

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

TESIS:

**ACCESIBILIDAD DE LA GESTANTE Y EL PROCESO DE GESTIÓN
LOCAL DE LA CASA MATERNA “MAMÁS SALVANDO VIDAS”.
UTCUBAMBA 2022**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

PATRICIA ANDREA CUEVAS DE LA CRUZ

Asesora:

Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS

Cajamarca, Perú

2025



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Patricia Andrea Cuevas De La Cruz
DNI: 10367874
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: Dra. Albila Beatriz Dominguez Palacios
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la casa materna "Mamas salvando vidas". Utcubamba 2022
6. Fecha de evaluación: **18/06/2025**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **6%**
9. Código Documento: **3117:543210720**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO
Fecha Emisión: **15/01/2026**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>

Dra. Albila Beatriz Dominguez Palacios DNI: 27705594

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
PATRICIA ANDREA CUEVAS DE LA CRUZ
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado



CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *11.00* horas, del día 18 de junio de dos mil veinticinco, reunidos en el Auditorio de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. FRANCISCA EDITA DÍAZ VILLANUEVA, M. Cs. MARÍA AMELIA VALDERRAMA SORIANO, M. Cs. DORIS ELIZABETH BRINGAS ABANTO**, y en calidad de Asesora la **Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **"ACCESIBILIDAD DE LA GESTANTE Y EL PROCESO DE GESTIÓN LOCAL DE LA CASA MATERNA "MAMÁS SALVANDO VIDAS". UTCUBAMBA 2022"**, presentado por la **Bach. en Obstetricia PATRICIA ANDREA CUEVAS DE LA CRUZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *Aprobar*... con la calificación de *SOBRESALIENTE... (19)*... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia PATRICIA ANDREA CUEVAS DE LA CRUZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *1.30* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Asesora


.....
Dra. Francisca Edita Díaz Villanueva
Jurado Evaluador


.....
M. Cs. María Amelia Valderrama Soriano
Jurado Evaluador


.....
M. Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto
Jurado Evaluador

Se dedica:

A mi esposo e hijos, por su apoyo incondicional y por permitirme dedicar tiempo a mi crecimiento personal, incluso cuando ello implicó sacrificar momentos en familia.

A mis padres y hermanos, fuente inagotable de inspiración y ejemplo a seguir.

Se agradece:

A Dios, porque todo lo que poseo es gracias a Él, y lo que aún no he alcanzado, lo lograré con su guía y bendición.

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por brindarme la oportunidad de crecer en el ámbito profesional. A la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, mención Salud Pública y a los docentes que han enriquecido mi formación tanto profesional como humana, fortaleciendo mis conocimientos y desarrollando mi capacidad científica en beneficio de la sociedad.

A la Red Integrada de Salud Utcubamba, por brindarme los permisos necesarios, y al personal administrativo y asistencial, por su tiempo y valiosas aportaciones en la recolección de información.

A cada una de las gestantes, cuyo compromiso, disposición y generosidad fueron fundamentales para la recopilación de los datos.

"La atención a la salud de la madre y el niño debería ser prioritaria en cualquier sociedad que aspire a un futuro mejor."

— Kofi Annan

ÍNDICE GENERAL	Pág
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE APÉNDICE	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación e importancia.....	3
1.3. Delimitación de la investigación	4
1.4. Limitaciones.....	4
1.5. Objetivos.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Marco doctrinal de las teorías	10
2.3. Marco conceptual.....	17
2.4. Definición de términos básicos.....	26
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
3.1. Hipótesis.....	28
3.2. Variables.....	28
3.3. Operacionalización de variables.....	29
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....	30
4.1. Ubicación geográfica.....	30
4.2. Diseño de la investigación.....	30
4.3. Métodos de investigación.....	31
4.4. Población, muestra, y muestreo.....	31
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	34
4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.....	36
4.7. Aspectos éticos de la investigación	36
4.8. Equipos, materiales, insumos.....	37
4.9. Matriz de consistencia metodológica.....	37
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
5.1. Resultados.....	40
5.2. Contrastación de hipótesis.....	56
5.3. Discusión	57
CONCLUSIONES.....	63
SUGERENCIAS.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÉNDICES.....	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Nivel de accesibilidad global de las gestantes a la casa materna “Mamás Salvando Vidas” Utcubamba 2022	40
Tabla 2	Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión accesibilidad. Utcubamba 2022	42
Tabla 3	Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás salvando vidas” en la dimensión aceptabilidad. Utcubamba 2022	43
Tabla 4	Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión disponibilidad. Utcubamba 2022	45
Tabla 5	Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión asequibilidad. Utcubamba 2022.	47
Tabla 6	Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión oportunidad. Utcubamba 2022.	48
Tabla 7	Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión sensibilización. Utcubamba 2022	51
Tabla 8	Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión planificación. Utcubamba 2022	52
Tabal 9	Características del proceso de gestión local de la casa maternal “Mamas salvando vidas” en la dimensión organización. Utcubamba 2022	53

Tabla 10	Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión ejecución. Utcubamba 2022	54
Tabla 11	Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión monitoreo y evaluación. Utcubamba 2022	55
Tabla 12	Relación entre proceso de gestión local y accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás Salvando Vidas”, Utcubamba 2022	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Nivel de accesibilidad de las gestantes a la casa materna “Mamás Salvando Vidas según dimensiones. Utcubamba 2022.	41
Figura 2	Nivel de gestión local de la casa materna “Mamás Salvando Vidas”. Utcubamba 2022	49
Figura 3	Nivel de gestión local de la casa materna “Mamás Salvando Vidas” según dimensiones. Utcubamba 2022	50

LISTA DE APÉNDICE

Apéndice 1	Entrevista para evaluar la accesibilidad de la gestante a la casa materna	68
Apéndice 2	Cuestionario para medir proceso de gestión de la casa materna	70
Apéndice 3	Solicitud de autorización	71
Apéndice 4	Consentimiento informado	72
Apéndice 5	Validación de los instrumentos	73
Apéndice 6	Prueba binomial de juicio de expertos	77
Apéndice 7	Prueba de confiabilidad	79
Apéndice 8	Información complementaria	80

