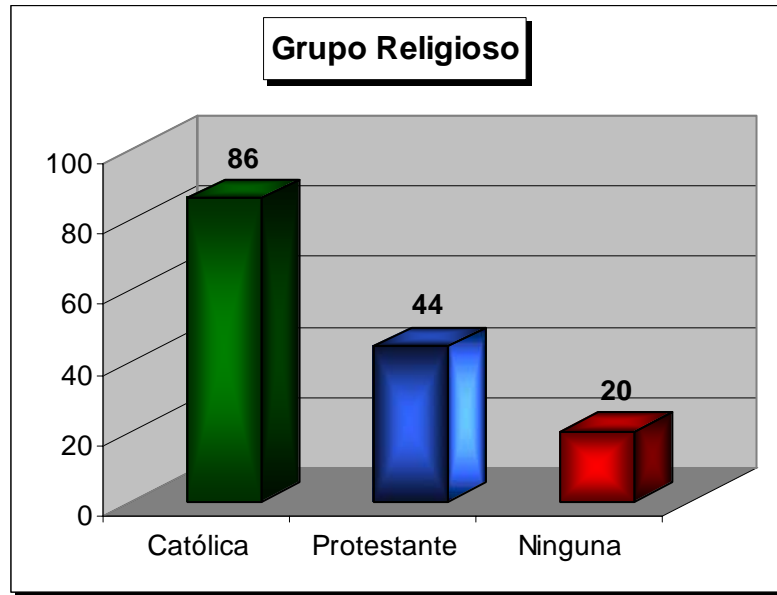
<b>Grupo Religioso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Católica</b>	86	57.30%
<b>Protestante</b>	44	29.30%
<b>Ninguna</b>	20	13.30%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### **ANÁLISIS:**

El tipo de religión predominante encontrado durante la investigación fue la religión católica, con un 57.30 % de la población encuestada; seguida de la protestante, en un 29.30 %; además un 13.30 % aseguró no pertenecer a ningún grupo religioso en especial.

**Gráfico No. 3.**



Fuente: Cuadro No. 3.

**INTERPRETACIÓN:**

A pesar de una mayoría católica entre las encuestadas, no se comprobó al compararlo con el lugar que la mujer desea para atender su parto (Como se detalla adelante), una relación significativa que constituya un factor determinante en esta decisión.

#### Cuadro No. 4.

**Preguntas:**

**Sabe leer y escribir?**

**Escolaridad.**

<b>Sabe leer y escribir</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	111	74%	<b>1º Ciclo</b>	33	30%
<b>No</b>	39	26%	<b>2º Ciclo</b>	39	35%
			<b>3º Ciclo</b>	32	29%
			<b>Bachillerato</b>	7	6%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	111	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

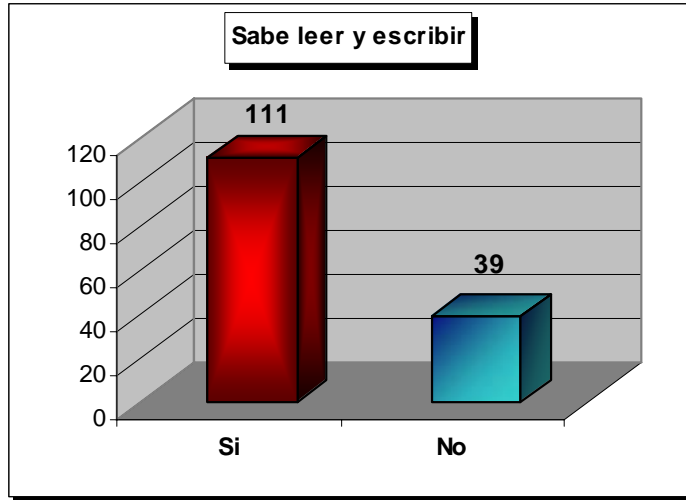
#### **ANÁLISIS:**

En el cuadro No 4 se puede apreciar que la mayoría de las personas encuestadas saben leer y escribir, alcanzando un 74 %. De estas, tienen una escolaridad básica entre 2º y 3º ciclo un 64 % (35 % y 29 % respectivamente).

No así la educación media que se encontró en un 6 % solamente.

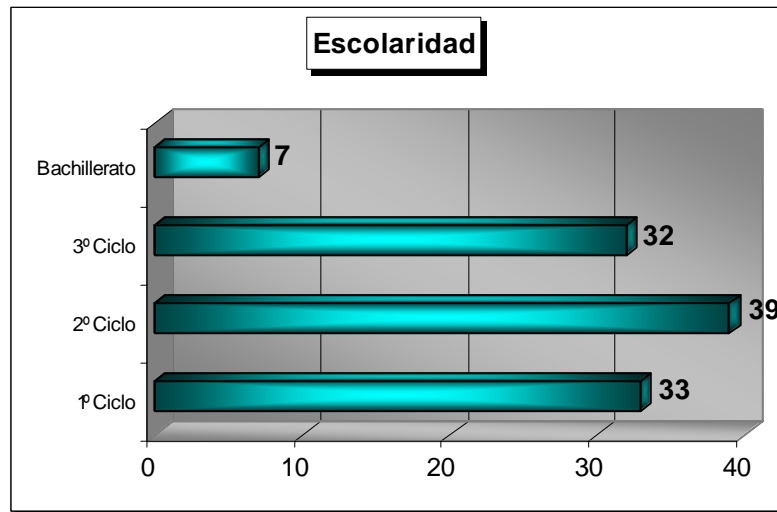
Cabe mencionar que del total de mujeres encuestadas un 26 % se encuentra en condición analfabeta.

**Gráfico No. 4**



Fuente: Cuadro No. 4.

**Gráfico No. 5.**



Fuente: Cuadro No. 4.

**INTERPRETACIÓN:**

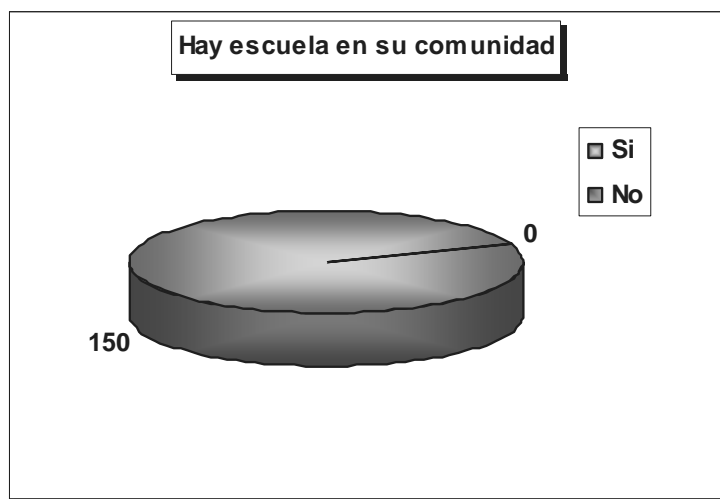
De la población estudiada se pudo encontrar que la gran mayoría sabe leer y escribir, alcanzando un nivel educativo promedio de 2o ciclo de educación básica. En este contexto, el alto logro educativo esta asociado a mayor probabilidad de que las mujeres hagan uso de los servicios de salud para la atención del parto (Makhlouf y Potter). En nuestro país el 20.4 % de las mujeres en el área rural son analfabetas, siendo pocas las mujeres que tienen acceso a educación, constituye esto una desventaja al dificultar la comprensión de la información que se brinda en los controles prenatales, influyendo en la decisión del lugar de atención del parto. Así mismo, las mujeres en área rural se dedican a labores domesticas y jornadas de trabajo con el fin de aportar ingresos económicos para los gastos familiares, relegándose a un segundo plano la formación escolar.

**Cuadro No. 5.****Preguntas:****Hay escuela en su comunidad?****Hasta que grado?****A qué distancia en tiempo se encuentra desde su casa?**

Hay escuela en su comunidad	Fr.	%	Hasta que grado	Fr.	%	A que distancia	Fr.	%
Si	150	100%	1º Ciclo	6	4%	1 hora o menos	149	99.3%
No	0	0%	2º Ciclo	50	33.3%	2 horas	1	0.70%
			3º Ciclo	62	41.3%			
			Bachillerato	27	18%			
			No sabe / No responde	5	3.3%			
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	150	100%

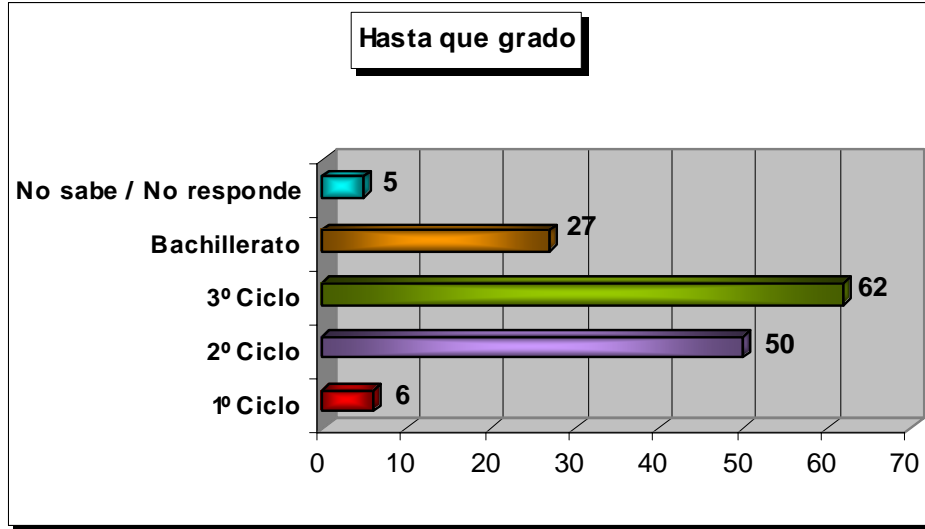
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Gráfico No. 6.



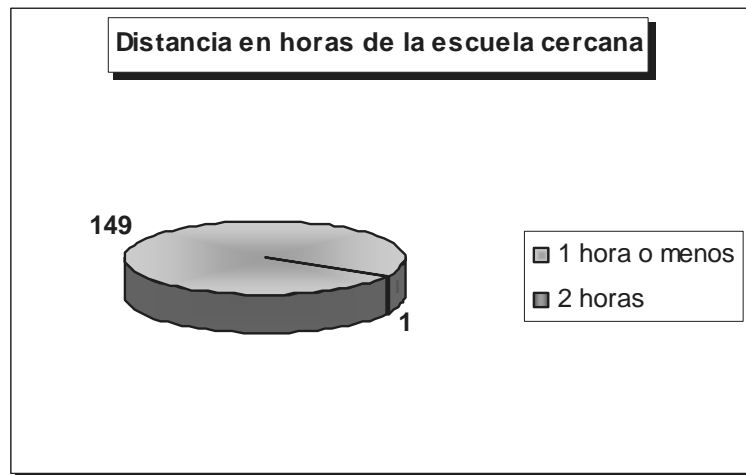
Fuente: Cuadro No. 5.

**Gráfico No. 7.**



Fuente: Cuadro No. 5.

**Gráfico No. 8.**



Fuente: Cuadro No. 5.

### **ANÁLISIS:**

En el cuadro No 5 se encuentra que el 100 % de las personas encuestadas tienen accesibilidad geográfica a por lo menos una escuela.

Se describe la escolaridad de las escuelas cercanas a la población encuestada así, educación de 1º ciclo en un 4 %, 2º ciclo un 33.3 % y 3º ciclo un 41.3 %. Bachillerato solamente fue mencionado por el 18 %.

Un 3.3 % afirmo desconocer hasta que grado llega la educación de la escuela más cercana a su hogar.

Se puede determinar que hasta a un 99.30 % de la población la escuela se encuentra a una distancia igual o menor a 1 hora, solamente una persona afirmo que la escuela esta a una distancia de 2 horas.

### **INTERPRETACIÓN:**

Los cuadros anteriores demuestran que la accesibilidad a la educación básica se encuentra al alcance de todas las encuestadas, lo que contrasta con el grado de analfabetismo encontrado indicando que las escuelas están cerca, pero las personas no asisten, ya sea por que no le dan importancia, por contribuir al ingreso económico familiar, o por razones culturales.

Esto influye el fenómeno objeto de estudio; una mujer que conoce y comprende los riesgos de un parto y toma en cuenta las recomendaciones brindadas por el personal de salud, durante los controles prenatales, buscará el sitio donde tenga menor riesgo y mayor probabilidad de éxito durante el parto.



### Cuadro No. 6

**Pregunta:**

**Estado familiar?**

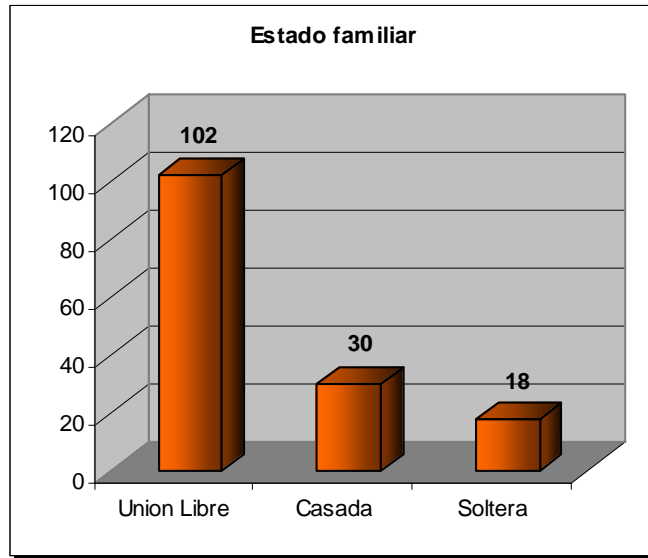
<b>Estado familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Unión Libre</b>	102	68%
<b>Casada</b>	30	20%
<b>Soltera</b>	18	12%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **ANÁLISIS:**

El cuadro No 6 describe el estado familiar más frecuente de las personas encuestadas, así: Un 20 % de las mujeres encuestadas se encuentran casadas, un 68 % en unión libre, y solo un 12 % refirió su estado civil como soltera.

**Gráfico No. 9.**



Fuente: Cuadro No. 6

**INTERPRETACIÓN:**

Según Family Health Internacional determino que la falta de autonomía de las mujeres con respecto a la aprobación de la pareja al uso de los servicios de salud, es uno de los factores que limita el uso de los mismos. Relacionándose con los datos obtenidos, que presentan las mujeres con la característica de pertenecer al área rural, y en su mayoría (88 %) con algún vínculo marital. En este mismo contexto veremos más adelante, a un 58 % de las encuestadas, que manifestó haber discutido con su pareja sobre el lugar de atención del parto, lo que demuestra la influencia que tiene el esposo o compañero sobre esta decisión.

### Cuadro No. 7

**Pregunta:**

**Cuántas personas viven en su casa?**

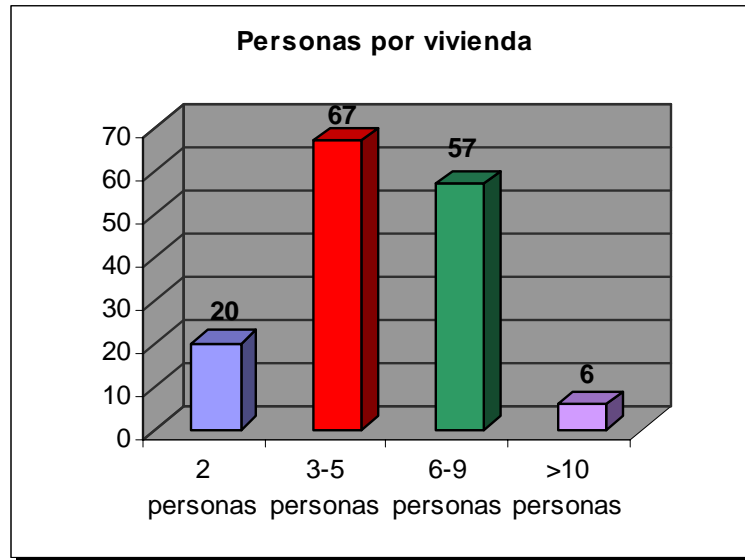
<b>Personas por vivienda</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>2 personas</b>	20	13.30%
<b>3-5 personas</b>	67	44.70%
<b>6-9 personas</b>	57	38%
<b>&gt;10 personas</b>	6	4%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **ANÁLISIS:**

En el cuadro No 7 podemos identificar que la mayor parte de los hogares poseen una familia constituida con 3 -5 personas en un 44.70 % de las respuestas, seguidos de aquellas familias que poseen entre 6-9 personas con un 38 %; en menor porcentaje aparecen aquellas familias con 2 personas o mas de 10 personas, con un 13.30 % y 4 % respectivamente.

**Gráfico No. 10.**



Fuente: Cuadro No. 7

**INTERPRETACIÓN:**

En la mayor parte de las respuestas se encontró que vivían entre 3 – 5 personas por familia, seguido de los hogares con 6 – 9 personas, pudiéndose observar una alta densidad poblacional, lo cual empeora la situación económica familiar, limitando las opciones de las mujeres en el momento de decidir el lugar de atención del parto. Los gastos familiares son prioridad ante las necesidades relacionadas a la salud de la mujer gestante.

**Cuadro No. 8**

**Preguntas:**

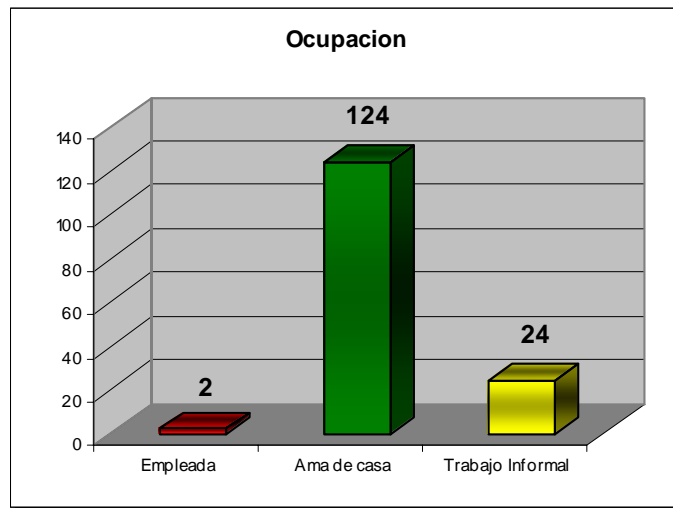
**Ocupación?**

**Salario?**

Ocupación	Fr.	%	Salario	Fr.	%
<b>Empleada</b>	2	1.40%	<b>&lt; \$75</b>	10	6.0%
<b>Ama de casa</b>	124	82.60%	<b>\$76 - \$150</b>	12	8%
<b>Trabajo Informal</b>	24	16%	<b>\$151 - \$225</b>	2	1.40%
			<b>\$226 - \$300</b>	2	1.40%
			<b>Sin salario</b>	124	82.60%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	150	100%

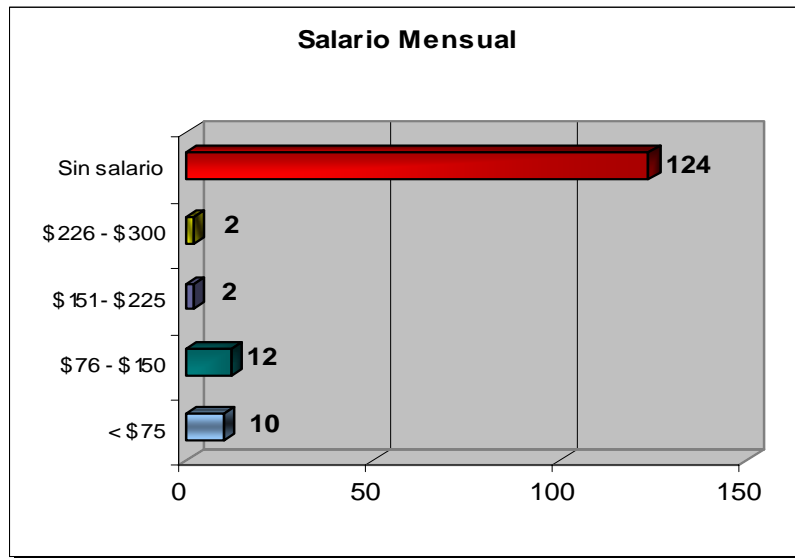
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 11.**



Fuente: Cuadro No. 8

**Gráfico No 12.**



Fuente: Cuadro No. 8

**ANÁLISIS:**

El cuadro No 8 demuestra que la mayor parte de las mujeres encuestadas, un 82.6 % se desempeñan como amas de casa, un porcentaje menor afirmó llevar a cabo trabajos informales 16 % (vendedoras ambulantes, brazeras, lavanderas); y solamente el 1.40 % de la población refirió ser empleada.

