

UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL SUR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“Asociación entre el empoderamiento de la mujer peruana y la elección del lugar de parto. Análisis de una encuesta nacional, 2018”

Tesis para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

Gerald Alexander Hernandez Cueva (0000-0002-7987-6763)
Rhisto Guillermo Nieves Ramírez (0000-0002-9541-0912)

Asesor:

Juan Rodrigo Vargas Fernández (0000-0002-3310-8689)

Coautor:

Fabriccio José Visconti-Lopez (0000-0002-8056-2112)
Guido Bendezú Quispe (0000-0002-5140-0843)

Lima – Perú

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN

Lima, 13 de abril de 2023.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Méd. Esp. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona	<input type="checkbox"/>
Miembro 1: Méd. Wendy Carolina Nieto Gutiérrez	
Miembro 2: Méd. Franko Omar García Solórzano	

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

ASOCIACIÓN ENTRE EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER PERUANA Y LA ELECCIÓN DEL LUGAR DE PARTO. ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA NACIONAL, 2018

Presentada por

Hernandez Cueva, Gerald Alexander y Nieves Ramirez, Rhisto Guillermo

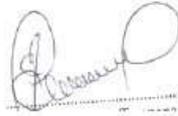
Para optar por el Título de Médicos Cirujanos

Con la asesoría de: Méd. Juan Rodrigo Vargas Fernández

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado su desempeño en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesis: Hernandez Cueva, Gerald Alexander			Nota (en letras): Quince (15)
Aprobado (x)	Aprobado - Muy buena ()	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()
Tesis: Nieves Ramirez, Rhisto Guillermo			Nota (en letras): Quince (15)
Aprobado (x)	Aprobado - Muy buena ()	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Méd. Esp. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona
Presidente del Jurado



Méd. Juan Rodrigo Vargas Fernández
Asesor



Méd. Wendy Carolina Nieto Gutiérrez
Miembro 1



Méd. Franko Omar García Solórzano
Miembro 2

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE CONTENIDO DE INFORME FINAL DE TESIS /
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN¹

Lima, 20 de abril del 2023

Señor,
Carlos Zavalaga Reyes

Director General de Investigación, Desarrollo e Innovación
Universidad Científica del Sur
Presente. –

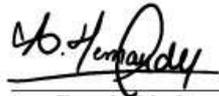
De nuestra consideración,

Gerald Alexander Hernandez Cueva y Rhisto Guillermo Nieves Ramirez, egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Científica del Sur, en conjunto con el asesor Juan Rodrigo Vargas Fernández, declaramos que este informe final de tesis de investigación titulado: Asociación entre la autonomía de las mujeres peruanas y la elección del lugar del parto: **Análisis de una encuesta nacional, 2019** sustentado para obtener el título de Médico Cirujano es original.

Es decir, no contiene plagio parcial ni total, cuando se utilizó información de fuentes externas se reconoció la autoría mediante la adecuada citación y los resultados obtenidos son producto entero de nuestra investigación y no han sido falseados ni fabricados. Todo esto en cumplimiento del Código de ética en la investigación, Reglamento del Comité de Integridad Científica, Reglamento de Propiedad Intelectual, Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para la obtención de títulos profesionales y grados académicos², que afirmamos conocer en su totalidad.

Por ello, en caso de identificarse alguna situación de plagio, falsificación o fabricación de resultados, nos allanamos al proceso de investigación que establezca la Universidad y las posibles sanciones que pudieran surgir.

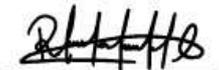
Firmamos en conformidad con lo declarado,



Firma tesista 1
DNI: 71244006



Firma del asesor de tesis
DNI: 73048232



Firma tesista 1
DNI: 72421628

¹ En conformidad con la Resolución del Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD

² Los documentos están en: <https://investigacion.cientifica.edu.pe/reqlamentos/>

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

Título del documento evaluado. Asociación entre el empoderamiento de la mujer peruana y la elección del lugar de parto. Análisis de una encuesta nacional, 2018

Autores. Gerald Alexander Hernandez Cueva; Rhisto Guillermo Nieves Ramirez.

Mecanismo de revisión de originalidad. Evaluación con Turnitin (ID 2071409597).

Resultado de la evaluación. 9%

Revisado por. Magaly Kelly Guerrero Huaracallo.

Comentarios sobre la revisión. Filtros usados: excluir fuentes de menos de 12 palabras.

Asociación entre la autonomía

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorioacademico.upc.edu.pe	1 %
	Fuente de Internet	
2	doaj.org	1 %
	Fuente de Internet	
3	scielo.isciii.es	1 %
	Fuente de Internet	
4	www.inei.gob.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
5	repositorio.cientifica.edu.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
6	renati.sunedu.gob.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
7	pesquisa.bvsalud.org	<1 %
	Fuente de Internet	
8	www.researchgate.net	<1 %
	Fuente de Internet	
9	www.coursehero.com	<1 %
	Fuente de Internet	

RESUMEN

Introducción: Perú es una región con alta prevalencia de mortalidad materna y neonatal, a pesar de ello, la mayoría de las mujeres no reciben una atención adecuada durante el embarazo, parto y posparto, aún más, cuando existen barreras económicas, culturales y geográficas que dificultan la atención de las mujeres embarazadas.

Objetivo: Determinar la asociación entre la autonomía de las mujeres peruanas y el lugar del parto.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico de los datos secundarios provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2019. La variable dependiente fue el parto institucionalizado y la variable independiente fue la autonomía de la mujer. Se evaluó la asociación entre la autonomía de las mujeres y el parto institucionalizado mediante modelos lineales generalizados de la familia Poisson con función de enlace logarítmica y se estimaron las razones de prevalencia crudas y ajustadas (RP) con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: El análisis incluyó a 15334 mujeres de 15 a 49 años. Se encontró que una alta proporción de mujeres tenía un bajo nivel de autonomía (42,60%), mientras que el 92,11% tuvo parto institucionalizado. Asimismo, se reportó que los niveles de autonomía de la mujer moderado (RP: 1,10; IC 95%: 1,08 - 1,12) y alto (RP: 1,13; IC 95%: 1,12 - 1,15) estaban asociados con el parto institucionalizado, y la misma asociación se encontró en el análisis ajustado.

conclusión: Ser una mujer con un mayor nivel de autonomía se relacionó con una mayor probabilidad de parto institucionalizado. Por lo tanto, al ser la toma de decisión una característica multifactorial, sería necesario ahondar en el estudio de los determinantes del parto no institucional en mujeres con menor autonomía.

Palabras clave: Autonomía relacional; Nacimiento; Estudios Transversales; Mujeres; Perú.