LISTA DE ABREVIATURAS

CM: Casa Materna

MINSA: Ministerio de Salud

RHUS: Recursos humanos en salud

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la accesibilidad de las gestantes y el proceso de gestión local de la casa materna “Mamás Salvando Vidas” en Utcubamba, 2022.**Metodología:** Estudio no experimental, de diseño correlacional y corte transversal. Se empleó un muestreo probabilístico, obteniendo una muestra de 103 gestantes y 80 profesionales de la salud. Como técnica de recolección de datos se aplicó la encuesta, utilizando un cuestionario validado por juicio de expertos, con una validez superior a 0,98 y una confiabilidad mayor a 0,8 para ambas variables. **Resultados:** Se evidenció que la accesibilidad de las gestantes a la casa materna alcanzó un nivel “medio” (72,8%), mientras que el proceso de gestión de la misma se ubicó en un nivel “en proceso” (60%). **Conclusión:** No se encontró una relación significativa entre el proceso de gestión local y la accesibilidad de las gestantes a la casa materna. No se pudo demostrar que los factores de accesibilidad dependan del proceso de gestión local ni viceversa. Sin embargo, la salud sexual y reproductiva en una región, provincia o distrito es una corresponsabilidad compartida entre el sector salud, el gobierno local y la comunidad organizada.

Palabras clave: Accesibilidad, gestante, gestión local, casa materna

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between the accessibility of pregnant women and the local management process of the “Mamás Salvando Vidas” maternity home in Utcubamba, 2022. **Methodology:** Non-experimental study, correlational and cross-sectional design. Probabilistic sampling was used, obtaining a sample of 103 pregnant women and 80 health professionals. As a data collection technique, the survey was applied, using a questionnaire validated by expert judgment, with a validity greater than 0.98 and a reliability greater than 0.8 for both variables. **Results:** It was evident that the accessibility of pregnant women to the maternity home reached a “medium” level (72,8%), while the management process of the same was located at a “in process” level (60%). **Conclusion:** No significant relationship was found between the local management process and the accessibility of pregnant women to the maternity home. It could not be demonstrated that the accessibility factors depend on the local management process or vice versa. However, sexual and reproductive health in a region, province or district is a shared responsibility between the health sector, local government and the organized community.

Keywords: Accessibility, pregnant woman, local management, maternity home

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1 Contextualización

La mortalidad materna es un indicador de desigualdad en el mundo y en América Latina, ya que representa una violación de los derechos fundamentales de las mujeres por exclusión social y de género (1). En los últimos años la mejora de este indicador se debió entre otras causas principalmente, al incremento del parto institucional, siendo la implementación de casas maternas una de las estrategias para acercar a las mujeres embarazadas a los servicios de salud (2).

Desde 1891, en países desarrollados como Francia, Suecia y Estados Unidos, se crearon albergues maternos para gestantes pobres, ubicados cerca a los hospitales con atención obstétrica (3), ya en la década de 1950, los países en desarrollo crearon también residencias para embarazadas, en las inmediaciones de los centros de salud u hospitales. Nigeria, ha sido uno de los primeros países en los que se pudo palpar los resultados del establecimiento de dichas instituciones; asimismo, otros países en América Latina como Colombia, Nicaragua, Brasil, Cuba y Chile reportan también buenos resultados con esta experiencia (3).

En Puno-Perú, en la década de los 90, el Ministerio de Salud creó la casa de espera o mamawasi para acercar a las mujeres a los servicios de salud antes de dar a luz, que luego pasó a llamarse Casa Materna (CM); pero se desconoce si están funcionando y cómo se mantienen (4).

La casa materna debe cumplir con ciertas características físicas y culturales para que las familias puedan acceder y satisfacer sus necesidades de atención, no basta su simple existencia (1), lo cual hace necesario analizar periódicamente su funcionamiento desde la mirada de las usuarias y también de los gestores para adecuarnos a los tiempos. Si bien las casas maternas empezaron a incorporarse en áreas rurales desde 1998; recién en el 2004 se incluyeron entre las normas y protocolos nacionales de las políticas de salud del Perú y aun así funcionaron solo en algunas regiones, siendo el factor cultural una de las principales limitantes a pesar de los esfuerzos. Otra limitante ha sido la participación comunitaria, espacio donde la comunidad debería reflexionar, analizar y decidir sin imposición, sobre la sostenibilidad de la casa materna a través de una gestión compartida, pero para que haya participación comunitaria tiene que haber facilitadores que la promuevan (2).

En la región Amazonas está operando 04 casas maternas, una de ellas ubicada en el distrito de Bagua Grande, capital de la provincia de Utcubamba la cual viene funcionando desde hace 10 años aproximadamente, creada con el nombre “Mamás salvando vidas”, la cual alberga a las gestantes procedentes de los siete distritos de la provincia, incluido el distrito de Lonya Grande, el más alejado de la provincia.

1.1.2 Descripción del problema

La reducción de la morbilidad y mortalidad materna sigue siendo un desafío prioritario dentro de las políticas de salud pública a nivel de la región, especialmente en poblaciones vulnerables con limitaciones geográficas, económicas y socioculturales. En este marco, el funcionamiento de las casas maternas ha sido reconocido como una estrategia efectiva para facilitar el acceso

oportuno de las gestantes a los servicios de salud, especialmente para aquellas que residen en zonas alejadas o en situación de vulnerabilidad.

Según el Documento Técnico: “Lineamientos para el funcionamiento de casas maternas” del Ministerio de Salud, estas instalaciones deben funcionar bajo un enfoque de cogestión, articulando el esfuerzo del sector salud con el de las familias, las comunidades y los gobiernos locales. Esta cogestión no solo implica la participación de los actores comunitarios, sino que también busca garantizar la sostenibilidad y pertinencia cultural del servicio. No obstante, la evidencia sobre cómo se está implementando esta cogestión en la práctica es aún limitada, especialmente en contextos provinciales.