En el cuadro se puede apreciar también, como la tendencia más alta con respecto a salario, es no percibir remuneración económica por el trabajo que desempeñan en un 82.60 % de la población. Un 8 % percibe un salario de \$ 76 a \$ 150, un 6.60 % recibe menos de \$ 75 por su trabajo. Solamente un 1.4 % respondió tener un salario entre \$ 151 a \$ 225 y \$ 226 a \$ 300 respectivamente.

### **INTERPRETACIÓN:**

La mayor parte de las encuestadas se dedica a las labores del hogar, lo cual se relaciona con más responsabilidades con respecto a la familia, esto se convierte en una limitante al momento de decidir donde atender el parto, anteponiendo dichas responsabilidades a su propio bienestar. Así mismo los resultados se traducen en una menor o ninguna remuneración económica para la mujer, dejando muchos gastos relacionados a su salud, en segundo plano después de los gastos familiares.

El gráfico No 12 demuestra claramente que la mayoría de las mujeres encuestadas no perciben ningún salario, lo cual implica poco poder adquisitivo, incluyendo los gastos relacionados a su salud; así mismo dentro de las mujeres que reciben salario la mayor parte percibe menos de \$ 150 lo cual corresponde a los gastos familiares promedio, dejando desabastecidas áreas importantes como la de salud.

### **Cuadro No 9.**

**Pregunta:**

**Ingreso familiar?**

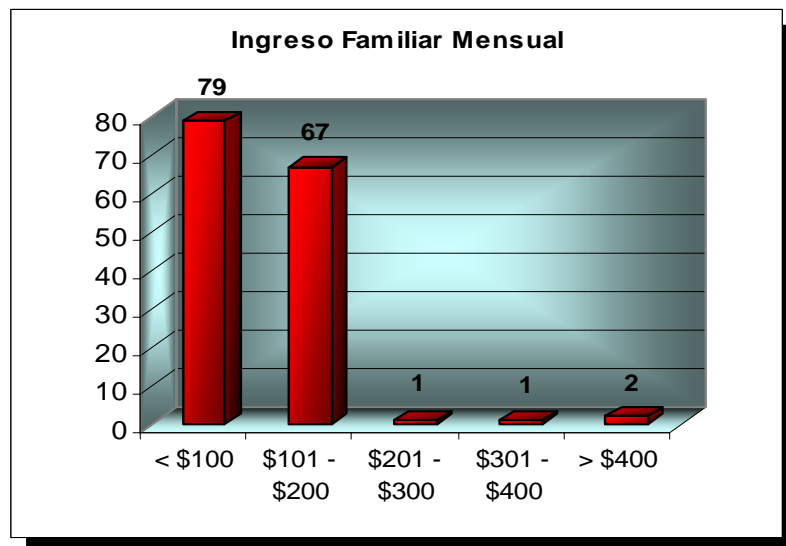
<b>Ingreso Familiar Promedio Mensual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt; \$100</b>	79	52.60%
<b>\$101 - \$200</b>	67	44.60%
<b>\$201 - \$300</b>	1	0.70%
<b>\$301 - \$400</b>	1	0.70%
<b>&gt; \$400</b>	2	1.40%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS:

En este cuadro se encuentran los datos del ingreso promedio mensual por familia encuestada, arrojando los siguientes datos: el 52.60 % de la población obtiene menos de \$ 100 al mes, el 44.60 % percibe entre \$ 101 y \$200; el resto se divide entre las categorías de \$201 a \$300 (0.70 %), \$301 a \$400 (0.70 %) y más de \$400 (1.40 %).

**Gráfico No. 13**



Fuente: Cuadro No. 9.

### INTERPRETACIÓN:

La mayor parte de las encuestadas se encuentra en el grupo de las que no perciben ningún salario, lo que se relaciona con el grafico anterior en el que se puede observar una mayor frecuencia en el rango de menos de 100 dólares mensuales como ingreso familiar. Siendo el costo de la canasta básica de



135.65 dólares, contrasta con los datos de las encuestadas, que en su mayoría no cuentan con los ingresos para suplir estas necesidades. Ubicándose entonces en un nivel de pobreza extrema, provocando que las mujeres prescindan de los servicios hospitalarios relacionados a la atención del parto, con el fin de mantener el equilibrio de la economía en el hogar.

**Cuadro No 10.**

**Pregunta:**

**Posee agua intradomiciliar, electricidad y teléfono?**

<b>Servicios básicos</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Agua Intradomiciliar</b>		
<b>Si</b>	85	56.70%
<b>No</b>	65	43.30%
<b>Total</b>	150	100%
<b>Luz Eléctrica</b>		
<b>Si</b>	104	69.30%
<b>No</b>	46	30.70%
<b>Total</b>	150	100%
<b>Teléfono</b>		
<b>Si</b>	35	23.30%
<b>No</b>	115	76.70%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS:

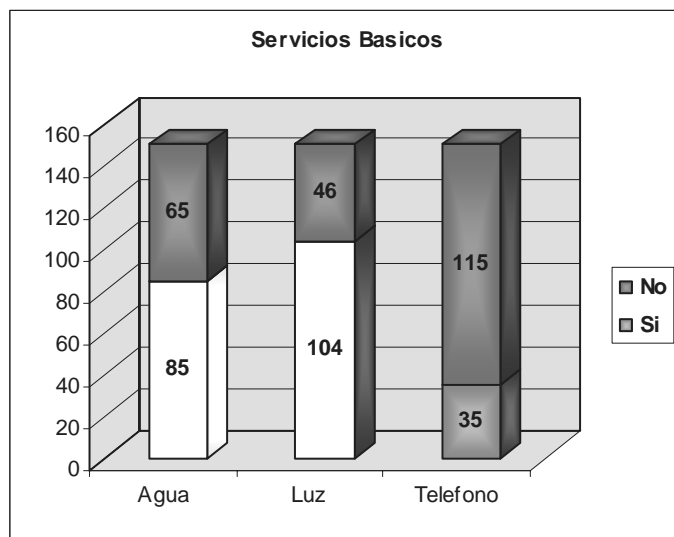
El cuadro No 10 presenta una información que ayuda a crear un panorama general en cuanto a asistencia en los servicios básicos de las comunidades en estudio, así se tiene:

El acceso a agua intradomiciliar es del 56.70 % de toda la población encuestada, restando un 43.30 % que no recibe este servicio.

El 69.30 % de las personas encuestadas tiene acceso a electricidad y un 30.70 % no obtiene este servicio.

Además se encuentra que solamente el 23.30 % de la población objeto de estudio posee acceso a servicios telefónicos, mientras que el 76.70 % de las mujeres no posee este servicio.

**Gráfico No 14**



Fuente: Cuadro No. 10

### **INTERPRETACIÓN:**

En la población encuestada, según el gráfico anterior, se demuestra que no todas cuentan con los servicios básicos de agua y luz, lo que se relaciona con los bajos ingresos que se demostraron anteriormente. No así con el servicio telefónico, el cual la mayoría no lo posee, debido a las características propias del área rural, en donde es menos accesible este servicio en comparación con la zona urbana.

### **Cuadro No 11**

#### **Preguntas:**

**Cuanto tiempo que se tarda en llegar a la unidad de salud?**

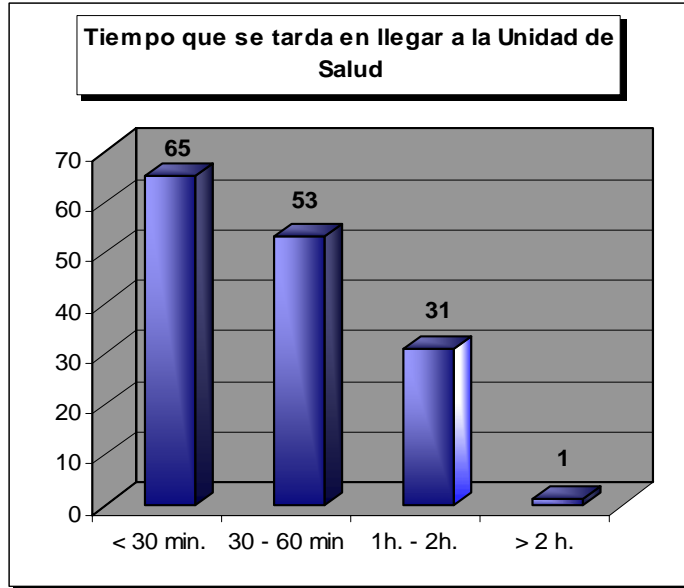
**En que se transporta?**

**Cuanto gasta?**

<b>Tiempo en llegar U/S</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Transporte</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Cuanto gasta?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 30 min.</b>	65	43.30%	<b>A pie</b>	89	59.30%	<b>&lt; \$1</b>	46	30.70%
<b>30 – 60 min.</b>	53	35.30%	<b>Bus</b>	61	40.7%	<b>\$1 - \$3</b>	92	61.30%
<b>1h. - 2h.</b>	31	20.70%				<b>\$4 - \$5</b>	9	6%
<b>&gt; 2 h.</b>	1	0.70%				<b>&gt; \$5</b>	3	2%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	150	100%

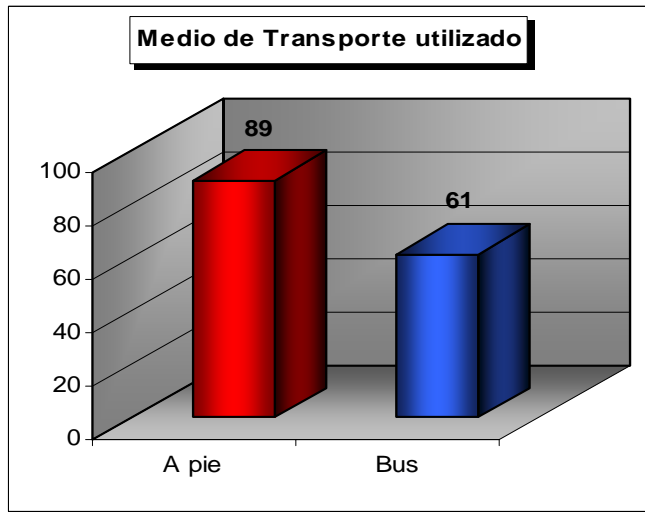
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No 15**



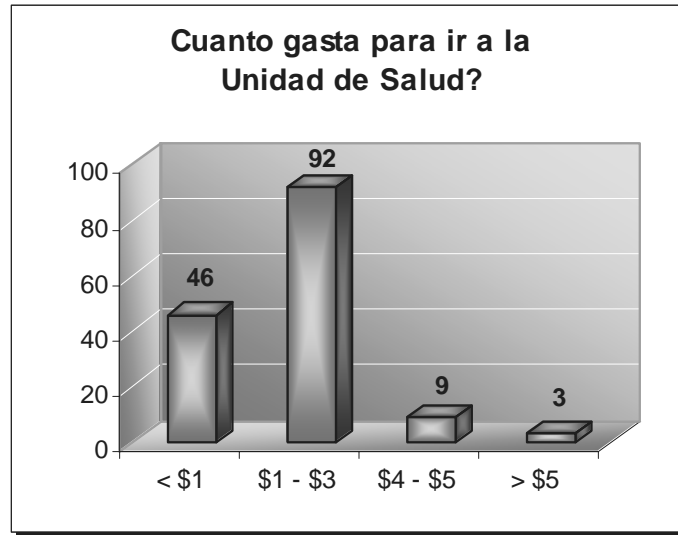
Fuente: Cuadro No. 11

**Gráfico No 16**



Fuente: Cuadro No. 11

**Gráfico No 17**



Fuente: Cuadro No. 11

**ANÁLISIS:**

El cuadro No 11 ayuda a determinar el tiempo que se tardan en llegar a los establecimientos de salud las usuarias de los mismos, incluidas en el estudio. Así el 43.30 % de la población se tarda menos de treinta minutos en llegar a la Unidad de Salud que consulta, el 35.30 % se tarda entre 31 minutos a 1 hora desde su hogar, un 20.70 % de las encuestadas se tardan entre 1 a 2 horas; y solo el 0.70 % se encuentra a un tiempo mayor de 2 horas de la Unidad de Salud. También se encuentra el medio de transporte que utilizan las encuestadas para acudir a los centros de salud mas cercanos, así el 59.30 % de las mujeres se desplaza a pie para llegar a las Unidades de Salud; el 40.70 % restante se desplaza utilizando autobuses. Así mismo, se brinda información acerca del gasto que realizan por cada vez que pasan consulta en

la Unidad de Salud, encontrando lo siguiente: un 61.30 % de la población gasta entre \$ 1 a \$ 3; el 30.70 % gasta menos de \$ 1; y el 8 % gastan más de \$ 4.

### **INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de mujeres encuestadas residen a menos de una hora de los establecimientos de salud en estudio, lo cual refleja la accesibilidad que tienen a ellos en el aspecto geográfico. A pesar de esto en muchos casos existe poco interés en asistir a los controles prenatales, limitándose en ocasiones a la consulta de inscripción. Priorizando las labores domésticas antes que el cuidado de su salud, debido a que la mayoría son amas de casa y tienen familias numerosas.

Al mismo tiempo, dada la cercanía que se pudo comprobar en los cuadros anteriores, de la vivienda de las encuestadas con respecto a los establecimientos de salud se evidencia que la mayoría se trasporta a pie a sus controles prenatales. Así, mismo el gasto en que incurren es relativamente elevado en comparación con los ingresos promedio que se demostraron con anterioridad, limitando en ocasiones el acceso a los servicios de salud.

**Cuadro No 12.**

**Preguntas:**

**En su comunidad hay parteras?**

**Cuántas?**

**Vive alguna cerca de su casa?**

<b>Hay partera</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Vive cerca</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Número de Parteras</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	117	78%	<b>Si</b>	81	69.20%	<b>1 partera</b>	71	60.60%
<b>No</b>	33	22%	<b>No</b>	36	30.80%	<b>2 parteras</b>	32	11.90%
						<b>3 parteras</b>	14	27.50%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	117	100%	<b>Total</b>	117	100%

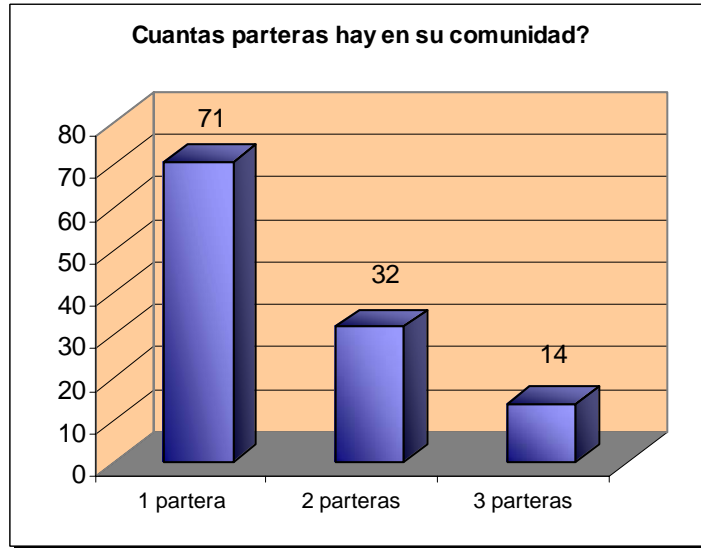
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**Gráfico No. 18**



Fuente: Cuadro No. 12.

**Gráfico No. 19**



Fuente: Cuadro No. 12

**Gráfico No. 20**



Fuente: Cuadro No. 12



**ANÁLISIS:**

En el cuadro No. 12 se da respuesta a la interrogante si hay partera(s) en la comunidad, siendo 117 de las encuestadas las que respondieron afirmativamente, lo que corresponde a un 78 % de las respuestas, y un 22 % manifestaron que no. Se investigó el número de parteras con las que cuentan las comunidades en estudio, un 60.6 % respondió que hay por lo menos una partera, un 27.5 % de las mujeres respondieron que hay tres parteras en su comunidad y solo un 11.9 % refiere que hay dos parteras. Así mismo, de las mujeres encuestadas un 69.2 % refirió que una partera vive cerca de su casa, mientras que un 30.8 % dijo que no.

**INTERPRETACIÓN:**

Se puede demostrar con los resultados que la presencia de parteras en las comunidades en estudio es alta, lo que la convierte en una opción factible para la atención del parto. Así mismo la mayor frecuencia, en cuanto al número de parteras, corresponde a una o dos parteras en la misma comunidad, incluso hasta tres en algunas comunidades, a diferencia de centros de atención hospitalaria, los cuales son más escasos y se encuentran a mayores distancias con respecto a la población en estudio. Ya que a nivel nacional, el Ministerio de Salud cuenta solamente con 30 hospitales para atender a toda la población en el país.

Sin embargo, hubo ocurrencia de pacientes que manifestaron que no había partera en su comunidad; en este grupo de mujeres en particular, son otros factores, diferentes al geográfico, los que influye en tomar la decisión sobre donde atender su parto.