INTRODUCCIÓN

Las tasas mundiales de mortalidad materna y neonatal se encuentran entre las prioridades de salud más importantes del mundo (1), y aunque los Objetivos de Desarrollo Sostenible buscan reducir estas tasas a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos y menos de 12 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, en 2017, más de 290 000 mujeres murieron durante y después del embarazo y el parto, y más de dos millones de recién nacidos murieron en el mismo año, donde la gran mayoría de estas muertes ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos (2,3). En la región de América Latina y el Caribe (ALC), la tasa de mortalidad materna fue seis veces mayor que la tasa reportada en Europa y Estados Unidos en 2017 (3). La tasa de mortalidad neonatal en ese mismo año, mostró el mismo patrón, siendo que ALC tuvo una tasa de 9,6 muertes por cada mil nacidos vivos, lo que es superior a lo reportado en Europa, Asia y América del Norte (3). Un factor importante relacionado con la mortalidad materna es el parto institucionalizado, ya que, se estima que el uso del parto institucional podría reducir las muertes maternas entre el 16 y 33% (4,5). Por lo tanto, en estas regiones, los servicios de salud materna oportunos, incluida la atención prenatal y el parto institucional, son cruciales para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal (6).

El parto institucionalizado es una estrategia basada en la atención del parto y posparto en un establecimiento de salud, y atendido por personal calificado (médico, enfermera u obstetra) (7). A nivel mundial, la proporción de nacimientos institucionalizados se estimó en 83% durante el período comprendido entre 2014 y 2020, donde la región de ALC presentó cifras similares a lo observado en Europa y Asia, con 95% y 99%, respectivamente (8). El uso de servicios de parto institucional es una estrategia clave para mejorar la salud y el bienestar materno al reducir la mortalidad materna a través de un parto seguro y la reducción de las complicaciones obstétricas relacionadas (hemorragia posparto, sepsis, aborto espontáneo y enfermedades hipertensivas del embarazo) que pueden ocurrir durante y después del parto (9,10). Entre los factores que influyen en la decisión de optar por un parto institucionalizado se encuentran la

edad de la mujer, la distancia al establecimiento de salud más cercano, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el número de controles prenatales, el número de embarazos y la autonomía de la mujer. Estos factores pueden variar según la región en la que resida la mujer, y los factores socioeconómicos y culturales pueden reducir la oportunidad de parto institucionalizado en estas poblaciones.

La autonomía de la mujer en la toma de decisiones se define como el grado de su independencia en las finanzas, la salud y los asuntos relacionados con el hogar, y la libertad de visitar fuera del hogar sin tener que obtener el permiso de su pareja o esposo. La autonomía se considera una intervención importante para la salud materna, el bienestar de las mujeres y la utilización de servicios de salud materna de calidad (11). En Perú, más del 6% de todos los partos ocurren en el hogar y son atendidos por personal no calificado, especialmente en las zonas rurales y en la Sierra y la Selva (12). De hecho, en una comunidad de la selva peruana se encontró que las decisiones reproductivas son tomadas principalmente por los hombres, cuyas preferencias no suelen coincidir con las de las mujeres (13). Por lo tanto, el conocimiento cultural de las mujeres sobre el parto debe ser adecuadamente considerado y el diálogo sobre las creencias de las mujeres debe ser respetado al realizar los protocolos de atención materna. Además, la autonomía de las mujeres en cuanto a la educación y la toma de decisiones sobre su salud es crucial para lograr una mayor cobertura de los servicios de atención materna en estas poblaciones vulnerables.

Existe una alta prevalencia de mortalidad materna y neonatal en el Perú (3). A pesar de ello, la mayoría de las mujeres no reciben una atención adecuada durante el embarazo, parto o posparto, y esto cobra mayor relevancia cuando las barreras económicas, culturales y geográficas dificultan la atención de las mujeres embarazadas. Algunos estudios han analizado la influencia de la autonomía de las mujeres en el acceso a los servicios de salud materna mediante encuestas realizadas en el marco del programa *Demographic and Health Surveys* (DHS) en varias regiones del mundo (14–18). No obstante, la evidencia científica sobre esta asociación sigue siendo escasa en el Perú. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre la autonomía de las mujeres peruanas y el lugar del parto utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

MÉTODOS

Diseño del estudio y población

Se realizó un estudio transversal analítico de los datos obtenidos de la ENDES 2019. La ENDES es una encuesta realizada de manera rutinaria por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el marco del programa global de las DHS. Esta encuesta es representativa a nivel nacional y departamental (24 departamentos del Perú y la Provincia Constitucional del Callao), por zona urbana y rural, y por dominio geográfico (Costa, Sierra y Selva) (19). La ENDES está compuesta por tres cuestionarios que recogen información específica sobre indicadores de salud, sociodemográficos, y materno-infantiles. Estos cuestionarios son 1) cuestionario de hogar, que recoge información sobre los bienes y características de los hogares encuestados; 2) cuestionario individual, que recoge datos sociodemográficos y de salud de mujeres de 15 a 49 años; y 3) cuestionario de salud, que está relacionado con información sobre enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles en personas de 15 años y más. Por otro lado, la ENDES cuenta con un muestreo probabilístico, bietápico (conglomerados y viviendas), balanceado, estratificado e independiente, donde las unidades primarias de muestreo son los residentes habituales de viviendas seleccionadas en zonas urbanas y rurales que han pernoctado la noche anterior a la encuesta (19). Se pueden obtener más detalles sobre la metodología de la ENDES en el informe de la encuesta (shorturl.at/dfhou).

El presente estudio incluyó a las mujeres peruanas de 15 a 49 años que actualmente están con pareja (casadas o convivientes), tuvieron un embarazo en los últimos cinco años y tenían información completa en el módulo de salud materna del cuestionario individual de la ENDES 2019.

Variables

Variable dependiente

La variable dependiente fue el parto institucionalizado, que se construyó a partir de las variables autorreportadas por la madre: M15 (que brinda información sobre el lugar del

parto donde la entrevistada dio a luz a su último hijo vivo) y las variables que hacen referencia a la persona que asistió a la entrevistada en el parto de su último hijo (M3A, M3B y M3C) en los últimos cinco años. La variable dependiente se recodificó con "1", cuando el parto fue atendido en un establecimiento de salud (hospital/clínica/centro de salud/consultorio) y por personal de salud calificado (médico, obstetra o enfermera), y "0", cuando fue atendido a domicilio y por personal no calificado (familiar, matrona, entre otros).