En este sentido, la casa materna provincial desempeña un papel clave al acercar a las gestantes a establecimientos con mayor capacidad resolutive para la atención de partos institucionales y complicaciones obstétricas, en línea con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Asimismo, se desconocen aspectos fundamentales relacionados con el funcionamiento y la sostenibilidad de la casa materna, incluyendo la forma en que se gestiona, los recursos disponibles, los mecanismos de articulación con el sistema de salud, y si efectivamente se da bajo un enfoque de participación comunitaria, como lo establece la normatividad vigente.

Dado que se espera que una gestión adecuada, participativa y contextualizada de la casa materna contribuya directamente a mejorar la accesibilidad de las gestantes a los servicios especializados de salud, la ausencia de estudios empíricos sobre estos aspectos representa una brecha crítica de conocimiento. Esta situación limita la toma de decisiones informadas y la mejora de políticas locales.

Por ello, se planteó la siguiente interrogante de investigación:

1.1.3 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la casa materna “Mamás salvando vidas”? Utcubamba 2022?

1.2. Justificación de la investigación

1.2.1 Justificación científica

Esta investigación contribuye con pruebas empíricas, ampliando el cuerpo teórico sobre el tema en estudio. Asimismo, servirá como referencia e información preliminar para investigaciones posteriores relacionadas con la salud materna.

1.2.2 Justificación técnica-práctica

Las conclusiones derivadas del estudio pueden ser utilizadas por autoridades políticas, líderes comunitarios, funcionarios institucionales y profesionales de la salud para mejorar o consolidar el proceso de gestión de la casa materna. Esto aseguraría un acceso adecuado para las mujeres embarazadas que requieran atención hospitalaria durante el parto.

1.2.3 Justificación institucional y personal

Los hallazgos de la investigación serán presentados a los directivos de la red de salud Utcubamba y DIRESA Amazonas, y podrían servir como punto de partida para mejorar la gestión de las casas maternas a nivel regional. Esto, a su vez, podría asegurar un acceso adecuado para las mujeres embarazadas que requieran atención hospitalaria durante el parto.

1.3 Delimitación de la investigación

El presente estudio aborda dos aspectos fundamentales: la accesibilidad de las gestantes desde sus comunidades hasta la casa materna, evaluada a través de una encuesta, y las características del proceso de gestión local en el que actualmente se encuentra la casa materna, analizada mediante una encuesta dirigida al personal de salud involucrado.

La investigación se inició con la elaboración del proyecto de tesis entre enero y junio de 2022, seguida de su ejecución y la elaboración del informe final, programadas entre julio de 2022 y septiembre de 2024.

1.4 Limitaciones

La investigación tuvo algunas limitaciones que dificultaron su realización; por un lado, existen escasos estudios relacionados al tema tanto a nivel local, regional y nacional; por otro, se convierte en una oportunidad, ya que se ha generado información sobre un tema de especial relevancia para la salud materna.

1.5. Objetivos de la investigación.

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la casa materna “Mamás salvando vidas” Utcubamba.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de accesibilidad de la gestante a la casa materna global y por dimensiones
- Describir la accesibilidad de la gestante a la casa materna según dimensiones

- Identificar el nivel de gestión local de la casa materna “Mamás salvando vidas” global y por dimensiones
- Describir las características del proceso de gestión local de la casa materna según dimensiones

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Van Braam et al. (5) en el año 2023, realizó una síntesis de diversos estudios publicados entre enero de 1990 y julio de 2020 los cuales contenían información cualitativa sobre puntos de vista de grupos humanos (mujeres, familias, comunidades y trabajadores de la salud) en relación a la aceptabilidad y viabilidad de las casas maternas. Esta selección de literatura cualitativa brinda información sustancial sobre los factores que al interrelacionarse influyen en la aceptabilidad y viabilidad de las casas maternas según los involucrados. En resumen, los resultados destacan la relevancia de las casas maternas como recursos clave dentro del sistema de atención de salud materno-neonatal, subrayando la necesidad de que su establecimiento y operación se adapten a las condiciones locales para asegurar su uso efectivo.

Un estudio publicado en 2023 por Tayebwa et al. (6), busca explorar las perspectivas de proveedores y clientes sobre el uso de hogares de espera maternos en las zonas rurales de Ruanda. Entre los aspectos facilitadores del uso de la casa materna destacan que ésta ofrecía un ambiente tranquilo y hogareño, de calidad aceptable y conectada con atención obstétrica oportuna. Las barreras para su uso incluyeron poca información sobre la casa materna, el miedo a no poder cubrir las

demandas a plenitud, la escasa capacidad en la toma de decisión de las mujeres, la preocupación sobre los gastos financieros que implica su uso y la percepción de los usuarios de costos altos. Se concluye que es importante incrementar el conocimiento sobre la casa materna tanto entre los proveedores de salud como en la población.

En el año 2022 Uwamahoro et al.(7) realizaron un estudio con el propósito de desarrollar un concepto que identifique las condiciones que favorecen la aceptación y expansión de las casas maternas en regiones de ingresos bajos y medios, teniendo en cuenta el éxito variado en diferentes contextos. Se creó una teoría preliminar del programa y luego se realizó una revisión que abarcó la búsqueda de evidencia, selección, análisis y síntesis de datos.

[...] La teoría mostró que la aceptación e implementación de las casas maternas dependen de: El sistema de salud, los líderes comunitarios y las mujeres embarazadas con sus familias. La existencia de la casa materna y su utilización se verían comprometidas si no se superan las barreras de acceso, y si no se brindan las condiciones e interacciones adecuadas durante su estadía. Además, es crucial que los centros de salud asociados ofrezcan un trato digno y respetuoso.

Endayehu et al.(8) en un estudio realizado el 2020, se investigó la intención de las madres de usar una casa de espera materna y los factores asociados en el distrito de East Bellesa, en el noroeste de Etiopía. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal con 525 mujeres embarazadas, utilizando un muestreo aleatorio sistemático. Los resultados mostraron que el 65% de las mujeres embarazadas planeaban usar la casa materna. Con base en estos hallazgos, se concluyó que, para

aumentar la intención de las mujeres de utilizar la casa materna, es útil mejorar la concienciación mediante educación sanitaria continua durante las consultas prenatales, diseñar estrategias para planificar económicamente la familia y fortalecer el poder de toma de decisiones en las mujeres.