**Cuadro No. 13**

**Preguntas:**

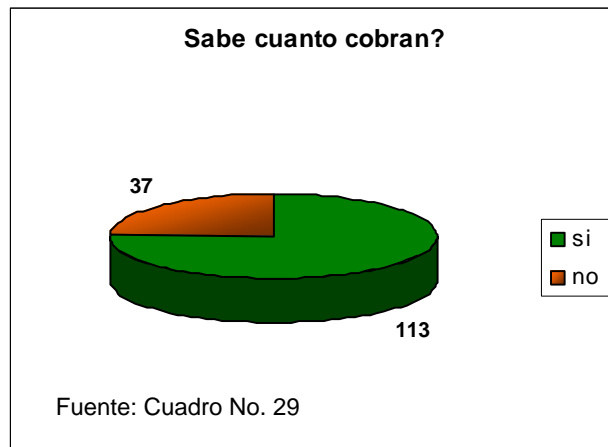
**Sabe cuanto cobra una partera por atender un parto?**

**Cuanto cobran?**

<b>Sabe cuanto cobran?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Cuanto?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	113	75.30%	<b>&lt; 10 \$</b>	10	8.80%
<b>No</b>	37	24.70%	<b>11 - 15\$</b>	44	39%
			<b>16 -20 \$</b>	55	48.70%
			<b>&gt; 20 \$</b>	4	3.50%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	113	100%

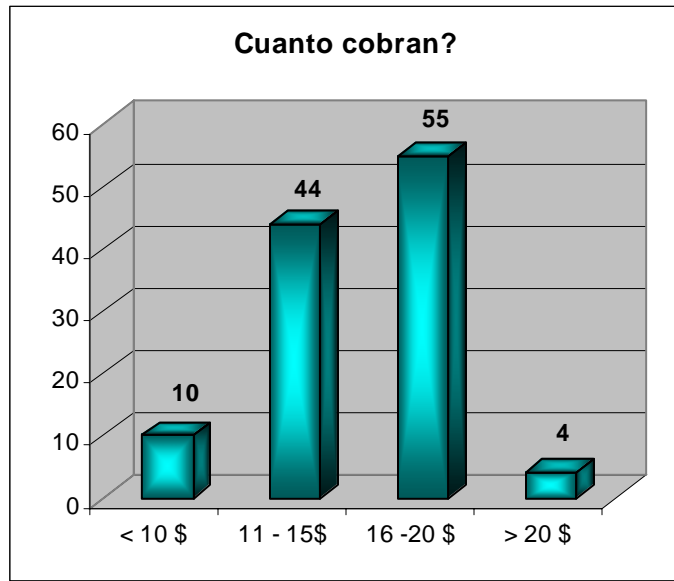
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 21**



Fuente: Cuadro No. 13

**Gráfico No. 22.**



Fuente: Cuadro No. 13

### **ANÁLISIS:**

Al preguntarles a las encuestadas si sabían el costo de un parto atendido por partera, el 75.3 % respondió afirmativamente, y un 24.7 % refirió desconocer el costo. Según el cuadro No. 22 un 48.7 % de las encuestadas respondió que el costo de un parto atendido por partera es de 16 a 20 dólares. Un 39 % dijo que costaría de 11 a 15 dólares, el 8.8 % refiere que menos de 10 dólares, y solo un 3.5 % dijo que el costo es mayor de 20 dólares.

### **INTERPRETACIÓN:**

Los gráficos anteriores demuestran el conocimiento que tienen las encuestadas acerca de los servicios que brindan las parteras y sus tarifas; esto se debe a la aceptación que tienen con respecto a ellas y al contacto que mantienen por la

cercanía a sus viviendas. Al constituirse como una opción factible, hace que las encuestadas se informen acerca de ellas ya sea en forma directa o a través de terceras personas, no permitiendo que se descarte como una posibilidad.

Además, como más adelante se demostrara, las encuestadas consideran que los costos son mayores a nivel hospitalario que como se ha demostrado en el grafico anterior.

**Cuadro No. 14**

**Cuadro comparativo sobre confianza en las parteras y la confianza en los médicos para atender el parto**

<b>Confía en parteras para atender su parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Confía en los médicos para atender su parto (Frecuencia)</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	103	68.70%	132	88%
<b>No</b>	45	30%	18	12%
<b>No sabe / No responde</b>	2	1.30%		
<b>Total</b>	150	100%	150	100%

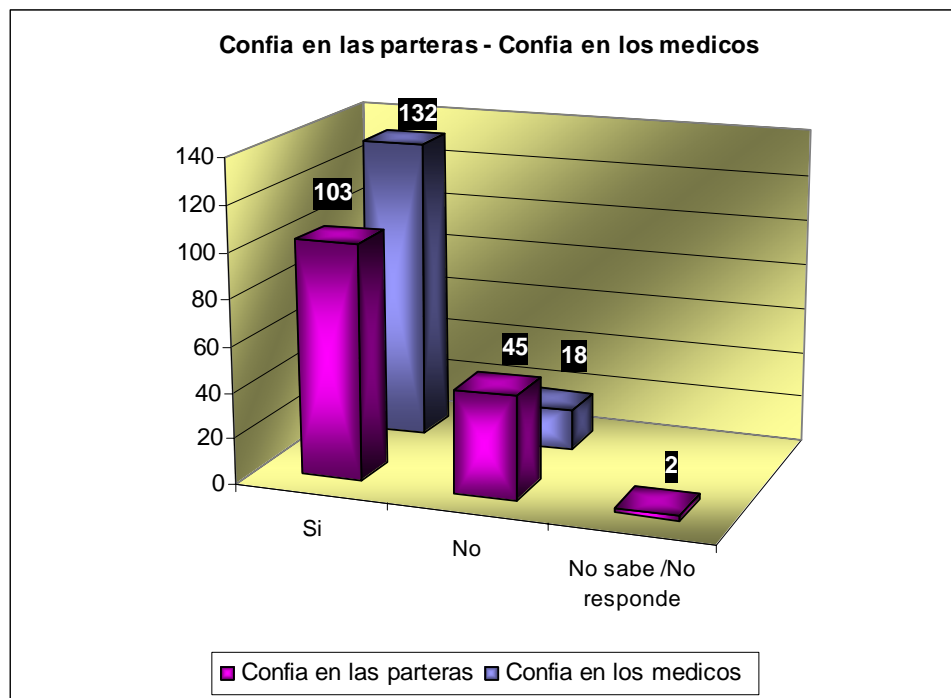
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS:**

En el cuadro No. 14 se puede observar una comparación que se realizó durante la encuesta, basada en la confianza que manifestaba la paciente ya sea en el

médico o en la partera, arrojando los siguientes datos: Un 68.7 % de las encuestadas contestó que si confía en las parteras para que atiendan su parto, mientras que un 30 % refirió que no lo hacia. Solo un 1.3 % no respondió a la interrogante. A la interrogante sobre la confianza en los médicos para la atención del parto, 88 % respondieron que si confiaban, y solo un 12 % de las encuestadas dijo que no lo hacia.

**Gráfico No 23**



Fuente: Cuadro No. 14

### **INTERPRETACIÓN:**

Se puede apreciar en el gráfico anterior que la mayoría de las encuestadas supo responder a ambas preguntas, dando resultados bastante semejantes. Demostrando ambivalencia en la confianza que se tiene, sobre quien debe atender su parto. Confían en ambos, tanto médicos como en parteras.

Se considera que en las respuestas pudo haber influenciado el hecho de que, quien estaba aplicando la encuesta era un médico.

**Cuadro No. 15**

#### **Pregunta:**

**En caso de que si confía en las parteras, por que?**

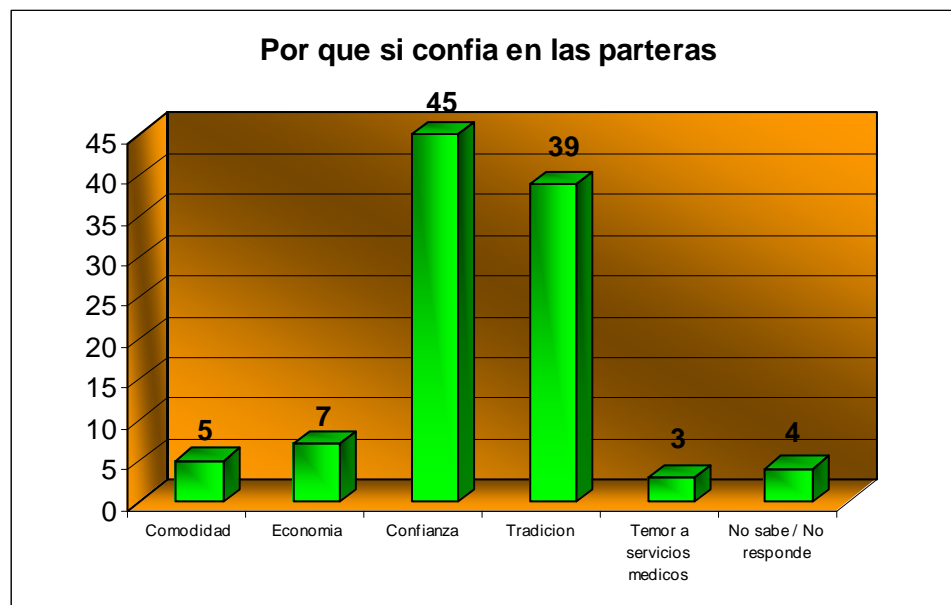
<b>Por que si</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Comodidad</b>	5	4.80%
<b>Economía</b>	7	6.80%
<b>Confianza</b>	45	43.70%
<b>Tradición</b>	39	38%
<b>Temor a servicios Médicos</b>	3	2,90%
<b>No sabe / No responde</b>	4	3.80%
<b>Total</b>	103	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS:

De las mujeres que respondieron que si confiaban en la partera, un 43.7 % refirió que por confianza en la persona que le atendería el parto, 38 % manifestó que por tradición confiaría en ellas. Por razones económicas un 6.8 %, así mismo un 4.8 % refirió por comodidad. No respondieron a la interrogante un 3.8 % y en menor porcentaje, con 2.9 % por temor a servicios médicos.

Gráfico No. 24



Fuente: Cuadro No. 15

### INTERPRETACIÓN:

En el gráfico anterior las mujeres encuestadas explicaron porque si confían en las parteras, demostrando que dentro de los factores que influyen en las pacientes para buscar una partera esta: La confianza que sienten hacia la

persona que tiene el papel de partera en su comunidad; otra razón manifestada es la tradición que existe en muchas familias a ser atendidas los partos de generación en generación siempre por una partera, pudiendo esta última atender varias mujeres (madre, hija, hermanas) en una misma familia.

Las razones económicas, traducidas en un menor costo para las pacientes, significaron otra de las causas para confiar en las parteras; así mismo, se dio como respuesta la mayor comodidad de ser atendida por partera, entendiéndose esto como un no alejamiento del resto de la familia; poder ser atendidos en su casa sin necesidad de desplazarse a otro lugar y la posibilidad de estar pendientes de las responsabilidades del hogar.

La última causa manifestada fue el temor a servicios médicos, refiriéndose a estos como el temor a la episiotomía y a ser vistas por varias personas desconocidas.

#### **Cuadro No. 16**

**Pregunta:**

**En caso de que no confía en las parteras, por que?**

<b>Por que no?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Temor complicaciones maternas</b>	8	1.70%
<b>Temor complicaciones fetales</b>	10	22.20%
<b>Confianza en médicos</b>	9	20%
<b>Desconfianza en parteras</b>	15	33.30%
<b>No sabe / No responde</b>	3	0.80%
<b>Total</b>	45	100%

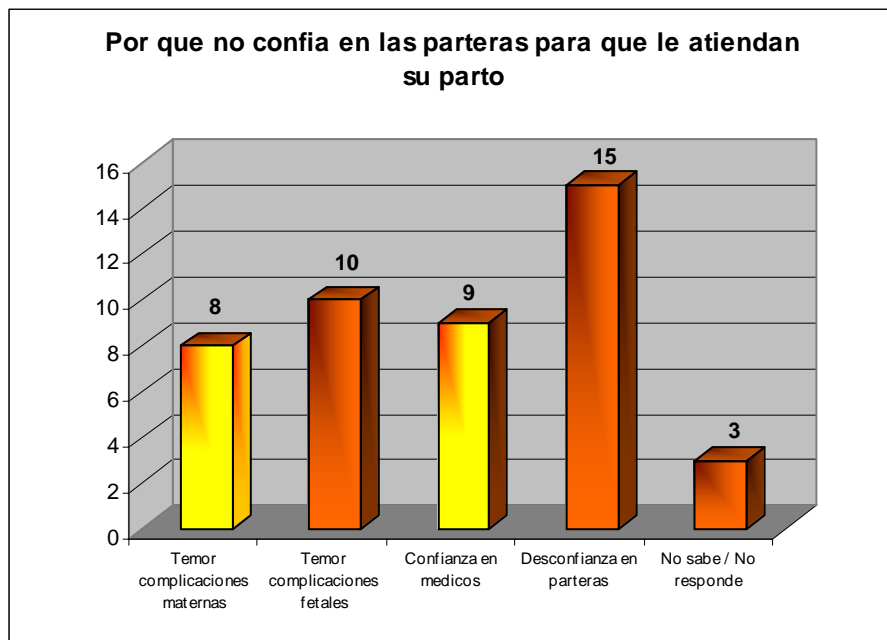
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.



### ANÁLISIS:

La desconfianza en la persona (partera) significo un 33.3 % de las respuestas, 22.2 % de las encuestadas dijeron que por temor a complicaciones en el feto, seguida por un 20 % que respondió que por confianza en los médicos. Solo 1.7 % refirió que por temor a complicaciones maternas, y un 0.8 % no respondió a la pregunta.

Gráfico No. 25



Fuente: Cuadro No. 16

### **INTERPRETACIÓN:**

Dentro de las causas de no confiar en las parteras para la atención del parto la más significativa fue la desconfianza en la persona que tiene el papel de partera en su comunidad. Seguida del temor a las complicaciones que se pueden presentar en un parto domiciliar, dándose énfasis en evitar las complicaciones en el feto, aun más que las que puede presentar la madre. Otra de las causas manifestadas fue la confianza que ejerce el papel del medico en la atención del parto, dándole relevancia a los conocimientos que este maneja sobre el tema. Una pequeña proporción no respondió a la interrogante.

**Cuadro No. 17**

#### **Pregunta:**

**En caso de que si confía en los médicos, por que?**

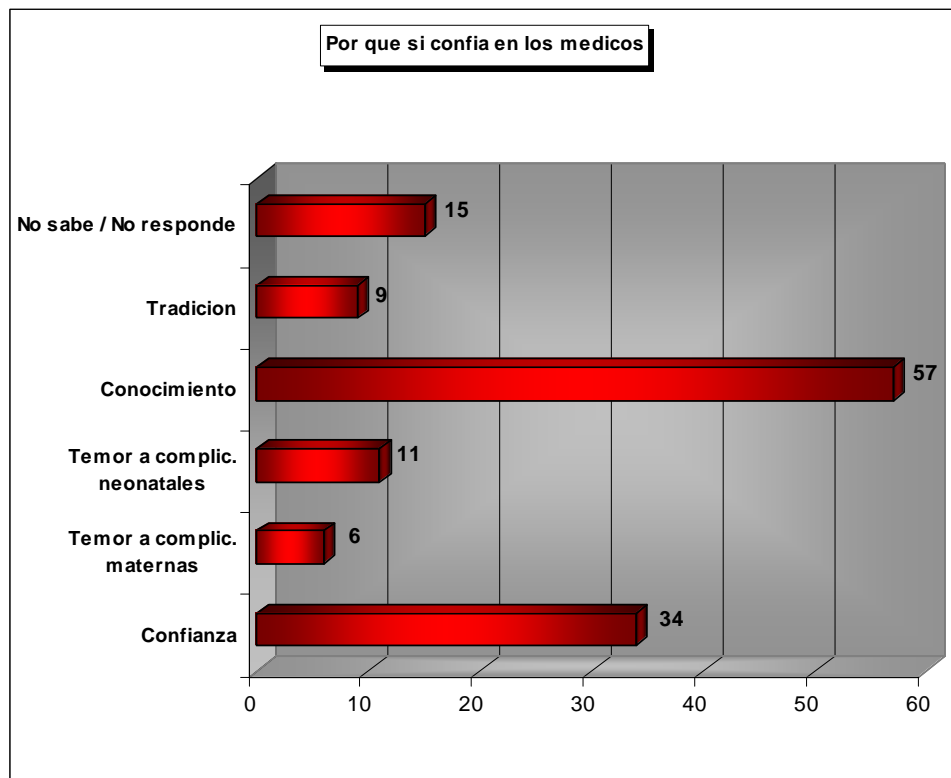
<b>Por que si?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Confianza</b>	34	25.70%
<b>Temor a complicaciones maternas</b>	6	4.50%
<b>Temor a complicaciones neonatales</b>	11	8.40%
<b>Conocimiento</b>	57	43.20%
<b>Tradicición</b>	9	6.80%
<b>No sabe / No responde</b>	15	11.40%
<b>Total</b>	132	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS:

De las 132 respuestas afirmativas, sobre la confianza en los médicos, la primera categoría con un 43.2 % fue para los conocimientos médicos, seguida de un 25.7 % por la confianza en la persona. Un 8.4 % dijo que por temor a complicaciones neonatales, y un 4.5 % por temor a complicaciones maternas. Solo un 6.8 % refirió que por tradición. Y no contestaron a la pregunta un 11.4 %.

Gráfico No. 26



Fuente: Cuadro No. 17

### **INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de las mujeres respondió que su confianza en los médicos para atender su parto se debía a los conocimientos que este a adquirido con respecto al tema y el entrenamiento que ha recibido. Así mismo, la confianza en el papel que desempeña el medico a nivel hospitalario fue otra de las causalidades mas importantes. Con respecto al temor a complicaciones que se pueden presentar en un parto domiciliario sobresalieron las neonatales sobre las maternas. Llama la atención que estas categorías de “temor a complicaciones” no son las mas relevantes dentro de las respuestas, es decir, que en la mayoría de los casos, las encuestadas no relacionan el parto domiciliario con complicaciones. La tradición como causa de confianza en los médicos, es un hallazgo que aunque no se esperaba, se dio con relativa frecuencia.

### **Cuadro No. 18**

#### **Pregunta:**

**En caso de que no confía en los médicos, por que?**

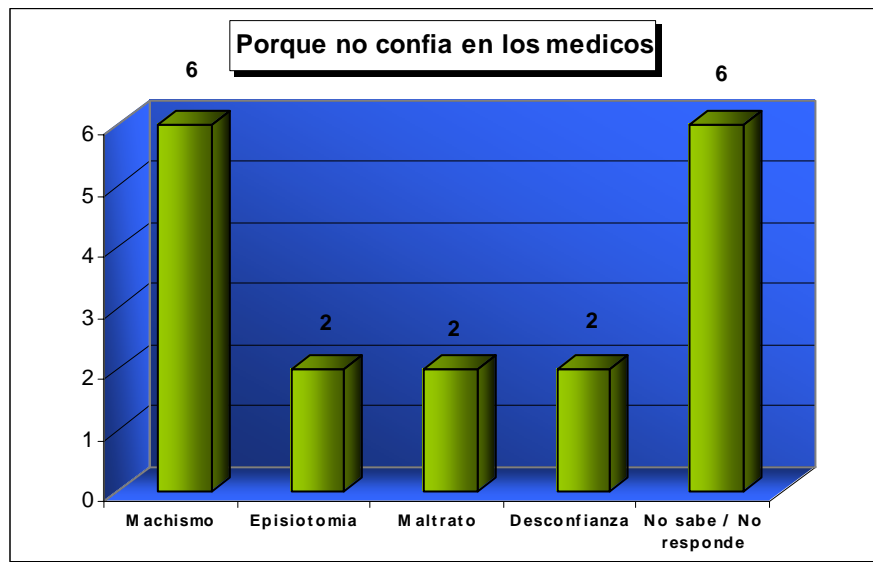
<b>No, porque</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Machismo</b>	6	33.35%
<b>Episiotomía</b>	2	11.10%
<b>Maltrato</b>	2	11.10%
<b>Desconfianza</b>	2	11.10%
<b>No sabe / No responde</b>	6	33.35%
<b>Total</b>	18	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS:

En aquellas pacientes que respondieron que no confiaban, 33.35 % dijo que por el machismo de la pareja, con iguales resultados las categorías de temor a la episiotomía, el temor al maltrato y la desconfianza en los médicos obtuvieron un 11.1 % de las respuestas. Un 33.35 % no respondió a la pregunta.