Variable independiente

La variable independiente fue la autonomía de las mujeres. Respecto a la definición operativa de la autonomía de las mujeres, diversos estudios que analizan encuestas con un formato similar al de las DHS han utilizado diferentes medidas y composiciones. No obstante, se han delimitado componentes comunes que permitieron la construcción de la variable independiente (20–22). Aunque varios estudios utilizan indistintamente la definición de autonomía y empoderamiento, estas definiciones difieren en las formas o capacidades de las mujeres, refiriéndose la autonomía a la capacidad de tomar decisiones y ejercer control sobre los recursos económicos, materiales y sociales (23).

Las variables que componen la autonomía son la toma de decisiones del hogar (identificadas a partir de las preguntas: ¿Quién tiene la última palabra en decidir qué hacer con el dinero que gana el esposo? [V743F], ¿Quién tiene la última palabra en hacer grandes compras del hogar? [V743B], y ¿Quién tiene la última palabra en hacer compras para necesidades diarias? [V743C]), toma de decisiones sobre la salud de la mujer (¿Quién tiene la última palabra en el cuidado de la salud? [V743A]), libre tránsito (¿Quién tiene la última palabra en visitar familia o parientes? [V743D]), y actitud frente a la violencia (esposa golpeada justifica si ella sale sin decirle a él [V744A], esposa golpeada justifica si ella descuida a los niños [V744B], esposa golpeada justifica si ella discute con él [V744C], esposa golpeada justifica si ella rechaza tener relaciones sexuales con él [V744D], y esposa golpeada justifica si ella quema la comida [V744E]). Asimismo, se delimitaron aspectos socioeconómicos como la situación laboral en los últimos 12 meses (V731), sexo del jefe de hogar (V151), así como aspectos socioculturales como el nivel educativo de la mujer (V106), acceso a televisión (V159), radio (V158) y revistas o

periódicos (V157). La categorización de cada una de estas variables se basó en estudios previos que construyeron la variable autonomía de las mujeres utilizando datos de países de bajos y medianos ingresos (20–22).

Para determinar los niveles de autonomía se construyó un índice con las puntuaciones finales de cada una de las variables incluidas en su composición. Este índice se categorizó en terciles según estudios previos, donde las puntuaciones más altas representan un mayor nivel de autonomía (24).

Covariables

En base a la literatura biomédica, se consideraron las siguientes covariables (14–18): edad de la madre (en años), estado civil (casada, conviviente), nivel educativo de la madre (sin estudios o primaria, secundaria, superior), nivel educativo de la pareja (sin estudios o primaria, secundaria, superior), controles prenatales (8 o más, menos de 8), número de hijos (0, 1 -3, 4 o más), orden de nacimiento (1, 2-3, 4 o más), tipo de embarazo (único, múltiple), embarazo deseado (sí, no), área de residencia (urbana, rural), quintil de riqueza (más pobre, pobre, medio, rico, más rico) y región natural (Costa, Sierra, Selva).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el software Stata v.14.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, EE. UU.). Todos los análisis se realizaron utilizando el comando svy para incluir las características de muestreo complejas de la ENDES. Las características de los individuos incluidos se informaron mediante frecuencias absolutas y proporciones ponderadas con intervalos de confianza (IC) al 95%. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado para comparar las proporciones de las covariables con la autonomía de las mujeres. Además, se evaluó la asociación entre la autonomía de la mujer y el parto institucionalizado mediante modelos lineales generalizados de la familia de Poisson con función de enlace logarítmico, y se estimaron razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RPa) con sus respectivos IC al 95%. Para la estimación de las RPa, el modelo fue ajustado por factores de confusión relevantes en esta asociación. Finalmente, se evaluó el factor de inflación de la varianza (VIF) para

determinar la colinealidad de las variables incluidas en el modelo, donde se encontró que el valor más alto fue de 2.19 y el más bajo de 1.01, indicando falta de colinealidad en el modelo. Para delimitar la significación estadística en todos los análisis, se consideró un valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Científica del Sur (código de registro: 147-CIEI-CIENTÍFICA-2021) Cabe precisar que, se realizó un análisis de datos secundarios que son de dominio público y que no permiten identificar a los participantes evaluados.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis un total de 15334 mujeres de 15 a 49 años. En relación con las características sociodemográficas, la mayoría de las mujeres pertenecían al grupo etario de 25 a 34 años (47,53%), tenían secundaria como nivel educativo (45,23%), eran convivientes (71,95%), se identificaban como no nativas (93,48%) y tenían empleo (54,58%). Más detalles sobre las características de la población incluida se muestran en la Tabla 1.

En relación con la autonomía de las mujeres, el 42,60% de las mujeres presenta un nivel bajo de autonomía, seguido del 39,01% con autonomía moderada. Además, la autonomía alta fue más frecuente en mujeres de 15 a 24 años (20,35%), en aquellas con un nivel educativo superior (42,16%), que tenían un estado civil casado (24,58%) y se autoidentificaban como no nativas (19,26%). En cuanto a las características de la pareja, las mujeres cuyas parejas tenían un nivel educativo superior presentaron un nivel alto de autonomía (33,34%). En relación con las características del embarazo y la autonomía, esta última fue más frecuente en las mujeres que tenían ocho o más controles prenatales (20,29 %), cuando era su primer hijo (24,44 %), no tenían hijos (22,24 %), y era un embarazo deseado (21,17%). En cuanto a las características del hogar, las mujeres con alto nivel de autonomía residían en un área urbana (23,25%), pertenecían al quintil de mayor riqueza (42,46%) y residían en la Costa (22,32%) (Tabla 2).

El parto institucionalizado (92,11%) fue más frecuente en el grupo etario de 35 a 49 años (93,02%), en mujeres casadas (93,69%) y en aquellas que se identificaron como no nativas (92,84%). Además, el parto institucionalizado fue más frecuente en mujeres cuyas parejas tenían un nivel educativo superior (96,74%). En cuanto a las características del embarazo, la frecuencia de parto institucionalizado fue mayor en las mujeres que tenían ocho o más controles prenatales (94,30%), no tenían hijos (93,71%), era el primer hijo (94,88%) y tenían un embarazo planificado (93,48%). Dentro de las características del hogar, entre las mujeres que optaron por un parto institucionalizado, la gran mayoría residía en un área urbana (96,35%), provenía de la región costa (95,69%) y pertenecía al quintil más rico (98,44%) (Tabla 3).