En el año 2020, Fontanet et al.(9) realizaron un estudio cualitativo sobre un modelo de casa de espera materna en las zonas rurales de Zambia, donde se observó que el sentimiento de pertenencia crecía a medida que los miembros de la comunidad se involucraban con la casa materna y asumían la responsabilidad de su éxito. Los participantes identificaron la relación entre el comité de gobierno y el personal del centro de salud como un factor clave para que la casa materna cumpliera su objetivo de servir a la comunidad. En resumen, se concluyó que las percepciones de propiedad comunitaria aumentan a medida que la intervención se consolida y se integra más profundamente en la comunidad.

Otro estudio realizado el año 2020 por Selbana et al.(10) estudiaron los retrasos en la utilización de la atención obstétrica de emergencia que están contribuyendo a una elevada mortalidad materna, especialmente en países con pocos recursos, como Etiopía. Se desarrollaron diversas estrategias para reducir los retrasos maternos, y una de las más empleadas es el uso de casas de espera materna. El objeto de estudio fue evaluar el uso de las casas maternas y los factores relacionados para lo cual se utilizó un diseño de estudio transversal de base comunitaria, utilizando la técnica de muestreo polietápico, participaron 379 mujeres, con una tasa de respuesta del 85%. En relación a su contribución en la disminución de la mortalidad materna y perinatal, la utilización de casas de espera materna fue baja en el área de estudio.

Los servicios de maternidad culturalmente sensibles y de apoyo, de la mano con un enfoque participativo comunitario, mejoraría el uso de casas maternas y, a su vez, contribuiría con la mejora de la salud materna y neonatal.

A nivel Nacional

Lazo-Gonzales et al.(11) en 2023 analizaron las principales dimensiones de accesibilidad para la atención materna en los servicios de salud para mujeres de la comunidad Asháninka del Perú entre 2016 y 2018. La investigación cualitativa se realizó en la comunidad del río Tambo, utilizando informantes clave involucrados en la salud materna. Se exploró la accesibilidad geográfica, financiera, cultural y organizacional.

[...] Los resultados revelaron problemas en el aspecto geográfico, por lo agreste de la zona; en lo financiero, los programas gubernamentales no cubren costos indirectos, como el transporte; en lo cultural, hay intentos de adecuación de los servicios, pero falta mejorar y; en lo organizacional, las unidades de salud carecen de recursos humanos, insumos y medicamentos, lo que limita su capacidad para ofrecer atención continua y de calidad.

En 2011, el Ministerio de Salud con apoyo de organismos cooperantes UNFPA (1), realizó un estudio sobre casas maternas (CM) en Cusco y Ayacucho. Se analizaron barreras de acceso, costos de estadía, mecanismos de sostenibilidad y se validó una ficha de información. Mediante enfoques cuantitativos y cualitativos, se encuestó a funcionarios, personal de salud, líderes y mujeres usuarias y no usuarias de las CM.

El estudio evidenció que, aunque las CM han incrementado el parto institucional, persisten barreras de acceso, costos elevados y falta de participación comunitaria

para su sostenibilidad. Para su éxito, se deben establecer criterios que garanticen su funcionamiento con calidad, equidad e inclusión, siguiendo las recomendaciones del MINSA y normas de género, derechos e interculturalidad.

2.2. Marco doctrinal de las teorías

2.2.1 Teoría sobre el acceso a los servicios de salud en la lógica de la multicausalidad: Factores y niveles como ejes explicativos

La casa materna es una estrategia clave para facilitar el acceso de las gestantes a los servicios de salud, por lo que su correcto funcionamiento es de gran interés para el personal de salud. Una de las teorías más reconocidas sobre el acceso a los servicios de salud, ampliamente citada en la literatura actual y aplicable a este estudio, es la propuesta por Andersen et al., citado por Arrivillaga (12). Dicha teoría resulta pertinente, ya que la casa materna cumple un papel de antesala en el acceso a la atención médica.

Originalmente, este modelo fue desarrollado en el marco de una tesis médica con el objetivo de analizar cómo las familias acceden a los servicios de salud. Su propósito era evaluar y promover un acceso equitativo, así como contribuir al diseño de políticas que favorezcan dicho acceso. En su concepción inicial, el modelo se centró en el comportamiento individual, sin considerar las interacciones que ocurren durante la atención médica.

En 1970, los autores revisaron el modelo para ampliar su alcance e incluir los servicios de salud en su análisis. Esta actualización incorporó factores como la política nacional de salud, la disponibilidad de recursos y la organización del sistema sanitario, todos ellos determinantes en el uso de los servicios. Además, se integró la satisfacción del usuario, considerando elementos como la accesibilidad,

la disponibilidad, la financiación, las características de los proveedores y la calidad del servicio.

Una década después, en una tercera fase de desarrollo, los teóricos reconocieron que la salud de una población está estrechamente vinculada a la calidad del sistema de servicios de salud. En esta etapa, el modelo abordó tanto las características de la población como las del sistema de salud y su entorno, analizando la percepción del estado de salud y la evaluación realizada por profesionales y pacientes. Asimismo, se introdujeron medidas para evaluar el acceso, diferenciando entre acceso efectivo y acceso eficiente

En el año 2003, siguiendo la lógica de los factores y la multicausalidad, otros investigadores también abordaron el acceso a los servicios de salud, identificando varios elementos, los cuales fueron agrupados en tres categorías: factores de predisposición (individuales y poblacionales), factores decisivos y factores relacionados con el sistema de salud (recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones) que facilitan la prestación de los servicios.

Una década más tarde, el modelo de Levesque et al., citado por Arrivillaga (12) vuelve a destacar, proponiendo medir el acceso en función de cinco factores: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad y oportunidad:

La accesibilidad se relaciona con la capacidad de las personas con necesidades de salud para identificar y ubicar los servicios disponibles.

La aceptabilidad se refiere a aspectos culturales y sociales que influyen en la aceptación de los servicios, como el género, el grupo social y las creencias asociadas al sistema de salud.