Gráfico No. 27



Fuente: Cuadro No. 18.

### INTERPRETACIÓN:

El grafico anterior muestra que el machismo, traducido como no aceptación de la pareja a los servicios brindados por el medico, ocupa la mayor frecuencia de las respuestas. Otras causas que obtuvieron el mismo número de respuestas son el maltrato que se puede recibir por parte del médico durante la atención del parto, el temor a que se le practique la episiotomía; y la desconfianza que puede generar el papel del medico.

Cabe recalcar que una buena parte de las encuestadas no respondió a la interrogante pudiéndose aducir esto al hecho de que era un medico el que realizaba las preguntas, lo que limitaba la libertad de expresarse al momento de dar las respuestas.

**Cuadro No. 19**

**Preguntas:**

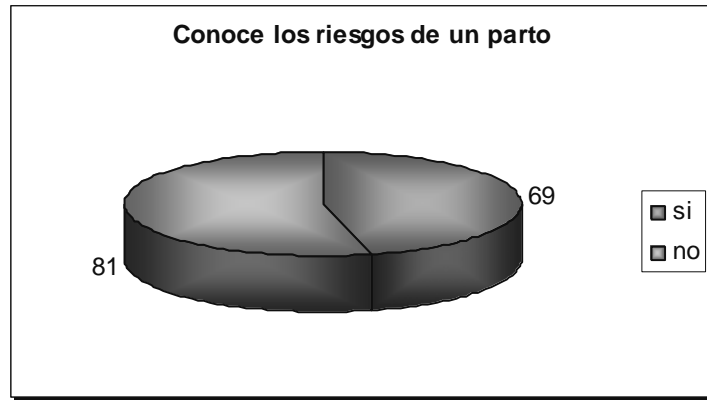
**Conoce los riesgos que conlleva un parto?**

**En caso de si, cuales?**

<b>Conoce los riesgos</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Cuales?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	69	46%	<b>Muerte materno/infantil</b>	37	54%
<b>No</b>	81	54%	<b>Aborto</b>	8	11.40%
			<b>Hemorragias</b>	7	10%
			<b>Distocias</b>	17	24.60%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	69	100%

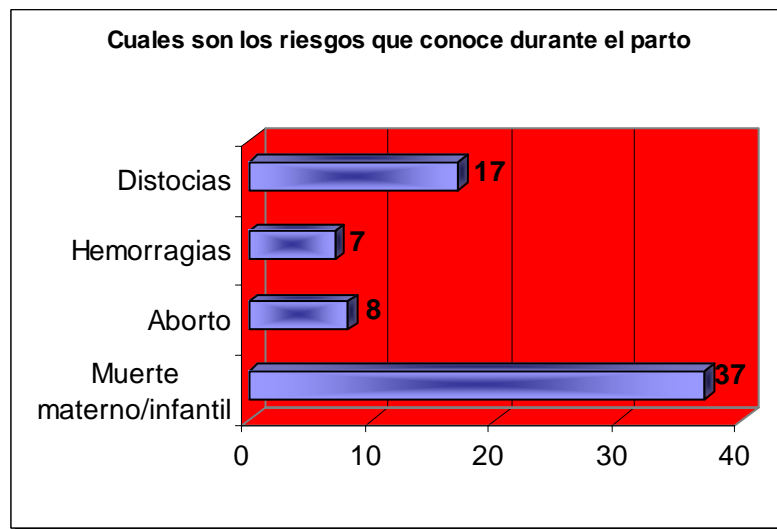
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 28**



Fuente: Cuadro No. 19

**Gráfico No. 29**



Fuente: Cuadro No. 19

### **ANÁLISIS:**

El 46 % refirió si conocer los riesgos relacionados al parto. De estas un 54 % contesto la muerte ya sea materna o infantil. Las distocias obtuvieron un 24.6 % de las respuestas, seguido de un 11.4 % que correspondió al aborto, y nada más el 10 % contesto las hemorragias.

### **INTERPRETACIÓN:**

Con una diferencia no muy relevante la mayoría de las mujeres refirieron desconocer cuales son las complicaciones que se relacionan a un parto.

Dentro de aquellas que dijeron conocer alguna complicación, la muerte ya sea materna o fetal por cualquier causa relacionada con el parto, sobresalió como la primera respuesta; seguida de las distocias, hemorragias que se pueden presentar durante el parto y la perdida del feto.

Demostrando que la mayoría de las mujeres encuestadas no poseen conocimientos sobre la amplia gama de complicaciones que se pueden presentar.

**Cuadro No. 20**

#### **Pregunta:**

**Ha discutido con su pareja el lugar de atención del parto?**

<b>Ha discutido el lugar del parto?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Donde?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	77	58%	<b>Hospitalario</b>	52	67.50%
<b>No</b>	55	42%	<b>Domiciliar</b>	25	32.50%
<b>Total</b>	132	100%	<b>Total</b>	77	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

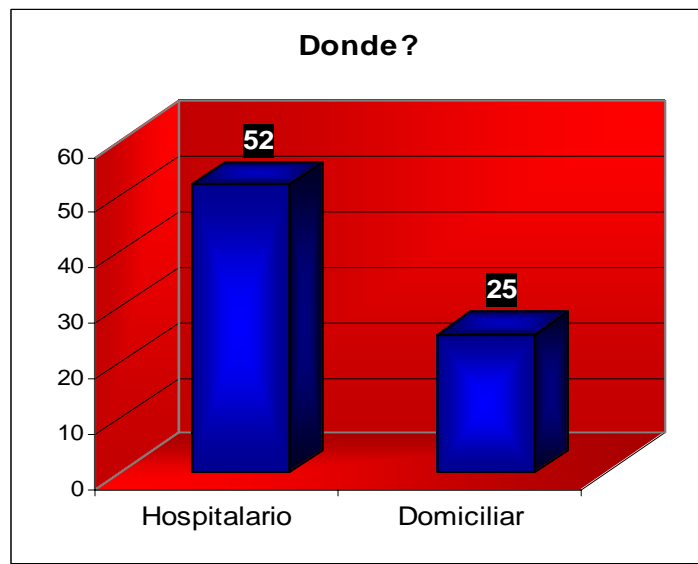


**Gráfico No. 30**



Fuente: Cuadro No. 20

**Gráfico No. 31**



Fuente: Cuadro No. 20

**ANÁLISIS:**

Según el cuadro No 20 el 58 % contestó que si ha discutido con su pareja el lugar de atención del parto, mientras que un 42 % respondió que no lo había hecho. De las mujeres que si habían discutido con su pareja, el 65.5 % dijo que habían concluido atender el parto en un hospital, mientras que el 34.5 % habían llegado a la resolución con la pareja de atenderlo de manera domiciliar.

**INTERPRETACIÓN:**

No es muy relevante la diferencia entre las mujeres que han discutido con su pareja el lugar de atención del parto, en relación con las que no lo han hecho; siendo estas ultimas las menos frecuentes. Influyendo en esto el grado de confianza que tiene la encuestada con su pareja, así como también el momento del embarazo en el que se realizo la encuesta. Aquellas que se encuestaron en las primeras semanas del embarazo estuvieron en su mayoría dentro del grupo de las que no habían discutido con su pareja acerca del tema.

Por otra parte las mujeres que si habían discutido con su pareja, la mayoría refirió que se atendiera el parto a nivel hospitalario.

**Cuadro No. 21****Preguntas:**

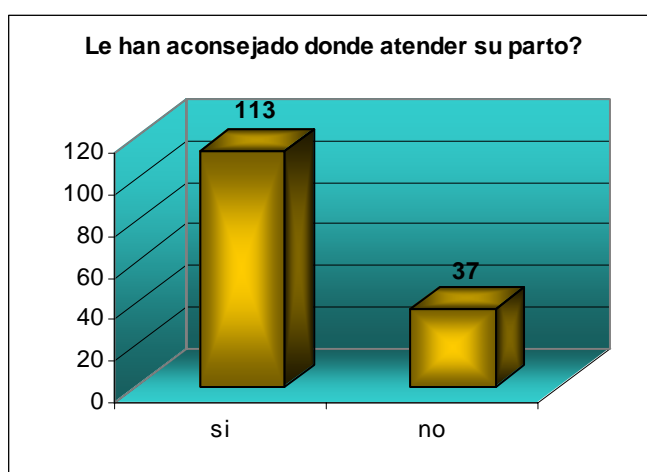
**Le han aconsejado donde atender su parto?**

**En caso de si, quien y donde?**

<b>Le han aconsejado</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Quien?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Donde?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	113	75.30%	<b>Familiar</b>	107	95%	<b>Hospital</b>	68	60%
<b>No</b>	37	24.70%	<b>Amigo</b>	6	5%	<b>Domicilio</b>	45	40%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	113	100%	<b>Total</b>	113	100%

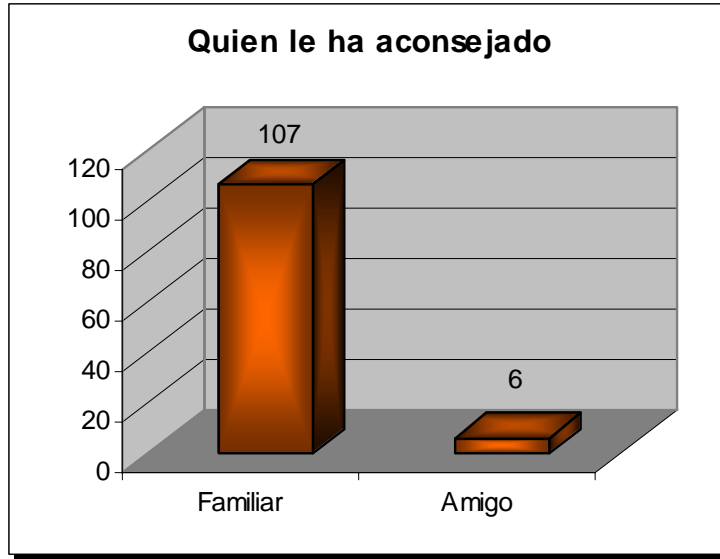
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 32**



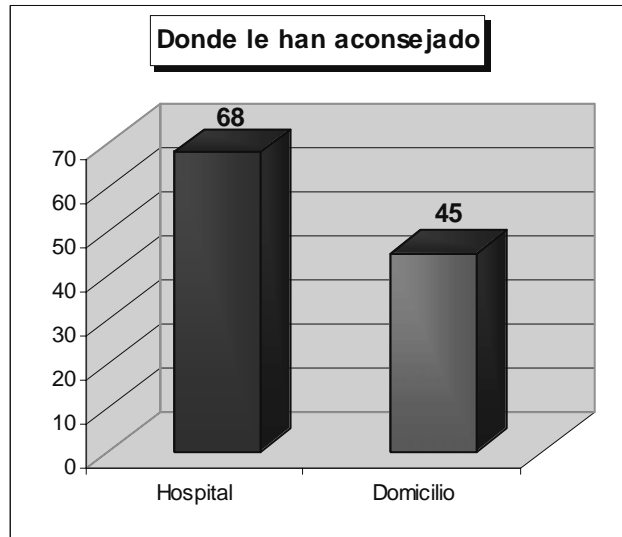
Fuente: Cuadro No. 21

**Gráfico No. 33**



Fuente: Cuadro No. 21

**Gráfico No. 34**



Fuente: Cuadro No. 21

### **ANÁLISIS:**

A la interrogante si la encuestada había recibido consejo sobre el lugar de atención de su parto, el 75.3 % dijo si haber recibido consejo y el 24.7% respondió negativamente. Dentro de las que respondieron afirmativamente, el 95 % dijo que un familiar y un 5 % refirió que un amigo. Acerca del lugar que le habían aconsejado, 60 % fue para el hospital, mientras que 40 % fue para parto domiciliar.

### **INTERPRETACIÓN:**

En los gráficos anteriores se demuestra que un buen porcentaje de las mujeres encuestadas tiene la confianza de discutir el lugar de atención del parto con una tercera persona, comprobándose en la mayoría de los casos, que esta persona estaba dentro del grupo familiar. Madres y hermanas fueron las respuestas más frecuentes. Así mismo, se dio una tendencia sobre el lugar aconsejado, hacia el hospital.

**Cuadro No. 22**

#### **Pregunta:**

**Por que le aconsejaron el hospital?**

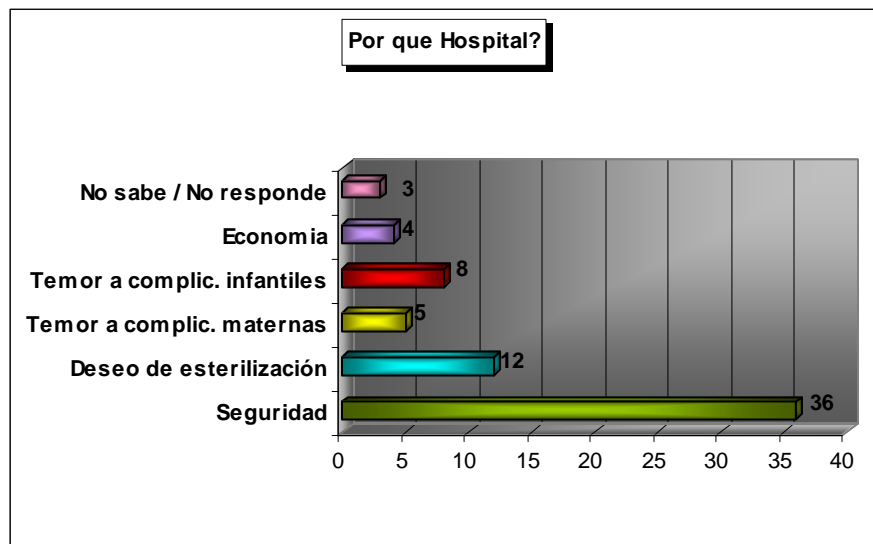
<b>Por que Hospital?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Seguridad</b>	36	53%
<b>Deseo de esterilización</b>	12	18%
<b>Temor a complicaciones maternas</b>	5	7.40%
<b>Temor a complicaciones infantiles</b>	8	11.60%
<b>Economía</b>	4	6%
<b>No sabe / No responde</b>	3	4%
<b>Total</b>	68	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS:

En las mujeres a quienes se les aconsejo parto hospitalario, el 53 % fue por mayor seguridad, un 18 % fue por el deseo de esterilizarse. Un 11.6 % refirió que por temor a complicaciones infantiles y un 7.4 % por temor complicaciones maternas, y con menor frecuencia con un 6 % dijo que por ser más económico. Un 4 % no respondió la pregunta.

Gráfico No. 35



Fuente: Cuadro No. 22

### INTERPRETACIÓN:

En aquellas mujeres que fueron aconsejadas sobre parto hospitalario, la causa predominante fue la seguridad que brinda la imagen del hospital, y los médicos que en ellos atienden los partos. Así mismo, esto se relaciona con otras categorías como son el temor a complicaciones ya sean estas maternas o

fetales. Aduciendo que en los hospitales dichas complicaciones son mas factibles de resolver.

Además entre las causas mencionadas por las pacientes encuestadas, cabe mencionar en aquellas con alta paridad en las cuales recibieron como consejo la esterilización para lo que necesitan asistir a un nosocomio.

Como ultima categoría en las respuestas están las razones económicas, siendo pocas las mujeres encuestadas que perciben la opción de un parto hospitalario como de menor costo para ellas. Solamente tres de las encuestadas no respondieron a la pregunta.

### **Cuadro No. 23**

**Pregunta:**

**Por que le aconsejaron parto domiciliario?**

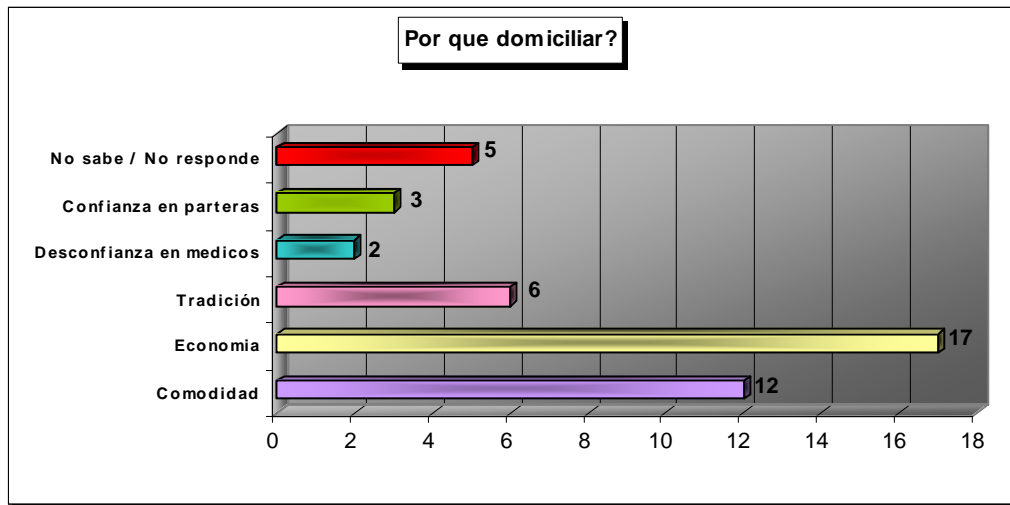
<b>Por que Domiciliar?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Comodidad</b>	12	26.70%
<b>Economía</b>	17	37.70%
<b>Tradicición</b>	6	13.30%
<b>Desconfianza en médicos</b>	2	4.50%
<b>Confianza en parteras</b>	3	6.70%
<b>No sabe / No responde</b>	5	11.10%
<b>Total</b>	45	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS:**

Aquellas mujeres a las que se les aconsejo parto domiciliario, la primera causa fue la economía con un 37.7 %, seguido de un 26.7 % por mayor comodidad. Un 13.3 % respondió que por tradición. La confianza en las parteras significo un 6.7 % de las respuestas y 4.5 % dijeron que por desconfianza en los médicos. Un 11.1 % no respondió a la interrogante.

**Gráfico No. 36**



Fuente: Cuadro No. 23

### **INTERPRETACIÓN:**

En aquellas mujeres que fueron aconsejadas sobre parto domiciliario, la causa predominante fue el bajo costo que este implica, comparado con el parto a nivel hospitalario; así mismo, la comodidad, percibida como el hecho de no desplazarse de su vivienda o su comunidad hacia otro lugar para atender su parto, fue otra causa importante entre las respuestas mencionadas.

Entre otras categorías mencionadas por las pacientes esta la tradición, es decir, el consejo recibido en la mayoría de los casos por familiares de ser atendida en casa por una partera conocida. El hecho de que en muchos casos las abuelas y madre hayan sido atendidas por parteras, pesa sobre la decisión que pueda tomar la embarazada. En este mismo contexto el personaje de la partera, como mujer de la comunidad conocida por la familia, brinda mayor confianza que el médico como un personaje distante y desconocido por los familiares.