En la evaluación de la asociación entre la autonomía de la mujer y el lugar del parto, los niveles de autonomía de la mujer moderado (RP: 1,10; IC 95%: 1,08-1,12) y alto (RP: 1,13; IC 95%: 1,12-1,15) se asociaron con una mayor probabilidad de tener un parto institucionalizado. En el modelo ajustado por las variables edad de la mujer, nivel educativo de la pareja, estado civil, autoidentificación étnica, controles prenatales, número de hijos, orden de nacimiento, embarazo deseado, área de residencia, quintil de bienestar y región natural, las relaciones descritas anteriormente tuvieron el mismo sentido de asociación. RPa: 1,02; IC 95%: 1,01-1,03 para mujeres con autonomía moderada y RPa: 1,03; IC 95%: 1,01-1,04 para mujeres con alta autonomía (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El estudio buscó evaluar la asociación entre la autonomía de la mujer peruana y el lugar del parto. Los hallazgos de este estudio indican que la mayor parte de mujeres en edad fértil presentan una autonomía baja, y pocas presentan una alta autonomía. Sobre el estudio de la asociación entre las variables de interés del estudio, las mujeres con un mayor nivel de autonomía (moderada o alta) presentan una mayor probabilidad de tener un parto institucionalizado en comparación con sus pares con bajo nivel de autonomía.

En lo que respecta al parto institucionalizado, se encontró que el 92% de las mujeres de 15 a 49 años habían tenido un parto institucionalizado en los últimos cinco años. Esta cifra se encuentra por encima del promedio mundial (83.57%), y ligeramente por debajo

del promedio de la región de ALC (95%). Asimismo, se debe considerar que casi 7 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años (6.8%) han tenido un parto en el hogar y fue atendido por personal no calificado entre 2015 y 2017, lo que valida la alta proporción de partos institucionalizados reportada en nuestro estudio (12). A pesar de que, esta alta cobertura de partos institucionalizados podría atribuirse a una mayor cobertura de los servicios de salud materno (que engloba la atención de los partos por profesionales calificados) en el país (25), existe una preferencia cultural de las mujeres provenientes de la Sierra y Selva (que son áreas con baja cobertura de atención de salud debido a sus condiciones geográficas y pobreza) que mantiene una proporción de mujeres que eligen los partos realizados en el hogar y atendidos por personal no calificado (12,26). Sin embargo, estas poblaciones de mujeres podrían ser asignadas a varios programas sociales que ayudarían a promover el uso de los servicios de salud materna, como el programa JUNTOS, que realiza transferencias monetarias a las personas que residen en áreas rurales, con mayores niveles de pobreza, poblaciones vulnerables, y mujeres embarazadas con la condición de que accedan a determinados servicios de salud y mejoren los indicadores de salud (27). Adicionalmente, se observa que la demanda de los servicios de salud materna ha incrementado en los últimos años, lo que podría promover la atención del parto en los establecimientos de salud (28). Por lo tanto, es necesario que se sigan fomentando este tipo medidas, e incluso el desarrollo de nuevos programas sociales que sigan incentivando el parto institucionalizado en el territorio peruano.

Respecto a la autonomía de las mujeres, la mayor proporción de mujeres en edad fértil tendrían un nivel bajo de autonomía, siendo aproximadamente 4 de cada 10 en la población de estudio, mientras que 2 de cada 10 mujeres presentaban alto nivel de autonomía. En Perú, se describe qué indicadores para la toma de decisión de las mujeres respecto a su sexualidad y reproducción como lo son la mortalidad materna (de 265 [1990] a 68 [2015]) y embarazo adolescente (de 13.7% [2014] a 11.7% [2018]) han presentado una mejoría (29,30). Sin embargo, esta no se ha presentado de forma igual para toda la población, siendo que este avance es más lento en los grupos de escasos recursos, grupo en el cual las mujeres presentan una menor proporción de poder en la toma de decisiones sobre su vida (29,30). Dado que la autonomía de la mujer no solo es

descrita como un factor que incrementa la atención prenatal y el parto en establecimientos de salud, sino que también se relaciona a periodos intergenésicos más adecuados (31,32), favoreciendo la recuperación de la mujer luego de un embarazo y previendo la aparición de complicaciones durante su próxima gestación, se hace necesario impulsar el empoderamiento de la mujer y asegurar la protección de la integridad de la vida y sexualidad de las mismas en grupos de mayor riesgo.

Las mujeres que residen en la Costa y en áreas urbanas presentaron las mayores prevalencias de un nivel alto de autonomía, mientras que las mujeres de menores niveles socioeconómicos y menor nivel educativo presentaron menores niveles de autonomía. Lo descrito indica que las mujeres con mayores niveles de autonomía proceden de las regiones del Perú con mayor desarrollo económico y que han tenido mayores oportunidades de desarrollo. Estas condiciones favorecen la atención médica, incluyendo el parto institucionalizado, debido a que las mujeres de regiones con mayor desarrollo tienen un mejor acceso a prestaciones médicas tanto públicas como privadas (33,34). En muchos países, incluyendo al Perú, las zonas rurales presentan barreras para la atención médica incluyendo un difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud, barreras de idioma, atención de personal masculino o con escasa preparación en atención intercultural (26,35–38). Lo descrito favorece el uso de medicina tradicional y la atención de los cuidados maternos por parte de las parteras (26,39,40). Si bien en Perú se describe un incremento en la proporción de mujeres de áreas rurales y de menores niveles socioeconómicos que han recibido una atención de parto institucionalizado, las estrategias para mejorar el parto en establecimiento de salud deben enfocarse en la mejora de distintos indicadores, incluyendo la autonomía de la mujer.

Las mujeres que se identificaban como no nativas presentaron mayores prevalencias de autonomía moderada y alta. Históricamente, en Perú y otros países con distintas comunidades nativas, se ha presentado inequidad en el acceso a los servicios de salud en poblaciones nativas y en los grupos más desfavorecidos económicamente (34,41,42). La población nativa requiere servicios de salud con un enfoque intercultural y profesionales con competencias culturales, integrando la cultura y creencias de las comunidades nativas en el sistema de atención médica (43,44). Los patrones de

conducta en población nativa podrían implicar un menor poder para la toma de decisiones respecto al cuerpo y vida de la mujer, incluyendo las decisiones sobre salud reproductiva y materna (45,46). Por ello, se requiere el desarrollo de estrategias específicas para este tipo de comunidades, con la finalidad de incrementar su acceso a los servicios de salud, con la mejora del acceso geográfico o los servicios (distancia, costo, medios de transporte y comodidad), disminución de barreras de lenguaje, difusión de la oferta de servicios disponibles en los establecimientos de salud para las gestantes, además de integrar los componentes de su cosmovisión y costumbres en temas de salud para que se cumpla en estas mujeres una atención integral para todo el continuo de la salud materna (47).