La disponibilidad y acomodación se enfocan en que las personas puedan acceder físicamente a los servicios de manera oportuna, considerando aspectos como la ubicación física y el papel que desempeñan los trabajadores de la salud. La disponibilidad también implica que haya suficientes recursos físicos para ofrecer los servicios.

La asequibilidad se relaciona con la capacidad económica de las personas para destinar recursos y tiempo a utilizar los servicios de salud.

La oportunidad implica que los servicios se ajusten a las necesidades del usuario en términos de puntualidad, cantidad y calidad de la atención, permitiendo la evaluación adecuada de los problemas de salud y la determinación del tratamiento correcto, así como la evaluación de la calidad técnica de los servicios ofrecidos.

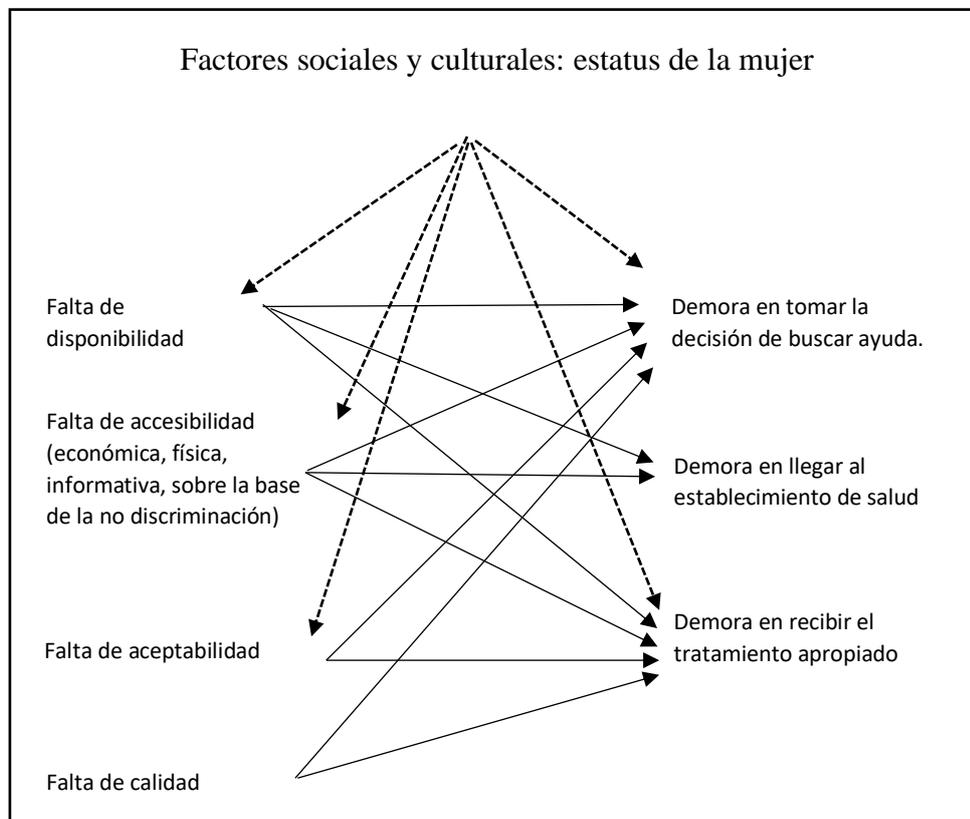
Además de estos conceptos, los autores identificaron cinco habilidades individuales que afectan el acceso a los servicios de salud: la habilidad para percibir las necesidades de salud, la capacidad para buscar servicios, la capacidad para obtenerlos, la habilidad para pagar por ellos, y la capacidad de compromiso con el tratamiento y las recomendaciones médicas.

2.2.2. El modelo de las demoras para el análisis de la mortalidad materna

El modelo de las demoras analizado por Garcia A. (13) es una herramienta utilizada para analizar las causas de muerte y la morbilidad materna grave, centrándose en identificar los retrasos que pueden ocurrir desde el inicio de los síntomas hasta la recepción de atención médica.

En 1990, Thaddeus y Maine marcaron un cambio significativo en el enfoque hacia la mortalidad materna, al destacar que, desde la perspectiva de la salud pública, el fortalecimiento de la atención primaria no ha sido suficiente para reducirla.

Desde un enfoque de derechos humanos, este modelo establece que la atención en salud debe ser accesible para toda la población, además de cumplir con los principios de disponibilidad, aceptabilidad y calidad, garantizando la no discriminación. (13).



Esquema 1. El modelo de las tres demoras y la falta de servicios de salud disponibles, accesibles, aceptables y de calidad

Thaddeus y Maine emplearon el concepto de "demoras" para vincular la aparición de una complicación con su tratamiento y resolución adecuados, planteando que el número de muertes maternas se debe a tres tipos de demoras: la demora en decidir buscar ayuda, la demora en llegar a una institución que brinda salud y la demora

en recibir tratamiento oportuno y apropiado. Estas demoras están estrechamente relacionadas con la escasez de servicios de salud disponibles, accesibles (económica, física e informativamente, y sobre la base de la no discriminación), aceptables (cultural y éticamente) y de calidad.

2.2.3- Teoría Clásica de la administración aplicada a la gestión de una Casa Materna

La teoría clásica de la administración ha sido el fundamento del proceso de gestión local de la CM. Introducida por Henry Fayol, esta teoría se centra en definir la estructura organizacional para garantizar la eficiencia en todos los niveles, desde los servicios hasta las personas, incluidos gerentes y empleados. Fayol planteó que la administración debía ser una responsabilidad compartida entre supervisores y sus equipos, y desarrolló un marco denominado proceso administrativo, compuesto por cinco funciones clave: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar. Su propósito era mejorar la eficiencia administrativa y, en consecuencia, la rentabilidad de la organización (14).

A partir de la propuesta de Fayol, autores contemporáneos han estructurado el proceso administrativo o proceso de gestión en cuatro componentes fundamentales:

Planificación: Consiste en prever lo que ocurrirá en el futuro y planear las acciones necesarias para lograr los objetivos deseados. Este proceso involucra establecer metas y decidir qué recursos y estrategias serán necesarios para alcanzarlas.