**Cuadro No. 24**

**Preguntas:**

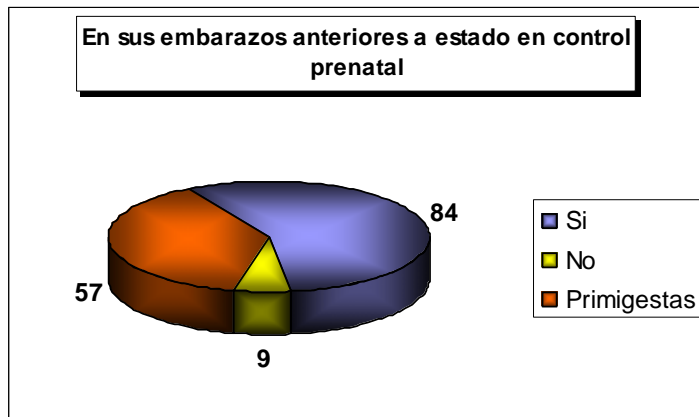
**En sus embarazos anteriores ha estado en control prenatal?**

**En caso de si, por que?**

<b>Control prenatal</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Por que si</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	84	56%	<b>Bienestar fetal</b>	16	19.10%
<b>No</b>	9	6%	<b>Tradición</b>	6	29.80%
<b>Primigestas</b>	57	38%	<b>Recibir medicamentos</b>	27	7.10%
			<b>Toma de exámenes</b>	5	5.90%
			<b>Prevención de complicaciones maternas</b>	25	32.20%
			<b>No sabe / No responde</b>	5	5.90%
<b>Total</b>	150	100%	<b>Total</b>	84	100%

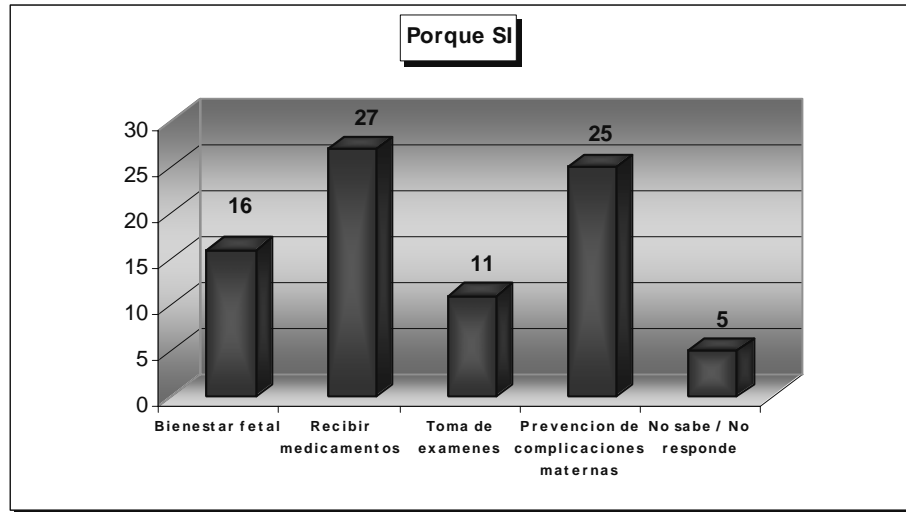
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 37**



Fuente: Cuadro No. 24

**Gráfico No. 38**



Fuente: Cuadro No. 24

**ANÁLISIS:**

Del total de mujeres encuestadas se encontró que un 62 % son multíparas, y de estas un 56 % respondió si haber llevado controles prenatales en embarazos anteriores, mientras que un 6 % dijo no haberlos llevado. De las que respondieron afirmativamente, un 32.2 % refirió que por temor a complicaciones maternas, 29.8 % dijo que por tradición. El bienestar fetal tuvo con un 19.1 % de las respuestas, 7.1 % dijeron que por recibir los medicamentos. Y la toma de exámenes tuvo un 5.9 % al igual que aquellas que no respondieron.

**INTERPRETACIÓN:**

Las embarazadas encuestadas justificaron su asistencia a controles prenatales debido a que en ellos reciben suplementos vitamínicos necesarios en su embarazo como primera causa; esto se relaciona con el deseo de evitar

complicaciones en ellas mismas relacionadas con el embarazo que fue otra de las causas mas frecuentes. El bienestar fetal corroborado a través del examen clínico durante los controles prenatales es otra de las causas que dijeron las embarazadas por las cuales asisten a controles prenatales.

La toma de exámenes traducida como la oportunidad de recibir este servicio a través de los controles es otro de los motivos mencionados por las embarazadas.

#### **Cuadro No. 25**

**Preguntas:**

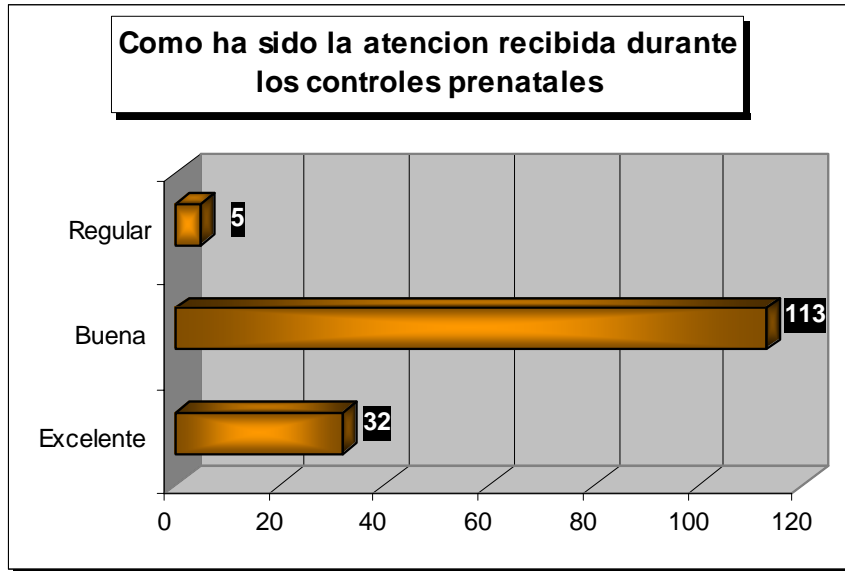
**Como ha sido la atención recibida en sus controles prenatales?**

**Ha recibido consejería sobre el lugar de atención del parto durante los controles prenatales?**

<b>Atención recibida</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Ha recibido consejería</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Excelente</b>	32	21,3%	<b>Si</b>	132	88%
<b>Buena</b>	113	75,4%	<b>No</b>	18	12%
<b>Regular</b>	5	3,3%			
<b>Total</b>	150	100,0%	<b>Total</b>	150	100%

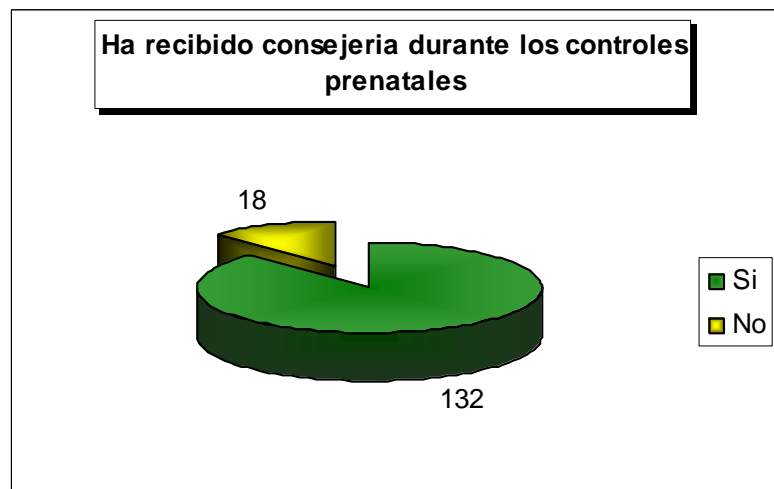
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 39**



Fuente: Cuadro No. 25

**Gráfico No. 40**



Fuente: Cuadro No. 25

**ANÁLISIS:**

Con respecto a la atención recibida en los controles prenatales, el 75.4 % respondió que esta había sido Buena atención, mientras que un 21.3 % refirió que era excelente. Solamente un 3.3 % catalogo la atención prestada como regular.

Además un 88 % de las encuestadas dijo haber recibido consejería durante los controles prenatales, sobre el lugar de atención del parto, mientras que el 12 % contesto que no.

**INTERPRETACIÓN:**

La percepción sobre la calidad de atención que reciben las embarazadas durante sus controles fue, según las respuestas obtenidas, catalogada como buena en la mayoría de los casos y como excelente en un menor porcentaje.

El hecho de que la encuesta fue aplicada por personal medico se considera que limito la libertad de las pacientes al momento de dar las respuestas.

Con respecto a la calidad de atención que se pretende, la consejería es parte fundamental de esta, encontrándose que la mayor parte de las encuestadas si reciben orientación sobre el lugar de atención del parto en los controles prenatales, pudiendo influir esto en la decisión que tome. Cabe recalcar, que por norma del Ministerio de Salud la consejería debe orientarse hacia la conclusión del embarazo a nivel hospitalario.

**Cuadro No. 26**

**Preguntas:**

**Donde desearía que le atendieran el parto?**

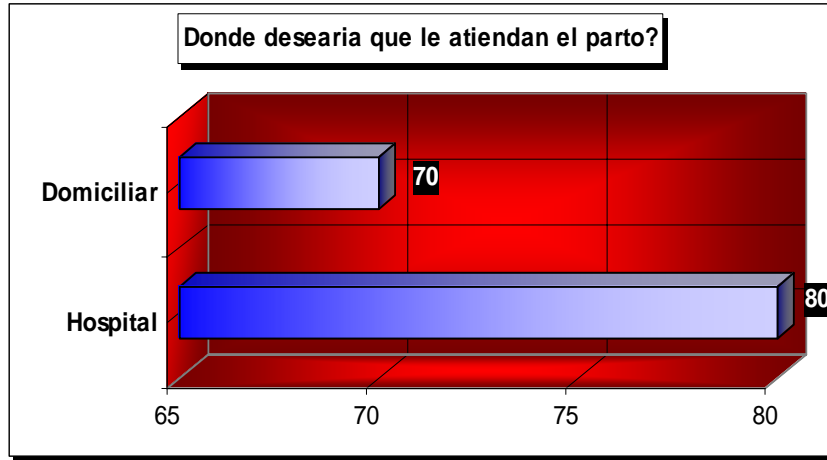
**Por que desearía parto domiciliario?**

**Por que desearía parto hospitalario?**

<b>Donde desearía?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Hospital</b>	80	53.30%
<b>Domiciliar</b>	70	46.70%
<b>Total</b>	150	100%
<b>Por que hospitalario?</b>		
<b>Confianza</b>	33	41.3%
<b>Temor a complicaciones maternas</b>	10	12.5%
<b>Temor a complicaciones neonatales</b>	16	20.%
<b>Deseo de esterilizarse</b>	7	8.7%
<b>Cercanía</b>	4	12.5%
<b>No sabe / No responde</b>	10	5.%
<b>Total</b>	80	100%
<b>Por que domiciliario?</b>		
<b>No aceptación de los serv. hospitalarios</b>	9	12,0%
<b>Comodidad</b>	19	27.10%
<b>Económico</b>	27	38.60%
<b>Machismo</b>	3	4.30%
<b>Tradición</b>	11	15.70%
<b>No sabe / No responde</b>	1	1.40%
<b>Total</b>	70	100%

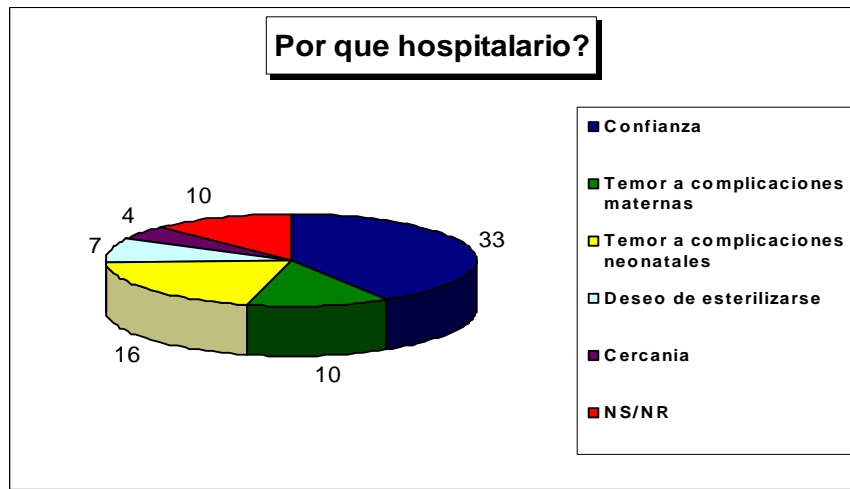
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 41**



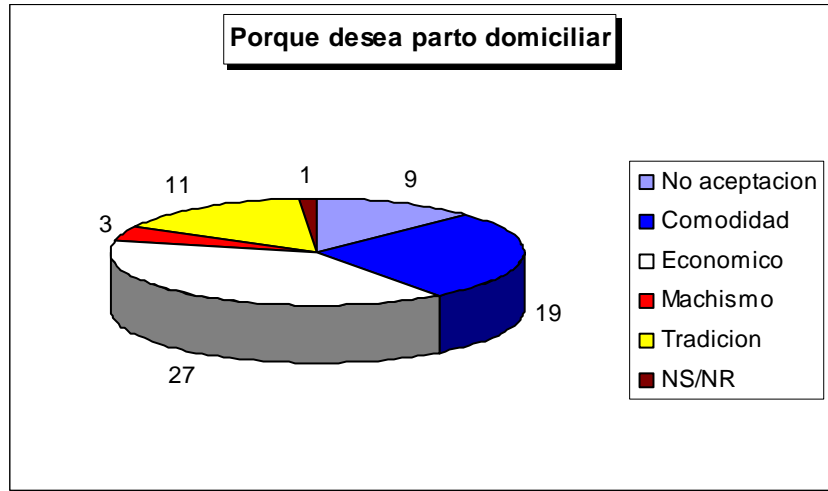
Fuente: Cuadro No. 26

**Gráfico No. 42**



Fuente: Cuadro No. 26

**Gráfico No. 43**



Fuente: Cuadro No. 26.

### **ANÁLISIS:**

Se hizo la interrogante a las encuestadas, donde desearía que le atendieran el parto actual. El 53.3 % respondió que parto hospitalario, mientras que el 46.7 % refirió que deseaba parto domiciliario.

De las que contestaron que deseaban parto hospitalario, el 41.3 % dijo que por confianza en los servicios hospitalarios, 20 % refirió que por temor a complicaciones neonatales y 12.5 % por temor a complicaciones maternas, igual resultado obtuvo la categoría de cercanía a los servicios hospitalarios, y solo un 8.7 % dijo que por deseo de esterilizarse después del parto. Un 5 % no respondió a la pregunta.

De las mujeres que respondieron que deseaban parto domiciliario, un 38.6 % dijeron que por razones económicas, 27.1 % refirieron que por mayor comodidad para ellas. Un 15.7 % dijo que por tradición, mientras que el 12.9 % manifestó no aceptar los servicios hospitalarios. El machismo de la pareja significó un 4.3 % de las respuestas. Un 1.4 % no respondió a la pregunta.



## **INTERPRETACIÓN:**

Se demuestra, con una diferencia no muy amplia, la preferencia que manifestaron las embarazadas encuestadas al parto hospitalario.

Entre las causas al por que parto hospitalario, se destaco la confianza que manifestaron tener en el médico a nivel hospitalario, lo cual se relaciona con otras de las causas mencionadas, como son el temor a las posibles complicaciones, ya sean estas maternas o fetales, entendiend que en un parto a nivel institucional, es más factible la resolución de las complicaciones en caso de que las hubiera, basando esta confianza en los mayores conocimientos acerca del tema que se le adjudican al médico. El deseo de esterilización se considera circunstancial, predominantemente en las multíparas, como razón para optar por un parto hospitalario; y la cercanía se menciona en escasas respuestas de pacientes del área urbana.

Entre las causas al por que parto domiciliario, se destaco el factor económico como principal causa, debido a los menores costos en los cuales incurren, relacionados con los bajos ingresos monetarios que ya se han mencionado. La comodidad, entendida como, quedarse en su hogar después del parto y seguir pendiente de las responsabilidades domesticas, aunado a la dificultad para trasladarse a un centro hospitalario, fue una de las causalidades mencionadas.

Se considero también dentro de las respuestas la tradición de partos domiciliarios, ante la existencia de una partera miembro de la comunidad, conocida por la familia de la embarazada, que cuenta en muchos casos con la aprobación y confianza de los miembros de la comunidad. Se menciona también la no aceptación de los servicios hospitalarios, traducidos como la realización de la episiotomía, maltratos, constantes exámenes vaginales por diferentes clínicos y la despersonalización de la atención recibida. En un menor porcentaje, aparece como causa para el parto domiciliario, el machismo de parte del cónyuge de la paciente, al no aceptar esta la atención brindada por el médico sobre todo si fuese del sexo masculino.

**Cuadro No. 27**

**Preguntas:**

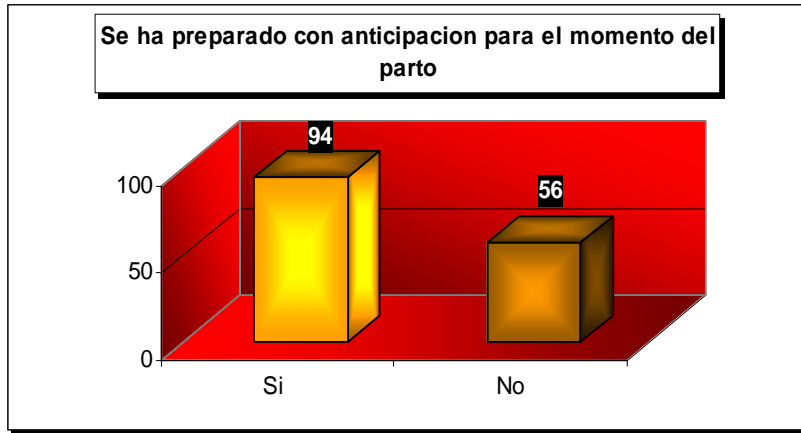
**Se ha preparado con anticipación para el parto?**

**En caso de si, como?**

<b>Se ha preparado con anticipación?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Como?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	94	63%	<b>Ahorro</b>	16	17%
<b>No</b>	56	37%	<b>Transporte</b>	20	21.30%
			<b>Partera</b>	28	29.80%
			<b>Apoyo familiar</b>	21	22.30%
			<b>Llevando controles</b>	2	2.10%
			<b>Ropa</b>	17	18.10%
			<b>No sabe / No responde</b>	6	6.40%
<b>Total</b>	150	100,0%	<b>Total</b>	94	100%

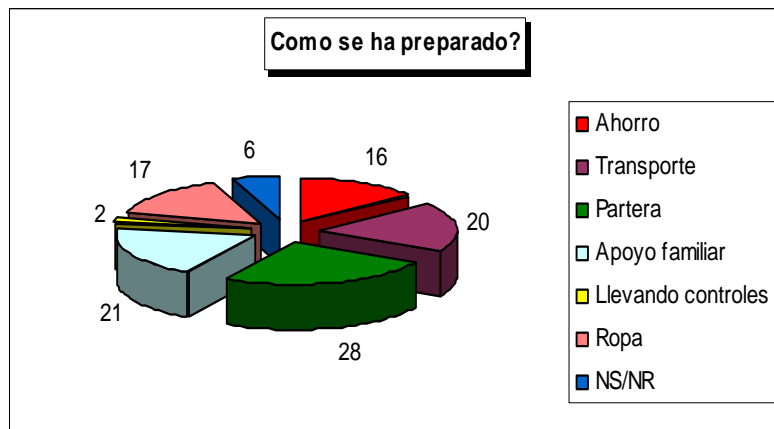
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 44**



Fuente: Cuadro No. 27

**Gráfico No. 45**



Fuente: Cuadro No. 27

### **ANÁLISIS:**

Se pregunto a las encuestadas si se habían preparado con anticipación para el momento del parto, 63 % refirió que si lo habían hecho, mientras que 37 % dijo que no. De las mujeres que respondieron afirmativamente, un 29.8 % dijo que ya había hablado con la partera sobre su atención, 22.3 % refirió que buscando apoyo familiar, 21.3 % dijo que preparando con anticipación el transporte. Un 18.1 % manifestó que consiguiendo ropa, el 17 % dijo estar ahorrando para el momento del parto. Solo un 2.1 % dijo que los controles prenatales era su preparación. El 6.4 % no respondió a la pregunta.