Se halló que las mujeres con un nivel de autonomía moderado o alto presentaron una mayor probabilidad de tener partos institucionalizados. Al respecto, estudios en países de bajos y medianos ingresos describen de igual forma que una mujer con mayores niveles de autonomía tiene una probabilidad mayor de recibir atención prenatal así como de elegir o recibir una atención de parto por personal calificado en un establecimiento de salud (48,49). Estas dos condiciones son ampliamente descritas en la literatura y recomendadas por la Organización Mundial de la Salud como estrategias para la reducción de la morbilidad materna (50,51). En nuestro estudio, características como un mayor nivel socioeconómico, nivel educativo y residir en áreas urbanas se relacionan con una mayor autonomía de la mujer y al parto institucionalizado. Encontrar que las mayores proporciones de parto institucionalizado se presentan en mujeres con estas características indicaría que en la población peruana hay características sociodemográficas acordes a la literatura respecto al parto institucionalizado y la autonomía de la mujer. Con ello, se puede promover la mejora y desarrollo de estrategias en grupos de mujeres cuya autonomía es menor, con la finalidad de brindar conocimiento y orientación, así como facilidades en la accesibilidad a la atención médica con relación al embarazo, para que estas mujeres puedan recibir una atención adecuada durante todo el continuo de la salud materna.

Entre las limitaciones del estudio se debe señalar el no poder establecer causalidad, a consecuencia de falta de temporalidad propia del diseño de un estudio transversal. Asimismo, podrían haber ocurrido imprecisiones en los datos recolectados por la

encuesta atribuibles a posibles sesgos de memoria o deseabilidad social, dado que muchos de los datos obtenidos como parte de la encuesta fueron obtenidos por autorreporte de los participantes, o que alguna pregunta puede no haber sido bien entendida. Asimismo, es necesario mencionar que la ENDES es una encuesta utilizada para evaluar la salud materna e infantil, fecundidad, entre otras características. Sin embargo, esta encuesta no ha sido elaborada para estimar la asociación de interés del presente estudio. A pesar de lo descrito, el empleo de una base de datos de una encuesta nacional cuya metodología es ampliamente utilizada en diversos países para el estudio del estado de salud de la población, y que cuenta con una metodología y control de calidad contrastado, puede considerarse como una fuente de información adecuada para el estudio del problema de interés.

En conclusión, se encontró que la mayor proporción de mujeres peruanas presentan una autonomía baja, siendo que las mujeres con una alta autonomía son minoría. Asimismo, en la relación de la autonomía y el parto institucionalizado, ser una mujer con un mayor nivel de autonomía (moderado o alto) se relacionó con una mayor prevalencia de parto institucionalizado. Los resultados encontrados están en línea con lo descrito en la literatura respecto al lugar de parto y autonomía de la mujer. Por lo tanto, al ser la toma de decisión una característica multifactorial, sería necesario ahondar en el estudio de los determinantes del parto no institucional en mujeres con menor autonomía, así como el desarrollo de estrategias que favorezcan la atención de parto institucionalizado en este subgrupo de mujeres, o en caso que la mujer por propia decisión decida que su atención de parto no sea en un establecimiento de salud, se pueda brindar la información y medios necesarios para una atención segura e higiénica del trabajo de parto en el hogar o casas de espera, así como garantizar el acceso a atención médica en caso de complicaciones relacionadas al parto.

Tabla 1. Características de la población de mujeres de 15 a 49 años registrada en la ENDES 2019.

Característica	Población incluida en el estudio	
	frecuencia absoluta (n = 15334)	Proporción ponderada *
Edad (en años)		
15-24	3335	20,91 (20,11-21,74)
25-34	7320	47,53 (46,46-48,60)
35-49	4679	31,56 (30,55-32,58)
Nivel educativo		
Sin nivel / primaria	3128	19,71 (18,88-20,56)
Secundaria	7102	45,23 (44,11-46,34)
Superior	5104	35,07 (33,94-36,20)
Nivel educativo de la pareja		
Sin nivel / primaria	2335	15,24 (14,44-16,08)
Secundaria	7556	48,67 (47,54-49,80)
Superior	5443	36,08 (35,00-37,19)
Estado civil		
Casada	4090	28,05 (27,01-29,11)
Conviviente	11244	71,95 (70,89-72,99)
Autoidentificación étnica		
Nativa	1363	6,52 (5,89-7,22)
No nativa	13971	93,48 (92,78-94,11)
Controles prenatales		
8 o más	9569	62,18 (61,08-63,27)
menos de 8	5765	37,82 (36,73-38,92)
Número de niños		
0	4171	27,99 (27,02-28,97)
1-3	10843	70,08 (69,08-71,06)
4 o más	320	1,94 (1,69-2,22)
Orden de nacimiento		
1	4436	29,75 (28,82-30,69)
2-3	8007	52,49 (51,48-53,50)
4 o más	2891	17,76 (17,00-18,55)
Tipo de embarazo		
Único	15196	99,17 (98,98-99,33)
Múltiple	138	0,83 (0,67-1,02)
Embarazo deseado		
Sí	7497	49,02 (47,97-50,07)
No	7837	50,98 (49,93-52,03)
Área de Residencia		
Urbano	10852	73,68 (72,77-74,58)
Rural	4482	26,32 (25,42-27,23)
Quintil de riqueza		
Más pobre	4154	24,01 (23,07-24,97)
Pobre	4210	24,59 (23,55-25,67)
Medio	3076	19,72 (18,85-20,62)
Rico	2296	17,20 (16,27-18,17)
Más rico	1598	14,48 (13,64-15,36)
Región natural		
Costa	6423	55,05 (53,85-56,25)
Sierra	5119	27,68 (26,41-28,98)
Selva	3792	17,27 (16,30-18,29)

*Se incluyó el factor de ponderación y muestreo complejo de la ENDES 2019.

Tabla 2. Características de la población adulta según la autonomía de la mujer, ENDES 2019.