Organización: Se refiere a la distribución y estructuración de los recursos, tanto humanos como materiales, para ejecutar los planes establecidos. Incluye la asignación de roles, establecer jerarquías y la distribución de tareas específicas.

Dirección: Consiste en liderar, motivar a los trabajadores, promover el trabajo en equipo, comunicarse efectivamente, tomar decisiones adecuadas para ejecutar los planes y lograr los objetivos establecidos.

Control: Es el proceso de supervisión y evaluación del desempeño, mediante la comparación de los resultados con los objetivos fijados. Si se detectan desviaciones, se implementan acciones correctivas para garantizar el cumplimiento de las metas organizacionales.

Según Fayol, la administración es una disciplina aplicable a cualquier nivel organizacional y en cualquier tipo de entidad, ya sean empresas, instituciones gubernamentales, entidades políticas, organizaciones deportivas, religiosas o sociales. Incluso en el ámbito comunitario, como en el comité de gestión local de la Casa Materna MSV, la aplicación de un enfoque administrativo estructurado resulta esencial. El comité de gestión local de la casa materna MSV, requiere seguir un enfoque metódico para sus operaciones, y el proceso administrativo no solo facilita la resolución de problemas, sino también asegura el funcionamiento eficiente y sostenible de la organización (15).

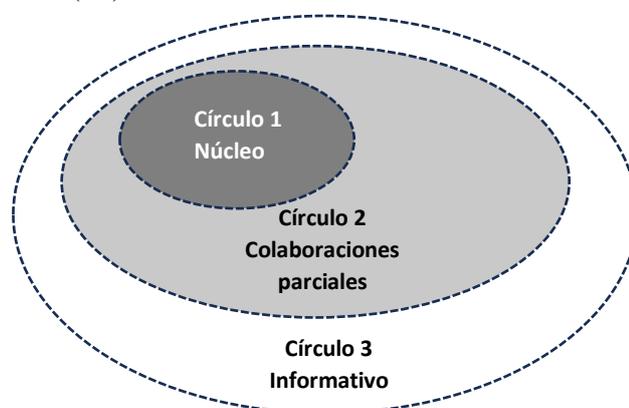
2.2.4. La teoría sobre participación comunitaria y la teoría de los tres círculos

La Teoría de los Tres Círculos es fundamental para el trabajo comunitario, ya que proporciona un marco claro para fomentar la participación. La implementación y sostenibilidad de la Casa Materna (CM) han requerido la colaboración de diversos actores de la comunidad, quienes integran un comité de gestión local. Según esta teoría, la efectividad de este comité no debe depender de la presencia de una sola persona, cuya participación puede cambiar con el tiempo, sino del fortalecimiento del proceso en sí, garantizando su continuidad y sostenibilidad.

Para que el proceso participativo funcione, es necesario un elemento que lo impulse; este elemento se conoce como el Núcleo (Círculo 1). El Núcleo tiene la tarea de invitar a más personas a sumarse, y estas pueden responder de tres maneras: Personas que apoyan completa y activamente la iniciativa y se integran al núcleo. Colaboradores parciales (Círculo 2), quienes a pesar que comparten la iniciativa solo participan parcialmente, pero son fundamentales para el proceso. Círculo Informativo (Círculo 3), incluye a las personas que, por cualquier razón, no quieren o no pueden participar.

El núcleo no se restringe a solo una invitación o información de inicio, sino que debe mantener un flujo informativo constante y con similar contenido para todos los participantes en el tiempo. Las personas no necesariamente se mantienen en un círculo, ya que los tres círculos, son abiertos y pueden pasar a otro en cualquier momento. No debería haber fallas en el proceso, la poca información pone en riesgo la continuidad del proceso.

En resumen, esta teoría busca sostener el proceso participativo, más que la permanencia de individuos específicos. Además, desde una perspectiva democrática, los roles y responsabilidades deberían ser rotativos y no mantenerse de manera vitalicia. (16).



Esquema 2. de la Teoría comunitaria y teoría de los tres círculos

2.3. Marco conceptual

2.3.1 Accesibilidad de la gestante a la casa materna

Para Donavedian citado por Fuentes – Reveron (12) "accesibilidad" es un concepto que establece una relación entre las características de la población y los recursos disponibles para la atención de la salud. Por su parte Frenk (12) define "accesibilidad" como algo más que la simple presencia o disponibilidad de recursos en un lugar y momento determinados. No se limita solo al proceso de búsqueda y recepción de atención, sino que también considera otros aspectos como la "disponibilidad", que implica la presencia de recursos para la salud y representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de atención, y la "utilización", que es el consumo real de los servicios y constituye el otro extremo, siendo el punto final del proceso.

De acuerdo con esto, existen diversas barreras que afectan el acceso a los servicios de salud. Algunas de estas barreras se originan en el sistema de prestación de servicios, mientras que otras provienen de la demanda, relacionadas con las características individuales como variables sociodemográficas, la estructura social y la cultura. Además, hay barreras que se interponen entre los usuarios y los servicios, dificultando o limitando la posibilidad de recibir la atención necesaria.

Para Stolkiner et al. (17) la "accesibilidad" se entiende como un vínculo que se establece entre los usuarios y los servicios de salud. Para comprenderla adecuadamente, es necesario analizar tanto las representaciones, prácticas y discursos de la población, como las condiciones y prácticas de los servicios en relación con el proceso de salud-enfermedad y atención. El autor sostiene que cuando un servicio no tiene en cuenta las prácticas y representaciones del grupo de

usuarios al que se dirige, corre el riesgo de generar un desencuentro entre el servicio y los usuarios.

En esta investigación, se entiende por "accesibilidad a la casa materna" un proceso complejo que abarca múltiples dimensiones analíticas, y cuyo estudio va más allá de las características específicas del sistema de salud. Además, considera aspectos externos a los servicios que pueden estar contribuyendo o limitando la existencia de barreras de acceso.

La accesibilidad puede ser abordada desde tres perspectivas: como parte del proceso de implementación de la política pública; como un componente integral de la política pública de salud; o como el vínculo que une los procesos de oferta y demanda (18). Desde la primera alternativa, la accesibilidad es un factor crucial para alcanzar los objetivos planteados inicialmente, las limitaciones pueden ampliar la brecha entre lo que se anuncia como política y lo que realmente se lleva a cabo. Como uno de los pilares de una política pública integral, el derecho a la salud comprende cuatro elementos esenciales: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad.