### **INTERPRETACIÓN:**

Ante la interrogante sobre si ya inicio preparativos para el momento del parto, como indicador en el atenimiento que pudiera existir en la encuestada, se pudo demostrar que fueron más las mujeres que si ya habían comenzado dichos preparativos; y cabe recalcar dentro de las respuestas: La búsqueda de la partera y el apoyo familiar lo cual se relaciona con aquellas mujeres que ya se habían decido por parto domiciliar. De igual manera, se menciona la búsqueda de transporte, específicamente hacia un centro hospitalario, relacionándose esto con aquellas mujeres que ya se habían decidido por parto hospitalario. Otros preparativos referidos fueron el ahorro económico, el asistir a controles prenatales y el abastecimiento de ropa para el recién nacido, que no se relaciona en especifico con ninguna de las opciones de parto. Así mismo, es significativo el número de mujeres que no se habían preparado de ninguna manera para el momento del parto.

**Cuadro No. 28**

**Pregunta:**

**Donde fueron atendidos los partos anteriores?**

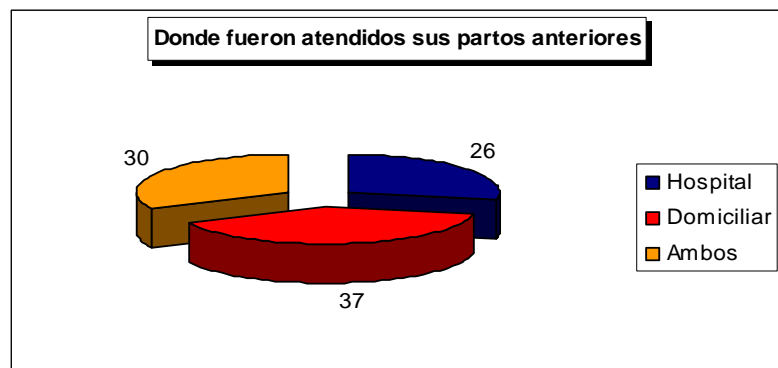
<b>Donde fueron atendidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hospital</b>	26	27.90%
<b>Domiciliar</b>	37	39.80%
<b>Ambos</b>	30	32.30%
<b>Total</b>	93	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS:**

A las múltiparas encuestadas, se les interrogó donde habían sido atendidos sus partos anteriores. El 39.8 % manifestó que todos sus partos habían sido atendidos en su domicilio, 27.9 % dijo que habían sido atendidas en un hospital. Las que habían optado por el hospital en alguno de sus partos y domiciliar en otros (Uso de ambos) significó el 32.3 % de las respuestas.

**Gráfico No. 46**



Fuente: Cuadro No. 28

**INTERPRETACIÓN:**

Predomino la atención recibida en forma domiciliar para el parto, sin embargo la frecuencia de parto hospitalario y el uso mixto de ambos tipos de servicio, se dio con escaso margen de diferencia entre las mujeres encuestadas.

**Cuadro No. 29****Pregunta:**

**Ha presentado alguna tipo de complicación durante alguno de sus partos?**

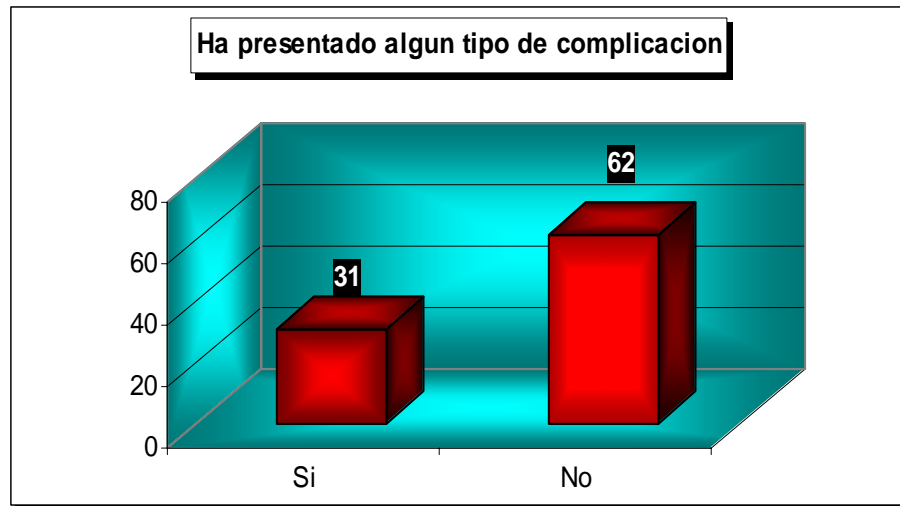
<b>Algún tipo de complicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	31	33.30%
<b>No</b>	62	66.70%
<b>Total</b>	93	100,0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS:**

Se interrogo a las pacientes multíparas si habían presentado alguna complicación en partos anteriores. Un 66.7 % dijo no haber presentado ninguna complicación, mientras que un 33.3 % refirió que si.

**Gráfico No. 47**



Fuente: Cuadro No. 29

**INTERPRETACION:**

En la mayor parte de encuestadas multíparas no hubo ocurrencia de complicaciones en partos anteriores, lo cual hace que no tengan relevancia al momento de decidir el lugar de atención del parto.

Sin embargo, hubieron mujeres que manifestaron si haber presentado complicaciones en sus partos anteriores, dentro de las cuales se mencionaron abortos y distocias durante el parto.

**Cuadro No. 30**

**Pregunta:**

**Que le pareció la atención recibida por el(la) médico(a) en sus partos anteriores?**

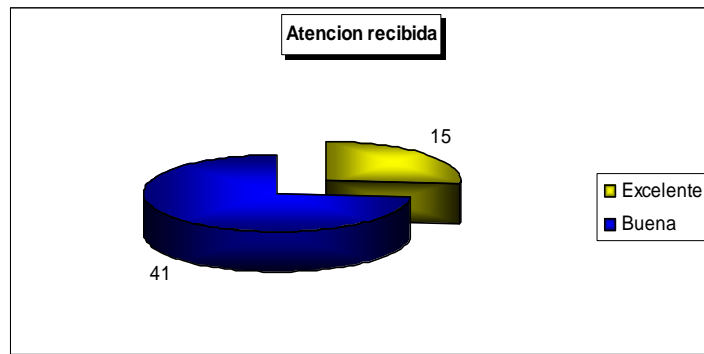
<b>Atención recibida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Excelente</b>	15	26.80%
<b>Buena</b>	41	73.20%
<b>Total</b>	56	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS:**

De las múltiparas encuestadas, un 73.2 % dijo haber recibido una buena atención en sus partos anteriores atendidos por médico, mientras un 26.8 % dijo que la atención había sido excelente.

**Gráfico No. 48**



Fuente: Cuadro No. 30



### **INTERPRETACIÓN:**

Las embarazadas multíparas encuestadas, perciben que la atención que recibieron en sus partos anteriores, fue de una manera excelente o buena. Cabe recalcar que la encuesta fue aplicada por el personal medico de las unidades objeto de estudio, lo que limitó la libertad en la expresión de las respuestas.

### **Cuadro No. 31**

#### **Pregunta:**

**Cuanto cree que gastaría si su parto fuera atendido en el hospital?**

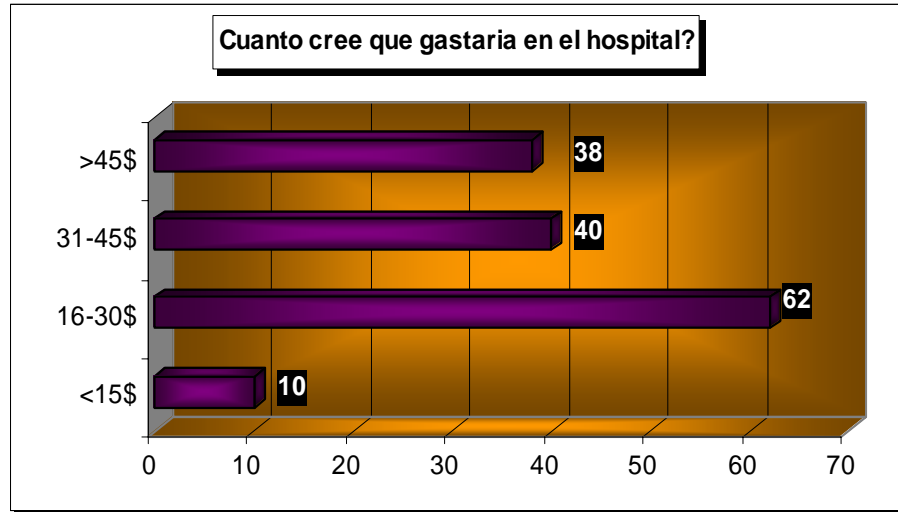
<b>Cuanto cree que gastaría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt;15\$</b>	10	6.70%
<b>16-30\$</b>	62	41.30%
<b>31-45\$</b>	40	26.70%
<b>&gt;45\$</b>	38	25.30%
<b>Total</b>	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### **ANÁLISIS:**

Se interrogo a las mujeres sobre cuanto creen que gastarían si su parto fuera atendido en un hospital. Un 41.3 % dijo que de 16 a 30 dólares, 26.7 % manifestó que gastaría de 31 a 45 dólares. Un 25.3 % dijo que gastaría más de 45 dólares. Solo 6.7 % refirió que gastaría menos de 15 dólares.

**Gráfico No. 49**



Fuente: Cuadro No. 31

**INTERPRETACIÓN:**

Con respecto al factor económico que se trató de investigar a través de la pregunta anterior, y en relación con los costos mencionados ante un parto domiciliario, se puede apreciar una tendencia al alza de los costos cuando el parto es a nivel hospitalario. Si esto se contrasta con los bajos ingresos promedio familiares que se encontraron, deja en evidencia la limitante en que esto se convierte para la embarazada al momento de decidir el lugar de atención del parto.

**Cuadro No. 32**

**Preguntas:**

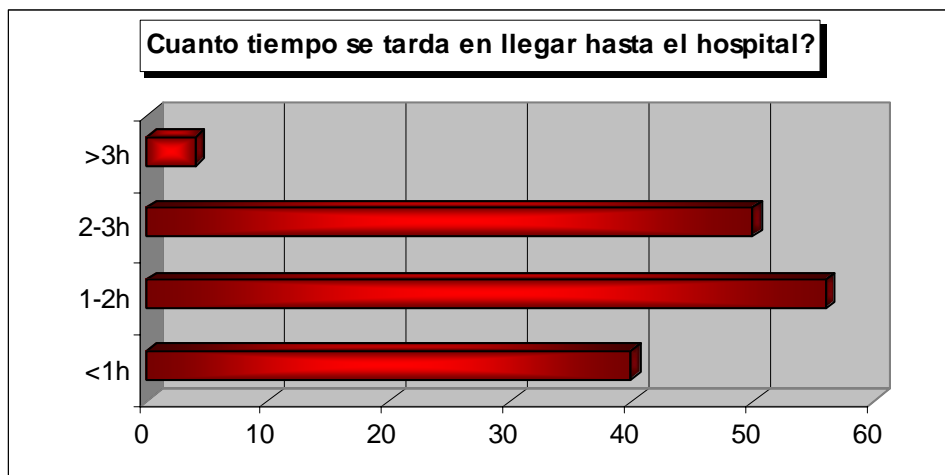
**Cuanto tiempo se tarda en llegar a un hospital desde su casa?**

**En que se transportaría?**

<b>Cuanto tiempo se tarda</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>En que se transportaría</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>&lt;1h</b>	40	26.70%	<b>Bus</b>	38	25.30%
<b>1-2h</b>	56	37.30%	<b>Vehículo propio</b>	9	6%
<b>2-3h</b>	50	33.30%	<b>Vehículo alquilado</b>	103	68.70%
<b>&gt;3h</b>	4	2.70%			
<b>Total</b>	150	100,0%	<b>Total</b>	150	100%

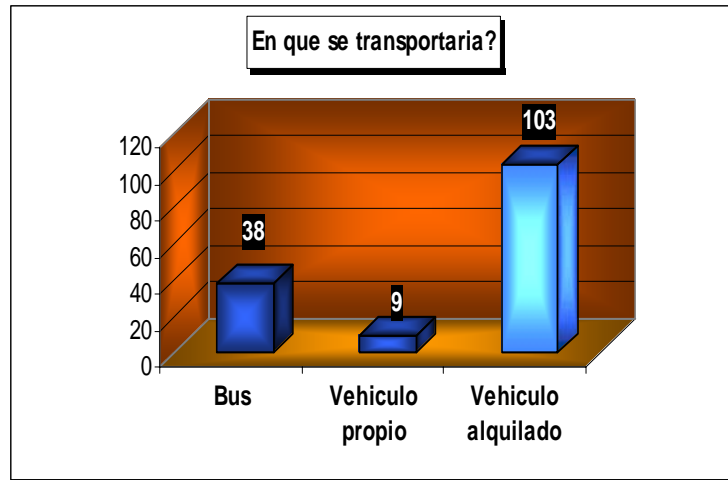
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 50**



Fuente: Cuadro No. 32

**Gráfico No. 51**



Fuente: Cuadro No. 32

### **ANÁLISIS:**

Al interrogar a las encuestadas sobre el tiempo que se tarda para trasladarse a un centro de asistencia hospitalario, los resultados fueron los siguientes: un 37.3 % manifestó que se tardaría entre una a dos horas, de dos a tres horas significó un 33.3 % de las respuestas, seguido de menos de 1 hora que obtuvo 26.7 % de frecuencia, solamente un 2.7 % de las encuestadas refirió que se tardaría más, de tres horas.

El medio de transporte utilizado por la mayoría de mujeres encuestadas para trasladarse a un centro hospitalario según las respuestas fueron: Vehículo alquilado en un 68.7 %, bus en un 25.30 % y solamente un 6 % se transportaría en vehículo propio.

### **INTERPRETACIÓN:**

Relacionándose con las características rurales de las comunidades en estudio se puede evidenciar con base al tiempo, las distancias que hay entre las

comunidades de las encuestadas y los centros hospitalarios de atención, convirtiéndola en un factor que influye en la decisión de las embarazadas al momento del parto; si se toma en cuenta la poca accesibilidad en relación al transporte, la distancia al centro hospitalario y la elevación de costos que generan estas distancias. Sin embargo, en un menor porcentaje hubieron encuestadas que si cuentan con el medio de transporta necesario para el traslado a los hospitales.

### Cuadro No. 33

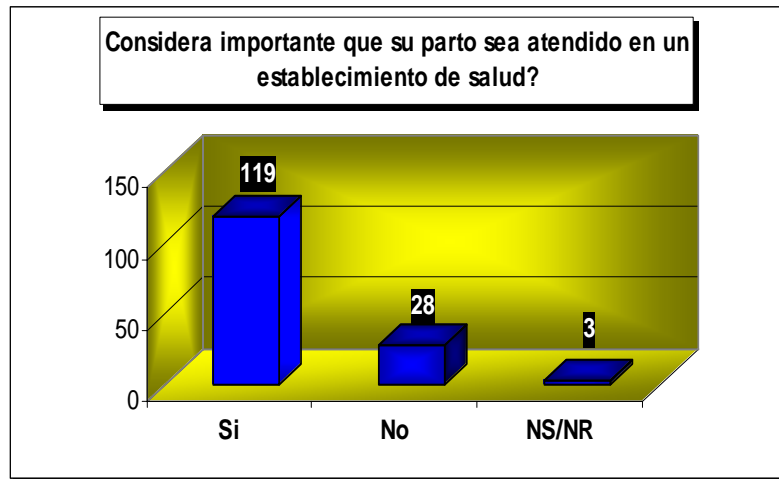
**Pregunta:**

**Considera importante que su parto sea atendido en un establecimiento de salud?**

<b>Considera importante</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Por que si?</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	119	79%	<b>Buena atención</b>	32	26.90%
<b>No</b>	28	19%	<b>Deseo de esterilización</b>	6	5%
<b>No sabe / No responde</b>	3	2%	<b>Confianza</b>	29	24.40%
			<b>Temor a complicaciones maternas</b>	18	15.20%
			<b>Temor a complicaciones neonatales</b>	31	26%
			<b>No sabe / No responde</b>	3	2.50%
<b>Total</b>	150	100,0%	<b>Total</b>	119	100,0%

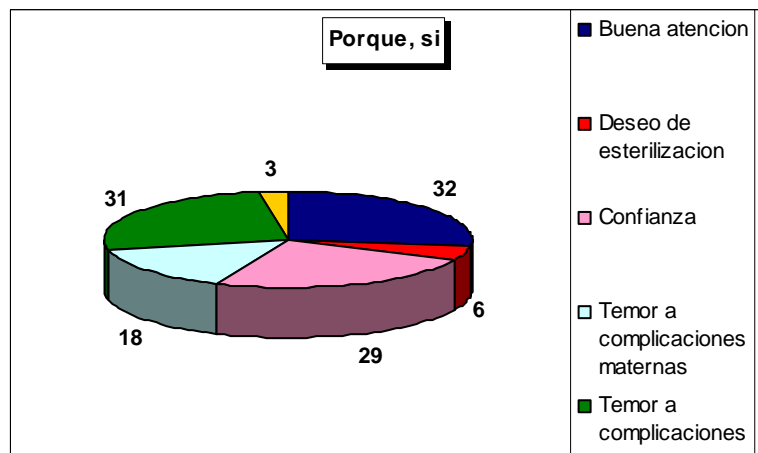
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Gráfico No. 52**



Fuente: Cuadro No. 33

**Gráfico No. 53**



Fuente: Cuadro No. 33

### **ANÁLISIS:**

La mayoría de las mujeres encuestadas con un 79% de las respuestas considera importante que su parto sea atendido en un establecimiento de salud; un 19% no comparte esta idea, y solamente un 2 % no respondió la interrogante.