Característica	Autonomía			valor p *
	Baja (n = 6845) % (IC 95%)	Moderada (n = 5886) % (IC 95%)	Alta (n = 2603) % (IC 95%)	
Total	42,60 (41,49-43,71)	39,01 (37,92-40,12)	18,39 (17,48-19,34)	
Edad (en años)				
15-24	42,79 (40,81-44,80)	36,86 (34,89-38,88)	20,35 (18,65-22,15)	<0,001
25-34	39,67 (38,15-41,22)	40,93 (39,39-42,49)	19,40 (18,12-20,75)	
35-49	48,94 (46,74-51,14)	37,90 (35,78-40,08)	13,16 (11,65-14,82)	
Nivel educativo				
Sin nivel / primaria	89,86 (88,49-91,09)	9,47 (8,30-10,78)	0,67 (0,41-1,10)	<0,001
Secundario	46,86 (56,21-48,51)	45,46 (43,86-47,07)	7,68 (6,84-8,61)	
Superior	10,54 (9,45-11,74)	47,30 (45,30-49,31)	42,16 (40,16-44,19)	
Nivel educativo de la pareja				
Sin nivel / primaria	78,72 (76,59-80,71)	18,22 (16,34-20,27)	3,06 (2,33-4,01)	<0,001
Secundaria	47,34 (45,81-48,89)	40,54 (39,05-42,05)	12,11 (11,12-13,18)	
Superior	20,93 (19,49-22,45)	45,73 (43,81-47,67)	33,34 (31,45-35,28)	
Estado civil				
Casada	36,99 (34,93-39,11)	38,43 (36,33-40,57)	24,58 (22,42-26,87)	<0,001
Conviviente	44,78 (43,51-46,06)	39,24 (37,98-40,51)	15,98 (15,04-16,97)	
Autoidentificación étnica				
Nativa	72,54 (68,85-75,95)	21,47 (18,43-24,86)	5,98 (4,30-8,27)	<0,001
No nativa	40,51 (39,35-41,67)	40,24 (39,09-41,39)	19,26 (18,29-20,26)	
Controles prenatales				
8 o más	39,30 (37,98-40,63)	40,41 (39,05-41,78)	20,29 (19,09-21,54)	<0,001
menos de 8	48,02 (46,19-49,86)	36,71 (34,92-38,54)	15,27 (13,91-16,74)	
Número de niños				
0	37,29 (35,34-39,28)	40,47 (38,42-42,55)	22,24 (20,28-24,33)	<0,001
1-3	43,89 (42,62-45,18)	38,83 (37,58-40,09)	17,28 (16,29-18,31)	
4 o más	72,34 (65,78-78,05)	24,54 (19,26-30,71)	3,13 (1,15-8,23)	
Orden de nacimiento				
1	32,60 (30,82-34,44)	42,95 (40,98-44,95)	24,44 (22,62-26,37)	<0,001
2-3	40,46 (39,02-41,91)	40,68 (39,18-42,21)	18,86 (17,68-20,09)	
4 o más	65,64 (63,29-67,93)	27,47 (25,37-29,67)	6,88 (5,57-8,47)	
Tipo de embarazo				
Único	51,39 (41,38-61,29)	35,87 (26,68-46,22)	12,74 (7,37-21,15)	0,173
Múltiple	42,52 (41,40-43,65)	39,04 (37,94-40,15)	18,44 (17,52-19,39)	
Embarazo deseado				
Sí	45,99 (44,47-47,53)	38,29 (36,81-39,78)	21,17 (19,92-22,48)	<0,001
No	39,06 (37,53-40,62)	39,77 (38,28-41,27)	15,72 (14,52-16,99)	
Área de Residencia				
Urbano	32,28 (31,03-33,55)	44,48 (43,14-45,82)	23,25 (22,07-24,46)	<0,001
Rural	71,48 (69,44-73,43)	23,72 (22,02-25,50)	4,80 (4,02-5,74)	
Quintil de riqueza				
Pobre	76,81 (75,03-78,50)	20,19 (18,60-21,88)	3,00 (2,41-3,73)	<0,001
más pobre	47,69 (45,52-49,87)	41,51 (39,37-43,69)	10,80 (9,55-12,19)	
Medio	31,99 (29,78-34,28)	48,70 (46,23-51,18)	19,31 (17,59-21,15)	

Rico	23,85 (21,55-26,32)	46,73 (43,99-49,49)	29,42 (26,85-32,13)	
Más rico	13,93 (11,85-16,31)	43,61 (40,14-47,14)	42,46 (38,82-46,19)	
Región natural				
Costa	33,15 (31,49-34,84)	44,53 (42,81-46,27)	22,32 (20,83-23,88)	<0,001
Sierra	51,00 (49,02-52,97)	33,63 (32,00-35,30)	15,37 (14,14-16,69)	
Selva	59,24 (56,99-61,46)	30,04 (28,11-32,04)	10,72 (9,59-11,96)	

IC: intervalo de confianza.

* El valor de p se calculó mediante la prueba de chi-cuadrado.

Tabla 3. Características de las mujeres de 15 a 49 años según lugar de parto, ENDES 2019.

Característica	Parto institucionalizado		valor p *
	No (n = 1029) % (IC 95%)	Si (n = 14305) % (IC 95%)	
Total	7,89 (7,13-8,73)	92,11 (91,27-92,87)	
Edad (en años)			
15-24	9,34 (8,04-10,83)	90,66 (89,17-91,96)	0,038
25-34	7,86 (6,87-8,98)	92,14 (91,02-93,13)	
35-49	6,98 (5,81-8,37)	93,02 (91,63-94,19)	
Nivel educativo			
Sin nivel / primaria	20,58 (18,31-23,05)	79,42 (76,95-81,69)	<0,001
Secundaria	5,82 (4,95-6,84)	94,18 (93,16-95,05)	
Superior	3,42 (2,48-4,71)	96,58 (95,29-97,52)	
Nivel educativo de la pareja			
Sin nivel / primaria	21,15 (18,70-23,84)	78,85 (76,16-81,30)	<0,001
Secundaria	7,17 (6,23-8,24)	92,83 (91,76-93,77)	
Superior	3,26 (2,38-4,43)	96,74 (95,57-97,62)	
Estado civil			
Casada	6,31 (5,30-7,50)	93,69 (92,50-94,70)	0,002
Conviviente	8,51 (7,60-9,51)	91,49 (90,49-92,40)	
Autoidentificación étnica			
Nativa	18,42 (14,50-23,11)	81,58 (76,89-85,50)	<0,001
No nativa	7,16 (6,39-8,01)	92,84 (91,99-93,61)	
Controles prenatales			
8 o más	5,70 (4,93-6,57)	94,30 (93,43-95,07)	<0,001
menos de 8	11,50 (10,14-13,02)	88,50 (86,98-89,86)	
Número de niños			
0	6,29 (5,08-7,77)	93,71 (92,23-94,92)	<0,001
1-3	8,19 (7,35-9,12)	91,81 (90,88-92,65)	
4 o más	20,11 (15,30-25,96)	79,89 (74,04-84,70)	
Orden de nacimiento			
1	5,12 (4,25-6,16)	94,88 (93,84-95,75)	<0,001
2-3	6,51 (5,57-7,59)	93,49 (92,41-94,43)	
4 o más	16,62 (14,67-18,77)	83,38 (81,23-85,33)	
Tipo de embarazo			
Único	7,92 (7,16-8,76)	92,08 (91,24-92,84)	0,270
Múltiple	4,33 (1,39-12,69)	95,67 (87,31-98,61)	