- Disponibilidad: Se refiere a la existencia de un número suficiente de instalaciones, bienes y servicios de salud públicos para cubrir las necesidades de la población.
- Aceptabilidad: Implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud respeten los principios éticos y sean culturalmente adecuados para la comunidad a la que sirven.
- Calidad: Se relaciona con la provisión de atención médica apropiada y adecuada a las necesidades de la población. La calidad se considera fundamental para

garantizar la satisfacción del paciente al recibir la atención necesaria. La calidad del servicio se ha conceptualizado de manera multidimensional. Uno de los aportes más significativos proviene de Parasuraman et al. (19), quienes identifican varios elementos clave: tangibles (aspectos físicos de las instalaciones, equipos y personal), fiabilidad (capacidad para ofrecer el servicio de manera consistente), capacidad de respuesta (rapidez y disposición para ayudar a los clientes), seguridad (competencia y conocimientos que generen confianza), y empatía.

- Accesibilidad: Cuando los establecimientos, bienes y servicios de salud estén disponibles para toda la población. Deben evitar la discriminación y garantizar condiciones que faciliten el acceso físico y económico, además de proporcionar la información necesaria para que las personas comprendan y obtengan una atención efectiva.

Otra forma de abordar la accesibilidad es diferenciando dimensiones, entre las que se señala:

- Geográfica y territorial: Se refiere a las condiciones espaciales y geográficas que afectan el acceso a los servicios de salud. Esto incluye la distancia entre los beneficiarios y los servicios de salud, así como la disponibilidad de vías de comunicación y transporte adecuado con horarios convenientes.
- Económica: Está relacionada con la capacidad financiera de las personas para acceder a los servicios de salud. Se evalúa el impacto económico del gasto en atención médica, incluyendo el costo de los medicamentos y el transporte. También se consideran los costos indirectos, como el tiempo invertido en la

atención médica que podría afectar los ingresos familiares si implica la ausencia en el trabajo.(18)

- **Administrativa:** Aborda las barreras burocráticas que pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud, incluyendo trámites administrativos complejos o procedimientos engorrosos.
- **Simbólico-cultural:** Se refiere a las creencias, hábitos y costumbres culturales que influyen en las decisiones de salud de la población. Esto incluye las diferencias culturales entre los beneficiarios y los proveedores de servicios de salud, que pueden afectar la forma en que se aborda y se maneja la atención médica.

Algunas de las finalidades de la casa materna incluyen acercar a las gestantes al sistema de salud, aumentar la cobertura de partos institucionales y, como consecuencia, permitir una vigilancia más cercana por parte del personal de salud, por este motivo ha sido relevante para este estudio, medir la accesibilidad de las gestantes desde las dimensiones planteadas por Levesque et al. (12) las cuales son:

- **Accesibilidad,** relacionado con la identificación de las gestantes sobre la existencia de la casa materna provincial “mamas salvando vidas” y su ubicación estratégica cerca al hospital Santiago Apóstol.
- **Aceptabilidad,** que vendría a ser el asentimiento de la gestante y su entorno (pareja y/o familiares) de alojarse en casa materna provincial teniendo en cuenta algunos aspectos culturales, sociales incluso climatológicos diferentes a lo acostumbrado.

- **Disponibilidad y acomodación**, tiene que ver con la capacidad de alojamiento de las gestantes y sus acompañantes, así como con la distribución de ambientes y equipamiento.
- **Asequibilidad**, enfocado en la capacidad financiera de la gestante y su familia que involucra gastos de transporte, alimentación, gastos extras; incluso los días dejados de laborar.
- **Oportunidad**, que la información sobre casa materna le haya llegado a la gestante y su entorno de manera clara y completa, lo cual facilitará las gestiones por parte del personal de salud para su hospedaje en la fecha pactada.

La Casa Materna al acercar a la gestante al establecimiento de salud en una etapa crucial de su embarazo, contribuye a la disminución de las brechas existentes para la aparición de las dos primeras demoras (decisión oportuna de pedir ayuda y el proceso de traslado al establecimiento de salud); además que durante su estadía se continúa monitoreando y educando a la gestante y a su familia en la identificación de las señales de peligro y en cómo actuar ante ellas (4).

2.3.2 Proceso de gestión local de la casa materna

Un proceso se refiere al conjunto de pasos o eventos requeridos para llevar a cabo una actividad, ya sea de forma individual o grupal. La gestión, por otro lado, se define como el conjunto de acciones o actividades destinadas a lograr un objetivo de interés público. Así pues, el proceso de gestión puede ser definido como una secuencia de actividades que engloba la planificación, organización, dirección y control, con el fin de lograr los objetivos establecidos por una organización. Este proceso busca fomentar la innovación en productos y servicios mediante la

colaboración dinámica y coordinada de recursos humanos y materiales, en el contexto particular de un entorno histórico y social (4).

Antes de establecer una casa materna, es fundamental asegurar la participación activa de actores sociales clave, como el Gobierno Regional, el Gobierno Local, las organizaciones comunitarias y el personal de salud. Cada uno de estos actores debería desempeñar roles específicos que incluyen:

a) Gobierno Regional:

- Ofrece respaldo y facilita la financiación para la propuesta presentada por el gobierno local dirigida a la implementación de las casas maternas.

b) Gobierno Local:

- Encabeza la gestión para implementar y garantizar la sostenibilidad de las casas maternas mediante acuerdos, convenios y programas sociales.
- Reconoce y respalda al comité de gestión.
- Formula políticas públicas que promuevan la salud materna y neonatal dentro de su ámbito de competencia.

c) Organizaciones de la Comunidad

- Fomentan la implementación de casas maternas como una prioridad para ser considerada en el presupuesto participativo local.
- Participan activamente en actividades educativas y de promoción relacionadas con temas como alimentación y nutrición saludable, higiene, salud mental, salud sexual y reproductiva, entre otros aspectos.
- Contribuyen a la promoción, organización y gestión comunitaria, apoyando al comité de gestión.