En aquellas mujeres que manifestaron que si era importante que su parto fuera atendido en un establecimiento de salud, las causas manifestadas fueron: La buena atención que se recibe con un 26.90 %, el temor a las complicaciones neonatales significo un 26 % de las respuestas, el 24.4 % manifestó la confianza en los servicios hospitalarios y el temor a complicaciones maternas ocupó un 15.2 % de las respuestas. El deseo de esterilizarse obtuvo un 5 % de la frecuencia y solamente un 2.5 % de las encuestadas no contestó las preguntas.

### **INTERPRETACIÓN:**

Se concluyo la encuesta tratando de investigar entre las embarazadas encuestadas si percibían como necesario o no la atención de su parto en un centro hospitalario, pudiéndose comprobar que la mayoría opino que si pudiese ser necesario. Siendo la base de esta necesidad la búsqueda de una atención especializada que prevenga las complicaciones o las resuelva en caso de presentarse, aunado a ello el papel de una buena atención recibida y la confianza en los servicios que prestan los hospitales son factores influyentes para esta decisión.

Así mismo, la paridad completa significo también una razón por la cual solicitar los servicios hospitalarios, al influir sobre las encuestadas en el deseo de esterilizarse, lo cual las motivo para asistir a los hospitales.

## **5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.**

### **Hipótesis Específica No 1.**

**Hi<sub>1</sub>: Los factores culturales afectan en la decisión de la mujer embarazada sobre el lugar de atención del parto.**

La hipótesis planteada se comprueba debido a que los factores culturales tales como el machismo, la aceptación de la partera, el atenuamiento y la tradición son parte de las respuestas encontradas en las pacientes; apareciendo al preguntar sobre los controles prenatales y si se ha preparado con anticipación para el parto, encontrándose que si bien no están relacionados en forma directa con el fenómeno objeto de estudio, si lo pueden afectar al influir, sobre la mujer embarazada, a través de terceras personas, ya sean estas familiares como el esposo, la madre, hermanas, abuelas; o amigos. Además se observa la tendencia al atenuamiento, ya que un 37 % de las encuestadas negó estar preparada con anticipación para su parto actual; por lo que se acepta la hipótesis específica de trabajo No 1 y se rechaza la hipótesis nula.

### **Hipótesis Específica No 2.**

**Hi<sub>2</sub>: El nivel socioeconómico se relaciona con la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.**

En relación a los resultados obtenidos en la investigación podemos decir que es aceptada; y se rechaza la hipótesis nula. Debido a que la mayoría de las pacientes son de bajos ingresos económicos; hay un porcentaje significativo que no tiene acceso a los servicios básicos; poseen un nivel de escolaridad bajo; la mayor parte son desempleadas y con familias numerosas, esto obliga a las pacientes a hacer del parto domiciliar la única opción viable para muchas de ellas, lo que se evidencia al encontrar que 71 % de la población encuestada, ha hecho uso del parto domiciliar. Además el alto costo en transporte que



significaría un parto hospitalario dificultaría que las mujeres embarazadas se inclinen por la opción del parto institucional.

### **Hipótesis Específica No 3.**

**Hi<sub>3</sub>: La accesibilidad a los servicios de salud afecta la decisión de la mujer gestante sobre el lugar de atención del parto.**

Esta hipótesis se planteó en cuanto a la accesibilidad que tienen las pacientes encuestadas a los servicios de salud, refiriéndose esto a aspectos económicos y distancia hacia los centros de salud. Se acepta la hipótesis, con base a un 52.6 % de las encuestadas que tiene un ingreso familiar mensual (< \$100.00) menor al promedio que corresponde a la canasta básica en el país; así mismo, un 73.3 %, manifestó que se tardaría más de una hora desde su casa hasta un centro hospitalario. En el contexto del parto domiciliar, son factores a favor de éste: La cercanía de la partera y el bajo costo que implica. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

### **Hipótesis Específica No 4.**

**Hi<sub>4</sub>: La atención recibida en los establecimientos de salud por la embarazada afecta su decisión sobre el lugar de atención del parto.**

En cuanto a la hipótesis número cuatro, se puede determinar con base a los datos obtenidos que no es muy influyente, puesto que todas las respuestas ya sea en controles prenatales en las unidades de salud o partos previos atendidos en hospital fueron bien evaluados por las pacientes. El grupo investigador no rechaza ni acepta dicha hipótesis, pues las pacientes encuestadas pudieron haber limitado sus respuestas debido a que fueron aplicadas por un médico(a), inhibiendo así las opiniones de las embarazadas.

Por tanto, la hipótesis general se acepta; y se rechaza la hipótesis nula, a excepción del aspecto relacionado con la atención recibida en los establecimientos de salud, por contar con información demasiado limitada.

**CAPITULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **6.1 CONCLUSIONES**

Al finalizar la investigación sobre los factores determinantes en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en mujeres gestantes de las unidades de salud de El Triunfo departamento de Usulután, Sesori y Tierra Blanca departamento de San Miguel en el periodo de abril a octubre de 2005. El grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones.

- Se pudo comprobar que los factores culturales, tales como el machismo y la tradición familiar son influyentes con respecto al fenómeno objeto de estudio; reflejado en la confianza hacia la partera en un 38 % de la población encuestada, y el machismo de la pareja fue la razón para no buscar los servicios hospitalarios en un 33.3 % de las encuestadas. Así mismo el atenuamiento es otro factor que se relaciona con la decisión del lugar del parto, con un 37 % de embarazadas que no habían iniciado preparativos para el momento del parto. Otro factor investigado fue la religión, la cual no mostró ninguna relación significativa con respecto al lugar donde las mujeres desearían que se atendiera su parto.
- En cuanto a la relación de los factores económicos, se demostró que influyen en la decisión de la embarazada; con base a un 52.6 %, es decir más de la mitad de las encuestadas, con un ingreso menor al promedio del costo de la canasta básica en el país. Así mismo, esto se consideró una limitante en la búsqueda de atención hospitalaria al existir un 38.6% de las encuestadas que refirieron que desearían parto domiciliario por el menor costo que este les acarrearía.

- Los factores sociales investigados demuestran tener influencia en la decisión de la mujer embarazada, encontrándose un nivel de escolaridad con un 65 % de mujeres que habían alcanzado la primaria, un 29 % educación básica y solamente 6 % el bachillerato. Lo cual se relaciona con la dificultad que presentan para la comprensión de la información que se brinda en los controles prenatales. Así mismo se relaciona con la ocupación referida por las encuestadas, las cuales en su mayoría son amas de casa, limitando la obtención de una fuente de trabajo estable e ingresos económicos que suplan sus necesidades, incluyendo lo referente a su salud. Además, al investigar el estado familiar, se encontró que un 88 % de las mujeres tienen algún vínculo marital, y de estas un 58 % había discutido con su pareja el lugar de atención del parto, esto demuestra su influencia sobre el fenómeno objeto de estudio.
- En la población rural, mayoría en el estudio, la accesibilidad geográfica a los centros hospitalarios, es un factor determinante en la decisión del lugar del parto, con un 27.1 % de las encuestadas que manifestó que la comodidad, al no tener que trasladarse de su comunidad y seguir pendiente de las responsabilidades domesticas, seria una de las razones por la que optaría por un parto domiciliar.
- La accesibilidad al médico a nivel hospitalario, resulto con un 70 % de las respuestas, con respecto a la confianza que este les genera, relacionado también con los conocimientos que las mujeres perciben que posee con respecto al fenómeno del parto.

- En este mismo contexto, las encuestadas manifestaron que la atención que han recibido de parte de los médicos en los controles prenatales y partos anteriores, la pueden catalogar como “buena” o “excelente”, limitado por el hecho de que era un médico el que realizó la encuesta en todo el estudio.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Al Gobierno de El Salvador, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, crear políticas que busquen una mayor accesibilidad en cuanto a costos de los servicios hospitalarios, especialmente en aquellas usuarias que procedan del área rural, las cuales se encuentran con amplias limitantes en este aspecto.
- Ampliar la cobertura del programa de atención a la mujer embarazada, parto y puerperio por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador.
- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, se le recomienda la creación de nuevos centros hospitalarios de referencia para atención del parto.
- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, hacer hincapié al personal de unidades de salud y hospitales sobre el derecho de las pacientes usuarias a un trato respetuoso y digno, especialmente en momentos tan trascendentes en la vida, como lo es el embarazo y el parto.
- Al Ministerio de Salud Pública en coordinación con el Ministerio de Educación, aumentar la escolaridad de los centros educativos del área rural, que en su mayoría alcanza hasta el 6° grado, y además incluir en sus programas educativos, contenidos acerca de los riesgos que conlleva un embarazo y parto a temprana edad, especialmente a nivel domiciliar.

- Al personal que labora en las unidades de salud, fomentar la cultura de la prevención, durante los controles prenatales, haciendo énfasis en la educación de la embarazada sobre los riesgos de un parto domiciliario y cuando debe necesariamente ser atendida en un centro hospitalario, evitando complicaciones maternas y fetales.
- Al personal de las Unidades de Salud, promocionar en las usuarias, la importancia de los controles prenatales, como medida necesaria para la evaluación precoz y efectiva de los cambios relacionados al embarazo, pudiendo así determinar a tiempo cualquier circunstancia que pueda llevar a una complicación ya sea para la madre o el feto.



## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

ANDER-EGG, Ezequiel. **Diccionario del Trabajo Social**. 10ª Edición. México DF. Editorial "El Ateneo". 1984. 350 Págs.

DONALD, Ian. **Problemas en la Práctica Obstétrica**. 1ª Edición; versión en español de la 5ª. Edición de la Obra Original Inglesa. Madrid España. Salvat Editores. 1983. 654 Págs.

GALLY, Esther. **Manual Practico para Parteras. Embarazo, Parto, Cuidado del Recién Nacido y Planificación Familiar**. México. Editorial Pax-Mexico. 1987. 600 Págs.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. **Metodología de la Investigación**. 3ª. Edición. México DF. Editorial McGraw Hill Interamericana. 2003. 705 Págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Tercer Nivel de Atención**. San Salvador, El Salvador, C.A. 2003. 253 Págs.

ROJAS SORIANO, Raul. **Guía para Realizar Investigaciones Sociales**. 7ª Edición. México DF. Plaza y Valdés Editores. 1991. 286 Págs.

VELÁSQUEZ, José Humberto. **La Partera Salvadoreña**. Primera Edición. San Salvador, El Salvador. Editorial Universitaria. 1996. 140 Págs.

## **TESIS**

ARAYA VILLACORTA, Oscar; PARADA CABRERA, Vangie y ROQUE FUENTES, Flor. **Relación de los hallazgos clínicos con el diagnóstico citológico en infecciones cervicovaginales e incidencia de las lesiones premalignas de cáncer de cervix detectadas por la toma de papanicolau en mujeres de 20 a 49 años de edad en las unidades de salud El Piche, municipio de El Carmen, departamento de La Unión, El Transito y Moncagua del departamento de San Miguel. en el periodo comprendido del 1 de julio al 30 de septiembre de 2004.** Tesis. Universidad de El salvador. San Miguel, El Salvador, C.A. Noviembre 2004. s.e. 167 Págs.

CALDERÓN MARTÍNEZ, Ana Elizabeth; HERNÁNDEZ MIRANDA, María Leticia; ZAVALA DE JOVEL, Gladis Del Carmen. **Factores culturales que se relacionan con la aceptación de la partera comunitaria en la atención del embarazo, parto y puerperio de las usuarias del programa materno de la unidad de salud del municipio de San Pedro Perulapán, departamento de Cuscatlán, en el período de mayo a noviembre del año 2000.** Tesis. Universidad de El Salvador. San Salvador, El Salvador, C.A. Noviembre 2002. s.e. 99 Págs.

CARBALLO PALMA, Luis Adolfo. **Uso de Servicios de Salud Maternos Nicaragua 2001.** Tesis. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, C.A. 2004. s.e. 43 Págs.

## REVISTAS

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA. **Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002/2003.** Revista. San Salvador El Salvador, C.A. 2003.

KASISCHE, Katrin y MORALES CARBONELL, Marina. **Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva. Influencia de los Factores Socio-Culturales.** Revista. San Salvador, el Salvador. Editorial UNICEF. 1999. 72 Págs.

## FUENTES ORALES

MOLINA DE PÉREZ, Olga. **Parto Institucional.** Entrevista. Médica graduada de la Universidad de el Salvador, con especialidad en Gineco-Obstetricia. Hospital de Especialidades Nuestra Señora de La Paz. San Miguel, El Salvador, C.A. Viernes 20 de mayo de 2005, 6:00 PM.

RAMOS, Maribel. **Parto Atendido por Partera.** Entrevista. Partera Capacitada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Salud de Tierra Blanca, Chirilagua. San Miguel, El Salvador. Viernes 13 de junio de 2005, 2:00 PM.

## DIRECCIONES ELECTRONICAS

ASOCIACIÓN DE MUJERES POR LA DIGNIDAD Y LA VIDA. "LAS DIGNAS". **Información sobre la Mujer. Datos Generales sobre la Mujer.** Documento. (Disponible en [www.lasdignas.org.sv/información/textos.php/tipo/situacion](http://www.lasdignas.org.sv/información/textos.php/tipo/situacion)). Consultada el 13 de junio de 2005.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE MUJERES DE LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS CIM-OEA. **Informe Nacional sobre la Situación de la Mujer en la Republica de El Salvador.** Documento. (Disponible en [www.oas.org](http://www.oas.org)). Consultada el 14 de junio de 2005.

GANGES, Frances y LONG, Phyllis. **Hacia Una Maternidad Segura: Éxitos y Desafíos.** Documento. (Disponible en [www.path.org](http://www.path.org)) Consultada el 15 de abril de 2005.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE OPINIÓN PÚBLICA. UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA “JOSÉ SIMEÓN CAÑAS”. **La Situación de la Mujer en El Salvador.** Documento. (Disponible en [www.uca.edu.sv/publica/IUDOP/2000/boletin2/bol200.thm](http://www.uca.edu.sv/publica/IUDOP/2000/boletin2/bol200.thm)) Consultada el 9 de junio de 2005.

MINISTERIO DE ECONOMÍA GOBIERNO DE EL SALVADOR. **Indicadores de Pobreza y Hogares.** Documento. (Disponible en [www.minec.gov.sv](http://www.minec.gov.sv)) Consultada el 19 de mayo de 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cuidados del Parto Normal: Una Guía Práctica.** Documento. (Disponible en [www.who.org](http://www.who.org)) Consultada el 18 de abril de 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Perfil del Sistema de Servicios de Salud en El Salvador.** Documento. (Disponible en [www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf](http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeelsalvador-ES.pdf)) Consultada el 9 de junio de 2005.

# **ANEXOS**

## ANEXO No. 1

### CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL PROCESO DE GRADUACION, AÑO 2005.

Nº	Meses	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Sep.				Oct.				Nov.				Dic.							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Reunión con docente asesor	x	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x					
2	Reunión con asesor metodológico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																			x	x	x	X		
3	Reunión con asesor estadístico																															x	X	X							
4	Discusión del tema de investigación	x																																							
5	Elaboración del Perfil de Investigación	x	x	x																																					
6	Entrega del Perfil de Investigación				x																																				
7	Presentación Oral del Perfil de Investigación.						x																																		
8	Elaboración del Planteamiento del Problema del Pro. Inv.*							X																																	
9	Elaboración de Hipótesis								x																																
10	Elaboración del Marco Teórico del Pro. Inv.*									x	x	x	x																												
11	Elaboración del Diseño Metodológico												x																												
12	Presentación del Protocolo de Investigación													x	x	x																									
13	Ejecución de la Investigación																X	x	x	x	x	x	x	X																	
14	Tabulación, Análisis e Interpretación de Resultados																							x	x	x	x	x													
15	Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones																															x	x								
16	Presentación del Informe Final																																			x	x	x			
17	Exposición Oral de Resultados																																			x	X				

\*Pro. Inv.: Protocolo de Investigación.

## ANEXO No. 2

### CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION.

**Estudiante: Hazel Karen Molina Aguilar.**

Mes de Agosto	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>Actividad</b>																																		
Aplicación de la cedula de entrevista a pacientes Embarzadas.																																		
Tabulación de datos.																																		
Análisis de datos.																																		

Mes de Septiembre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
<b>Actividad</b>																																		
Aplicación de la cedula de entrevista a pacientes Embarzadas.																																		
Tabulación de datos.																																		
Análisis de datos.																																		

Mes de Octubre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>Actividad</b>																																		
Tabulación de datos.																																		
Análisis de Datos.																																		

**ANEXO No. 3**

**CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION.**

**Estudiante: Félix Antonio Reyes Reyes.**

<b>Mes de Agosto</b>	<b>Día</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>Actividad</b>																																	
Aplicación de la cedula de entrevista a pacientes Embarzadas.																																	
Tabulación de datos.																																	
Análisis de datos.																																	

<b>Mes de Septiembre</b>	<b>Día</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
<b>Actividad</b>																																	
Aplicación de la cedula de entrevista a pacientes Embarzadas.																																	
Tabulación de datos.																																	
Análisis de datos.																																	

<b>Mes de Octubre</b>	<b>Día</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>Actividad</b>																																	
Tabulación de datos.																																	
Análisis de Datos.																																	



### ANEXO No. 4

### CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION.

**Estudiante: Carlos José Ventura Ayala.**

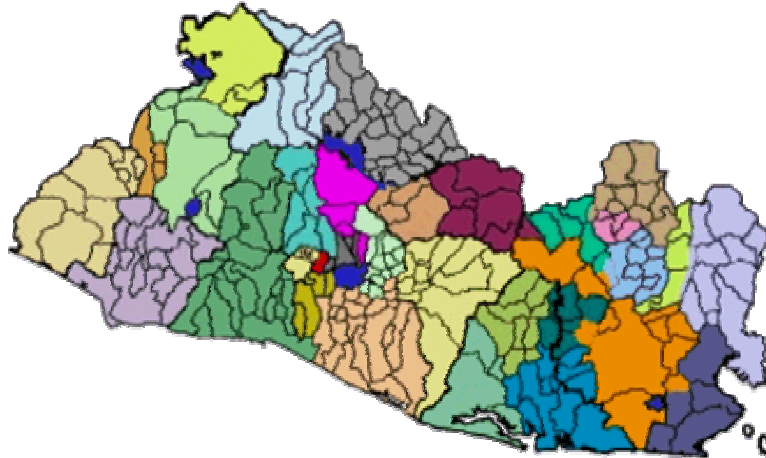
Mes de Agosto	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>Actividad</b>																																		
Aplicación de la cedula de entrevista a pacientes Embarzadas.																																		
Tabulación de datos.																																		
Análisis de datos.																																		

Mes de Septiembre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
<b>Actividad</b>																																		
Aplicación de la cedula de entrevista a pacientes Embarzadas.																																		
Tabulación de datos.																																		
Análisis de datos.																																		

Mes de Octubre	Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>Actividad</b>																																		
Tabulación de datos.																																		
Análisis de Datos.																																		