Embarazo deseado				
Sí	6,52 (5,55-7,64)		93,48 (92,36-94,45)	<0,001
No	9,21 (8,22-10,31)		90,79 (89,69-91,78)	
Área de Residencia				
Urbano	3,65 (2,99-4,45)		96,35 (95,55-97,01)	<0,001
Rural	19,76 (17,56-22,16)		80,24 (77,84-82,44)	
Quintil de riqueza				
más pobre	22,09 (19,83-24,52)		77,91 (75,48-80,17)	<0,001
Pobre	4,41 (3,23-6,00)		95,59 (94,00-96,77)	
Medio	4,39 (2,97-6,46)		95,61 (93,54-97,03)	
Rico	2,39 (1,55-3,65)		97,61 (96,35-98,45)	
más rico	1,56 (0,93-2,61)		98,44 (97,39-99,07)	
Región natural				
Costa	4,31 (3,43-5,39)		95,69 (94,61-96,57)	<0,001
Sierra	9,33 (7,87-11,03)		90,67 (88,97-92,13)	
Selva	17,01 (14,73-19,55)		82,99 (80,45-85,27)	

IC: intervalo de confianza.

* El valor de p se calculó mediante la prueba de chi-cuadrado.

Tabla 4. Asociación entre la autonomía de la mujer y elección del parto, ENDES 2019.

Característica	Modelo crudo		Modelo ajustado*	
	RP (IC 95%)	valor p	RPa (IC 95%)	valor p
Autonomía de la mujer				
Baja	Ref.		Ref.	
Moderada	1,10 (1,08-1,12)	<0,001	1,02 (1,01-1,03)	<0,001
Alta	1,13 (1,12-1,15)	<0,001	1,03 (1,01-1,04)	<0,001

RP: razón de prevalencia; RPa: razón de prevalencia ajustada; IC: intervalo de confianza; Ref: categoría de referencia.

*Ajustado por las covariables, tales como edad, nivel educativo de la pareja, estado civil, autoidentificación étnica, controles prenatales, número de hijos, orden de nacimiento, embarazo deseado, área de residencia, quintil de riqueza y región natural.

REFERENCIAS

1. United Nations. Goals 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
2. Hug L, Alexander M, You D, Alkema L. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019 Jun;7(6):e710–20.
3. WHO, UNICEF, UNFPA WBG and UD. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
4. Graham H, Bell J, Bullough C. Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries ? *Safe Mother Strateg A Rev Evid*. 2001;Studies in.
5. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet (London, England)*. 2005 Mar;365(9463):977–88.
6. Nigusie A, Azale T, Yitayal M, Derseh L. Institutional delivery and associated factors in rural communities of Central Gondar Zone, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2021;16(7):e0255079.
7. Muluwas Amentie B, abdulahi M, Amentie α M, σ M, abdulahi ρ M. Utilization of Institutional Delivery Care Services and Influencing Factors among Women of Child Bearing Age in Assosa District, Benishangul Gumuz Regional State, West Ethiopia. Vol. 16, *Global Journal of Medical Research: E Gynecology and Obstetrics*. 2016.
8. UNICEF. Delivery care [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
9. Yarinbab TE. Delays in Utilization of Institutional Delivery Service and its Determinants in Yem Special Woreda, Southwest Ethiopia: Health Institution Based Cross-Sectional Study. *J Gynecol Womens Heal*. 2018;10(4).
10. Girum T, Wasie A. Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. *Matern Heal Neonatol Perinatol*. 2017;3:19.
11. Aliyu AA, Dahiru T. Predictors of delayed Antenatal Care (ANC) visits in Nigeria: secondary analysis of 2013 Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS). *Pan*

- Afr Med J. 2017;26.
12. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factors associated with home births in Peru 2015-2017: A cross-sectional population-based study. *Heliyon*. 2021 Mar;7(3):e06344.
 13. Guerra-Reyes L, Iguiñiz-Romero RA. Performing purity: reproductive decision-making and implications for a community under threat of zika in iquitos, Peru. *Cult Health Sex*. 2019 Mar;21(3):309–22.
 14. Baten A, Wallemacq P, van Loenhout JAF, Guha-Sapir D. Impact of Recurrent Floods on the Utilization of Maternal and Newborn Healthcare in Bangladesh. *Matern Child Health J*. 2020 Jun;24(6):748–58.
 15. Dewau R, Angaw DA, Kassa GM, Dagne B, Yeshaw Y, Muche A, et al. Urban-rural disparities in institutional delivery among women in East Africa: A decomposition analysis. *PLoS One*. 2021;16(7):e0255094.
 16. Abebe E, Seid A, Gedefaw G, Haile ZT, Ice G. Association between antenatal care follow-up and institutional delivery service utilization: analysis of 2016 Ethiopia demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2019 Nov;19(1):1472.
 17. Amporfu E, Grépin KA. Measuring and explaining changing patterns of inequality in institutional deliveries between urban and rural women in Ghana: a decomposition analysis. *Int J Equity Health*. 2019 Aug;18(1):123.
 18. Gopalan SS, Silverwood RJ, Salman O, Howard N. Associations Between Acute Conflict and Maternal Care Usage in Egypt: An Uncontrolled Before-and-After Study Using Demographic and Health Survey Data. *Int J Heal policy Manag*. 2019 Mar;8(3):158–67.
 19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica [Internet]. INEI. 2019. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/documentos_2018/FICHA_TECNICA_ENDES_2018.pdf
 20. Bengesai AV, Khan HTA. Female autonomy and intimate partner violence: findings from the Zimbabwe demographic and health survey, 2015. *Cult Health Sex*. 2021 Jul;23(7):927–44.
 21. Mganga AE, Renju J, Todd J, Mahande MJ, Vyas S. Development of a women's empowerment index for Tanzania from the demographic and health surveys of 2004–05, 2010, and 2015–16. *Emerg Themes Epidemiol*. 2021;18:13.
 22. Asaolu IO, Alaofè H, Gunn JKL, Adu AK, Monroy AJ, Ehiri JE, et al. Measuring Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the Demographic and Health Surveys. *Front Psychol*. 2018;9:994.