**ANEXO No. 5**

**TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL SALVADOR  
AÑO 2004.**



<b>Total de Establecimientos</b>	
<b>618</b>	
30	Hospitales
367	Unidades de Salud
170	Casas de Salud
47	Centros Rurales de Salud
2	Clínicas de Empleados
2	Centro de Atención de Emergencia

**Total de SIBASI en El Salvador.**

Santa Ana Metapán Chalchuapa Ahuachapán Sonsonate  
La Libertad Chalatenango Nueva Concepción Norte  
Centro Sur Soyapango Ilopango Cojutepeque Suchitoto La Paz  
Sensuntepeque Ilobasco San Vicente Usulután  
Santiago de María Jiquilisco San Miguel Ciudad Barrios  
Nueva Guadalupe Morazán La Unión Santa Rosa de Lima

### ANEXO No. 6

<b>Partos Institucionales ▲</b>	<b>1997 Valor / %</b>	<b>1998 Valor / %</b>	<b>1999 Valor / %</b>
Partos Atendidos	74,579	77,303	77,370
Porcentaje de Partos Institucionales	67	70	73
Total de Partos Atendidos por Médico	70,559	73,916	72,083
Porcentaje de Partos Atendidos por Médico	95	96	93
Partos por Salas de Expulsión	1,434	1,487	1,488
Cesáreas Realizadas	16,700	17,954	18,732
Porcentaje de Cesáreas Realizadas	22	23	24
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	N/D	N/D	26,240
Porcentaje de Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	N/D	N/D	34
Total de Nacidos	75,145	77,842	77,666
Nacidos Vivos	69,518	72,085	76,603
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	5,112	5,238	5,441

<b>Partera Capacitada ▲</b>	<b>1997 Valor / %</b>	<b>1998 Valor / %</b>	<b>1999 Valor / %</b>
Partos Atendidos	35,995	33,422	28,504
Nacidos Vivos y Muertos	N/D	N/D	29,627
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	N/D	N/D	29,355
Porcentaje de Nacidos Vivos	N/D	N/D	99

### ANEXO No. 7

<b>Partos Institucionales 2000 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	81,635	
Porcentaje Partos Institucionales		74
Proporción de cobertura partos hospitalarios esperados	47	
Total Partos Atendidos por Médico	78,567	96
Partos por Salas de Expulsión	1,570	
Cesáreas Realizadas	19,838	24
Partos en Adolescentes (10 – 19 años)	23,317	28.6
Nacidos Vivos	81,012	98.6
Nacidos Vivos con bajo peso al nacer	5,992	7.3

<b>Partera Capacitada 2000 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	28,019	
Nacidos Vivos y Muertos	28,880	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	28,649	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99
Porcentaje de Partos por Partera		34.3
Proporción de cobertura partos por partera esperados	16	

### ANEXO No. 8

<b>Partos Institucionales 2001 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	75,188	
Porcentaje partos atendidos por el MSPAS		76
Total de Partos Atendidos por Médico	73,422	98
Partos por Salas de Expulsión	632	
Cesáreas Realizadas	18,506	24.6
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	22,090	29.4
Total de Nacidos	75,677	
Nacidos Vivos	74,710	99.4
Nacidos Vivos con bajo peso al nacer	5,601	7.4

<b>Partera Capacitada 2001 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	24,006	
Nacidos Vivos y Muertos	25,170	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	24,939	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99.08
Cobertura de Partos por Partera	13.7	

### ANEXO No. 9

<b>Partos Institucionales 2002 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	74,837	
Porcentaje de partos institucionales		79.0
Total de Partos Atendidos por Médico	72,974	98
Partos por Salas de Expulsión	589	
Cesáreas Realizadas	18,061	24
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	21,703	29
Total de Nacidos	75,399	
Nacidos Vivos	74,553	98.9
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	5,888	7.9

<b>Partera Capacitada 2002 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	20,486	
Nacidos Vivos y Muertos	20,983	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	20,817	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99
Cobertura partos por partera	11.7	

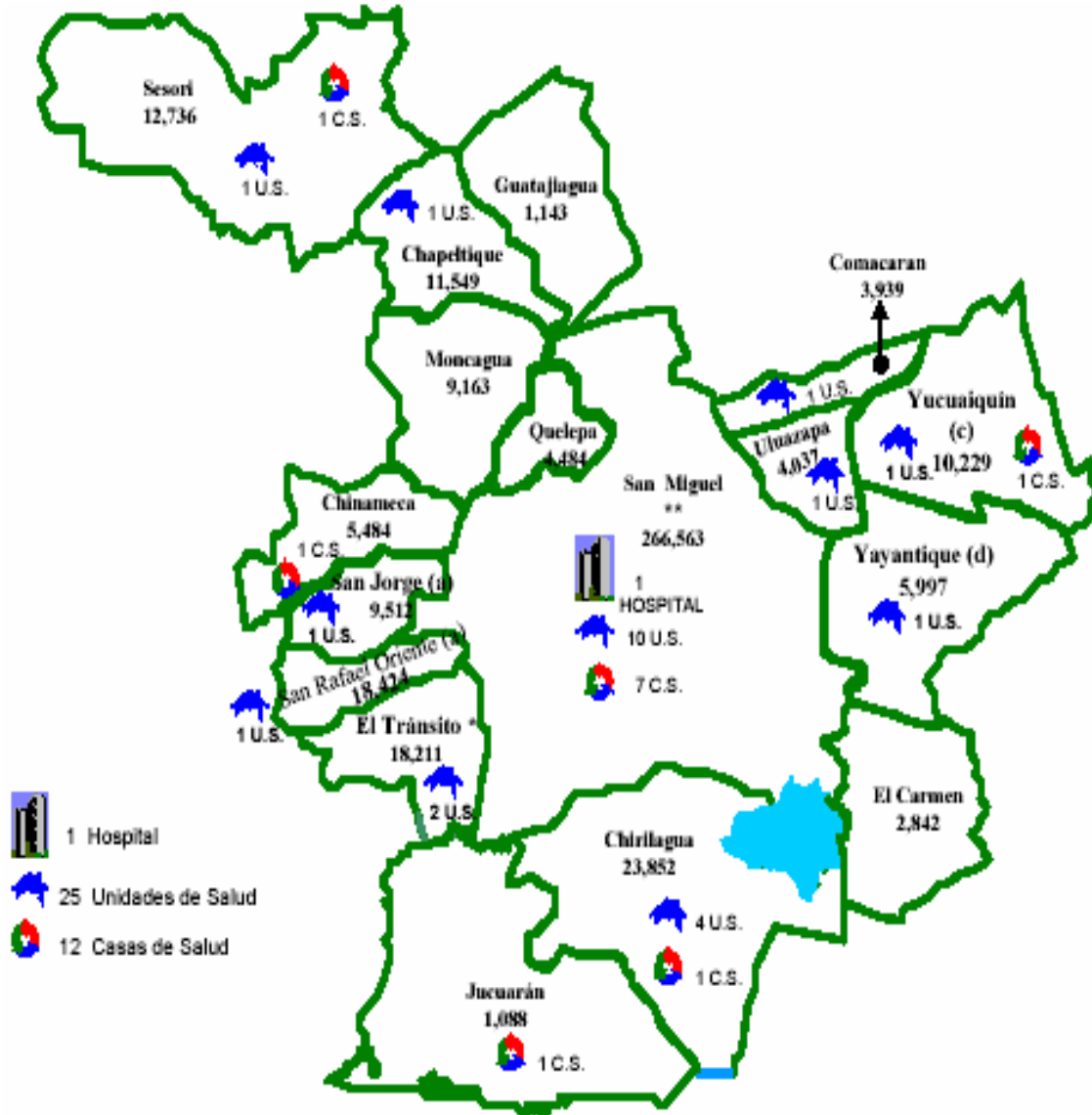
## ANEXO No. 10

<b>Partos Institucionales 2003 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	73,797	
Porcentaje de partos institucionales		81.0
Total de Partos Atendidos por Médico	72,462	98.2
Partos por Salas de Expulsión	559	
Cesáreas Realizadas	19,585	26.5
Partos en Adolescentes (10 - 19 años)	21,520	29.2
Total de Nacidos	74,295	
Nacidos Vivos	73,372	98.8
Nacidos Vivos y Muertos con bajo peso al nacer	6,065	8.2

<b>Partera Capacitada 2003 ▲</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Partos Atendidos	16,760	
Nacidos Vivos y Muertos	17,019	
Nacidos Vivos de Partos Atendidos por PC	16,940	
Porcentaje de Nacidos Vivos		99.54
Cobertura partos por partera	10.1	

ANEXO No. 11

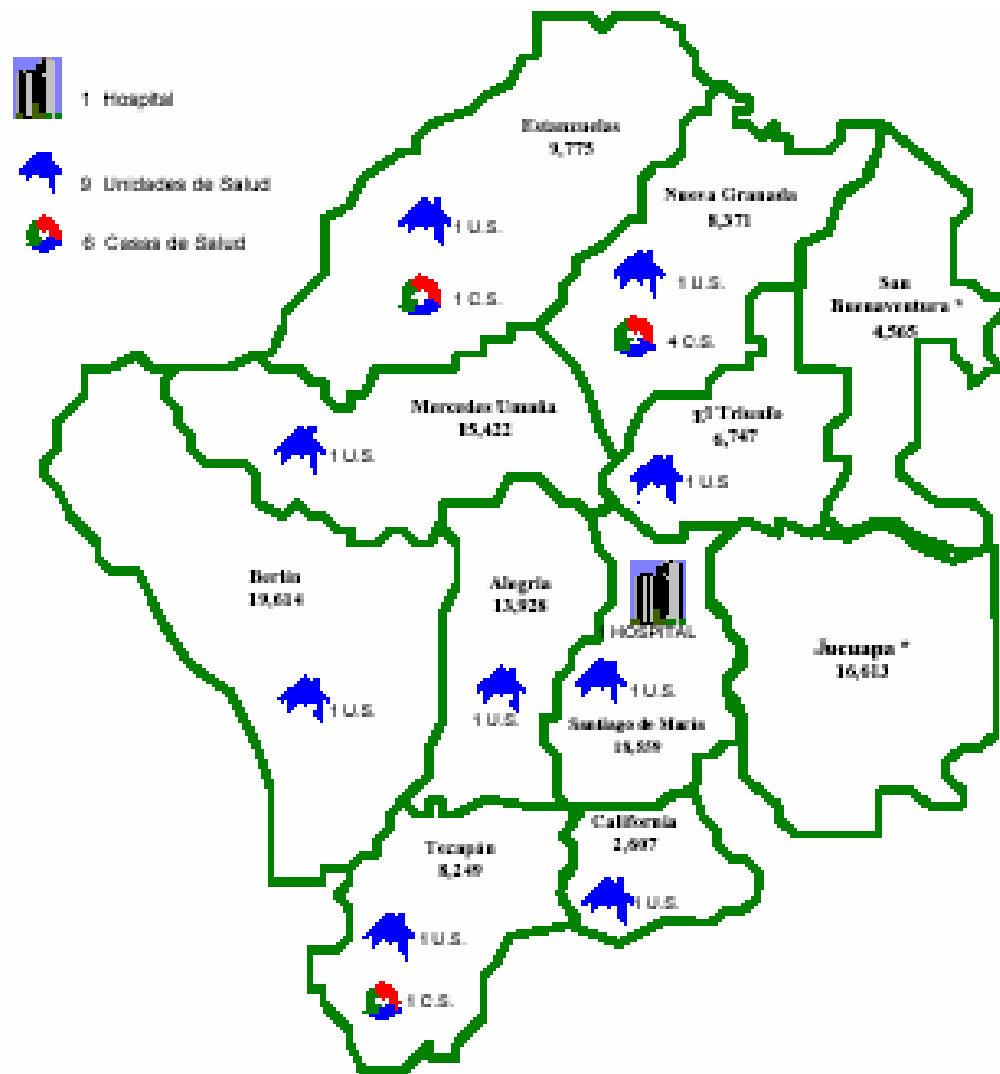
SIBASI SAN MIGUEL.





ANEXO No. 12

SIBASI SANTIAGO DE MARIA.



**ANEXO No. 13**  
**CÉDULA DE ENTREVISTA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**  
**CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA.**



**CÉDULA DE ENTREVISTA.**

**Dirigida a embarazadas inscritas en el Programa de Control Prenatal en las Unidades de Salud El Triunfo, departamento de Usulután; Sesori y Tierra Blanca, departamento de San Miguel, en el periodo comprendido del 11 de Julio al 30 de Septiembre del 2005.**

**Objetivo General.**

**Investigar los factores determinantes en la decisión de parto domiciliar u hospitalario en mujeres gestantes de las unidades de salud en estudio.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Encuestador: \_\_\_\_\_

1-Nombre: \_\_\_\_\_

2-Edad: \_\_\_\_\_

3- Procedencia: Urbano \_\_\_\_ Rural \_\_\_\_

4-Grupo Religioso: Católico\_\_\_\_ Protestante\_\_\_\_ Ninguno\_\_\_\_

5-Sabe leer y escribir: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

6-Escolaridad: 1er. – 3º. \_\_\_\_ 4º - 6º \_\_\_\_ 7º - 9º \_\_\_\_  
Bachillerato\_\_\_\_ Estudio Sup. No Universitario\_\_\_\_  
Estudio Sup. Universitario\_\_\_\_

7- Hay escuela en su comunidad? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

8- Hasta que grado: 1er. – 3º \_\_\_\_ 4º - 6º \_\_\_\_ 7º - 9º \_\_\_\_  
Bachillerato\_\_\_\_

9- A qué distancia en tiempo se encuentra desde su casa?

1 hora\_\_\_\_ 2 horas\_\_\_\_ 3 horas\_\_\_\_ > 3 horas\_\_\_\_

10-Estado Familiar: Soltera\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_  
Unión Libre\_\_\_\_ Divorciada\_\_\_\_

11-¿Cuántas personas viven en su casa?

Número: Hijo(a)s\_\_\_\_ Padres\_\_\_\_ Abuelos\_\_\_\_

Primos\_\_\_\_ Tíos\_\_\_\_ Esposo

Otros: Especifique\_\_\_\_\_

12-Ocupación: Empleado\_\_\_\_ Ama de Casa\_\_\_\_  
Trabajo Informal\_\_\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

13-Salario: < \$75\_\_\_\_ \$76 - \$150\_\_\_\_ \$151 - \$225\_\_\_\_  
\$226 - \$300\_\_\_\_ > \$300\_\_\_\_

14- Recibe remesas familiares: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

15- Ingreso Familiar: <\$100\_\_\_\_ \$101 - \$200\_\_\_\_  
\$201 - \$300\_\_\_\_ \$301 - \$400\_\_\_\_ >\$400\_\_\_\_

16- Tenencia de la Vivienda: Alquilada\_\_\_\_ Propia\_\_\_\_ Prestada\_\_\_\_

17- Techo: Lamina\_\_\_\_ Teja\_\_\_\_ Duralita\_\_\_\_ Cartón\_\_\_\_

18- Paredes: Adobe\_\_\_\_ Mixta\_\_\_\_ Bahareque\_\_\_\_ Otras\_\_\_\_

19- Piso: Tierra\_\_\_\_ Ladrillo\_\_\_\_ Cemento\_\_\_\_

20- Posee agua intradomiciliar: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Electricidad: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Teléfono: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

21- Qué tipo de letrina hay en su casa?

Fosa\_\_\_\_ Lavable\_\_\_\_ Abonera\_\_\_\_ Aire libre\_\_\_\_

22- Qué tratamiento le da usted a la basura?

La entierra\_\_\_\_ La entrega al tren de aseo\_\_\_\_ La queman\_\_\_\_

La botan al aire libre\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

23- Cuánto tiempo se tarda en llegar a la Unidad de salud?

< 30 mins.\_\_\_\_ 31 – 60 mins.\_\_\_\_ 1 – 2 horas\_\_\_\_

> 2 horas\_\_\_\_

24- En qué se transporta?

A pie\_\_\_\_ Vehículo Propio\_\_\_\_ Bus\_\_\_\_ Bestia\_\_\_\_  
Carreta\_\_\_\_ Vehículo Alquilado\_\_\_\_

25- Cuánto gasta?

< \$1\_\_\_\_ \$1 - \$3\_\_\_\_ \$4 - \$5\_\_\_\_ > \$5\_\_\_\_

26- Tipo de Vía de Acceso:

Pavimentada\_\_\_\_ Adoquinada\_\_\_\_ Caminos rurales\_\_\_\_  
Sin calle\_\_\_\_

27- En su Comunidad hay partera? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Cuántas: Una\_\_\_\_ Dos\_\_\_\_ Tres\_\_\_\_ > Tres\_\_\_\_

Vive alguna cerca de su casa: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

28- Sabe cuanto cobran por atender el parto? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

< \$10\_\_\_\_ \$11 - \$15\_\_\_\_ \$16 - \$20\_\_\_\_ >\$20\_\_\_\_

29- Confía en las parteras para que le atiendan el parto? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Porque?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30- Conoce los riesgos que conlleva un parto ? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

En caso de si. Cuales?\_\_\_\_\_

31- Ha discutido con su pareja el lugar de atención del parto?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Donde? Hospital\_\_\_\_ Domiciliar\_\_\_\_

32- Le han aconsejado donde debe ser atendido su parto? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

En caso de si: Donde: Hospital\_\_\_\_ Domiciliar\_\_\_\_

Quien: Familiar\_\_\_\_ Amigo\_\_\_\_

Porque\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33- En sus embarazos anteriores ha estado en control prenatal?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Porque:\_\_\_\_\_

34- Como ha sido la atención recibida durante los controles prenatales?

Excelente\_\_\_\_ Buena\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Mala\_\_\_\_

35- Ha recibido consejería sobre el lugar de atención del parto durante los controles prenatales? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

36- Confía en los médicos para que le atiendan el parto? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Porque?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37- Donde desearía Ud. que le atiendan el parto?

En la casa\_\_\_\_ En el hospital\_\_\_\_

Porque?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38- Se ha preparado con anticipación para el momento del parto?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Como?\_\_\_\_\_

Porque?\_\_\_\_\_

39- Donde fueron atendido sus partos anteriores? (En px. multíparas)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

40- Ha presentado algún tipo de complicación durante alguno de sus partos? (En px. multíparas) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cual? \_\_\_\_\_

41- Que le pareció la atención recibida por el(la) medico en sus partos anteriores? (Si ha sido atendido alguno por medico)

Excelente \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

42- Cuánto cree que gastaría si su parto fuera atendido a nivel hospitalario?

< \$15 \_\_\_\_\_ \$16 - \$30 \_\_\_\_\_ \$31 - \$45 \_\_\_\_\_ > \$45 \_\_\_\_\_

43- Cuánto se tarda en llegar a un Hospital desde su casa?

< 1 hora \_\_\_\_\_ 1 – 2 horas \_\_\_\_\_ 2 – 3 horas \_\_\_\_\_ > 3 horas \_\_\_\_\_

En que se transportaría? Bus \_\_\_\_\_ Vehículo alquilado \_\_\_\_\_

Bestia \_\_\_\_\_ Vehículo propio \_\_\_\_\_

En caso de bus. Con que frecuencia pasan los buses?

Cada 30 mins. \_\_\_\_\_ cada hora \_\_\_\_\_

Cada dos horas \_\_\_\_\_ más de dos horas \_\_\_\_\_

44- Considera Ud. que es importante que su parto sea atendido en una establecimiento de Salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

Dar los agradecimientos a la entrevistada por su colaboración 😊