23. Basu AM, Koolwal GB. Two Concepts of Female Empowerment: Some Leads from DHS Data on Women's Status and Reproductive Health. In: A Focus on Gender: Collected Papers on Gender Using DHS Data. 2005.
24. Ram R, Kumar M, Kumari N. Association between women's autonomy and unintended pregnancy in India. *Clin Epidemiol Glob Heal* [Internet]. 2022;15:101060. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398422001026>
25. Enríquez Canto Y. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022;46(e47). Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56067>
26. Del Mastro N I, Tejada-Llacsa PJ, Reinders S, Pérez R, Solís Y, Alva I, et al. Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250702.
27. Cecchini S, Filgueira F, Robles C. Social Protection Systems in Latin America and the Caribbean: A Comparative View. *SSRN Electron J*. 2014;
28. Organization WH. Success factors for women's and children's health: Peru. World Health Organization; 2015. 39 p.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Maternidad en la adolescencia, 2018. 2020;54. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1733/libro.pdf
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: "Brechas de Género, 2020: Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres". 2020. p. 558.
31. Jatrana S, Pasupuleti SSR. Women's autonomy, education and birth intervals in India: Visiting the less familiar. *Asian Popul Stud*. 2015;11(2).
32. Pimentel J, Ansari U, Omer K, Gidado Y, Baba MC, Andersson N, et al. Factors associated with short birth interval in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020;20(1):156. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2852-z>
33. Kristiansson C, Gotuzzo E, Rodriguez H, Bartoloni A, Strohmeyer M, Tomson G, et al. Access to health care in relation to socioeconomic status in the Amazonian area of Peru. *Int J Equity Health* [Internet]. 2009;8(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-11>
34. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. *Dir Gen Epidemiol* [Internet]. 2019;1-114. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/OGEI/62_MAPASALUD1993.pdf
35. Rolfe MI, Donoghue DA, Longman JM, Pilcher J, Kildea S, Kruske S, et al. The

- distribution of maternity services across rural and remote Australia: does it reflect population need? *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):163. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2084-8>
36. Yajahuanca R del SA, Fontenele CV, Sena BF, Diniz SG. Birth at the health center or at home: an analysis of birthing care among the Kukamas Kukamirias women of Peru. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2013;23:322–30. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000300011&nrm=iso
 37. Webster P. Language barriers restricting access to health care for Indigenous populations. Vol. 190, *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2018. p. E754–5.
 38. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health*. 1990 Jul;80(7):814–8.
 39. Nawaz H, Rahman MA, Graham D, Katz DL, Jekel JF. Health risk behaviors and health perceptions in the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg*. 2001 Sep;65(3):252–6.
 40. Sato A. Revealing the popularity of traditional medicine in light of multiple recourses and outcome measurements from a user's perspective in Ghana. *Health Policy Plan* [Internet]. 2012 Dec 1;27(8):625–37. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs010>
 41. Gianella C, Pesantes MA, Ugarte-Gil C, Moore DAJ, Lema C. Vulnerable populations and the right to health: lessons from the Peruvian Amazon around tuberculosis control. *Int J Equity Health* [Internet]. 2019;18(1):28. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0928-z>
 42. Akter S, Rich JL, Davies K, Inder KJ. Access to maternal healthcare services among Indigenous women in the Chittagong Hill Tracts, Bangladesh: A cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2019;9(10). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/10/e033224>
 43. United Nations. Health [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/mandated-areas1/health.html>
 44. Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(1):163. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>
 45. UNFPA. Indigenous Women ' s Maternal Health and Maternal Mortality. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/04/factsheet_print_Mar27.pdf. 2017;1–8.

46. Sivertsen N, Anikeeva O, Deverix J, Grant J. Aboriginal and Torres Strait Islander family access to continuity of health care services in the first 1000 days of life: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020;20(1):829. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05673-w>
47. Akter S, Davies K, Rich JL, Inder KJ. Indigenous women's access to maternal healthcare services in lower- and middle-income countries: a systematic integrative review. *Int J Public Health*. 2019 Apr;64(3):343–53.
48. Sadiq Umar A. Women Autonomy and the Use of Antenatal and Delivery Services in Nigeria. *MOJ Public Heal*. 2017;6(2).
49. Ameyaw EK, Tanle A, Kissah-Korsah K, Amo-Adjei J. Women's Health Decision-Making Autonomy and Skilled Birth Attendance in Ghana. Beydoun HA, editor. *Int J Reprod Med* [Internet]. 2016;2016:6569514. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/6569514>
50. World Health Organization. Institutional births [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/institutional-birth>
51. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>

RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 192 - DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2023

Lima, 30 de marzo del 2023

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: "ASOCIACIÓN ENTRE EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER PERUANA Y LA ELECCIÓN DEL LUGAR DE PARTO. ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA NACIONAL, 2018".

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el **Título Profesional de Médico Cirujano**.

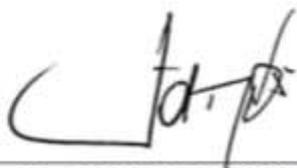
Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1° Aprobar, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado: "ASOCIACIÓN ENTRE EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER PERUANA Y LA ELECCIÓN DEL LUGAR DE PARTO. ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA NACIONAL, 2018", presentado por los alumnos Hernandez Cueva Gerald Alexander y Nieves Ramirez Rhisto Guillermo con N° de registro: **150-2021-PRE15**.

ART. 2° Nombrar al Docente Rodrigo Vargas-Fernández, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mg. JORDI GRAU MONGE
Director Académico
Carrera de Medicina Humana



MACI-D-22-00414 - Submission Notification to co-author - [EMID:876ba52f6692b5db]



em.maci.d.7cb0e1.ea11b24f@editorialmanager.com en nombre de Maternal and Child Health Journal (MACI) <em@editorialmanager.com>
 Para: Gerald Hernandez Cueva



SAB 16/07/2022 04:11

Re: "Association between the autonomy of Peruvian women and the choice of the place of delivery: Analysis of a national survey, 2019"
 Full author list: Gerald Alexander Hernandez Cueva; Rhiso Guillermo Nieves Ramirez; Fabriccio J. Visconti-Lopez; Guido Bendezu-Quispe; Rodrigo Vargas-Fernandez

Dear Mr. Hernandez Cueva,

We have received the submission entitled: "Association between the autonomy of Peruvian women and the choice of the place of delivery: Analysis of a national survey, 2019" for possible publication in Maternal and Child Health Journal, and you are listed as one of the co-authors.

The manuscript has been submitted to the journal by Dr. Dr. Rodrigo Vargas-Fernandez who will be able to track the status of the paper through his/her login.

If you have any objections, please contact the editorial office as soon as possible. If we do not hear back from you, we will assume you agree with your co-authorship.

Thank you very much.

With kind regards,

Springer Journals Editorial Office
 Maternal and Child Health Journal