- Ayudan en el sistema de referencia y contrarreferencia comunitaria de mujeres embarazadas.
- Participan en la vigilancia comunitaria para apoyar a las mujeres gestantes.

d) Personal de Salud

- Promueve y facilita la creación de casas maternas, abogando por su inclusión en la agenda pública para mejorar el cuidado de la salud materna y neonatal.
- Realiza un análisis de la situación de salud local para establecer indicadores específicos para mujeres en edad fértil, proporcionando información relevante basada en la vigilancia epidemiológica y otros sistemas de información para respaldar la toma de decisiones.
- Brinda atención de calidad y un trato amable a las mujeres gestantes y a sus bebés, teniendo en cuenta aspectos de interculturalidad y los derechos en materia de salud.
- Respeta y preserva las prácticas tradicionales de los grupos étnicos, integrando aquellas que contribuyan al bienestar de la madre, el bebé y la familia en los tratamientos médicos.
- Realiza actividades educativas y de promoción de la salud para fomentar comportamientos saludables entre las gestantes y sus familias.
- Coordina acciones con el comité de gestión para garantizar una atención integral y efectiva en las casas maternas.
- Registra y actualiza cada día la información sobre el ingreso de las gestantes que utilizan la casa materna y las actividades que se realizan en ella.

Para garantizar una adecuada implementación y operación de la casa materna, se requiere la formación de un comité de gestión, el cual puede surgir de alguna

entidad preexistente en la comunidad o ser creado específicamente para este propósito en caso de no existir. Se sugiere que este comité esté conformado por los siguientes integrantes:

- Un representante del gobierno local, quien asumirá el rol de presidente del comité.
- Dos representantes de las comunidades asociadas con la casa materna.
- Un representante de organizaciones sociales de base.
- Un representante del sector de salud local.
- Opcionalmente, un representante de otra institución pública o privada que pueda aportar a la labor del comité.

Entre las responsabilidades del comité se incluyen:

- Elaborar un plan de trabajo detallado que contemple objetivos, metas, acciones, un cronograma y las responsabilidades específicas de cada miembro. Este plan debe ser integrado tanto en el plan de desarrollo local como en los planes comunales consensuados.
- Establecer normativas internas para regular el funcionamiento adecuado del comité.
- Encargarse de la gestión integral de la casa materna.
- Coordinar y promover acciones destinadas a asegurar los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad del proyecto, tanto en términos de financiamiento como de logística.
- Gestionar la provisión de alimentos para las personas que utilicen los servicios de la casa materna.

- Coordinar la designación de un responsable para la casa materna, cuya presencia permanente garantice su adecuado funcionamiento. Se sugiere proporcionar un incentivo para este rol. La comunicación continua entre el personal del centro de salud y el responsable es esencial para el éxito del proyecto.
- El comité de gestión colaborará estrechamente con el director del establecimiento de salud para supervisar y evaluar su funcionamiento. Los resultados de estas evaluaciones se comunicarán tanto al gobierno local como a la comunidad.

Su implementación requiere seguir un proceso organizado que garantice su efectividad. Este proceso se divide en varias fases:

Fase I: Sensibilización. Es fundamental porque garantizará la participación activa y el compromiso de los actores sociales, lo cual facilitará la implementación exitosa de la Casa Materna en la comunidad.

Paso 1: Sensibilizar al personal de salud.

Paso 2: Sensibilizar a actores sociales.

Paso 3: Sensibilizar a autoridades.

Paso 4: Conformación del comité de casa materna.

Fase II: Planificación. Una vez completada la fase de sensibilización y con la conformación del comité de gestión, junto al compromiso de las autoridades y los actores sociales, se da inicio a la planificación de la implementación de la casa materna (4).

Paso 1: Análisis de la situación local.

Paso2: Diseño del proyecto de la casa materna.

Paso 3: Inclusión de la propuesta de casa materna en el plan de desarrollo local

Fase III: Organización. En esta fase, la participación activa de cada actor social es esencial. El liderazgo recae en la autoridad local, quien colabora estrechamente con el comité de gestión para establecer cómo se llevará a cabo la implementación de la casa materna y garantizar su funcionamiento sostenible a largo plazo. Durante este proceso, se asignan responsabilidades específicas a cada actor social comprometido (4).

Fase IV: Ejecución. Contempla dos momentos: Instalación y funcionamiento (4).

Fase V: Monitoreo y evaluación. El proceso de monitoreo y evaluación se inicia desde el comienzo de la implementación y se sugiere llevarlo a cabo trimestralmente, utilizando indicadores que reflejen el avance de las actividades programadas según el plan de trabajo. Este seguimiento facilita la identificación de fortalezas y debilidades, tanto desde la perspectiva de la oferta como de la demanda, en el proyecto (4).

2.4. Definición de términos básicos

- **Parto institucional.** Es aquel parto cuya ocurrencia se da en una institución de salud pública o privada y es atendido por personal de salud preparado, bajo condiciones de seguridad y calidad. (13).
- **Personal calificado.** Profesional con competencias en área materna y neonatal con formación académica, capacitación y regulación conforme a los estándares requeridos. Identifican, manejan o derivan a mujeres y/o recién nacidos con alguna complicación en su salud y además brindan atención respetuosa, sensible y de calidad, con base en los derechos humanos (20).

- **Participación social.** Proceso individual o colectivo, en la que los miembros de una comunidad se comprometen a enfrentar algún problema que afecte a su entorno.(4).
- **Comunidad.** Conjunto de individuos que comparten una cultura, tienen metas similares y residen en una misma ubicación geográfica. Pueden encontrarse tanto en entornos urbanos como rurales, y la definición incluye todas las variedades de agrupaciones sociales presentes en la sociedad (4).
- **Comunidad organizada.** Comunidad en la que la autoridad local, líderes y habitantes en general se unen con el propósito compartido de alcanzar una meta común. Se asignan responsabilidades y tareas, estableciendo una clara jerarquía de autoridad y responsabilidad, abordan las necesidades y desafíos que enfrentan las familias que integran dicha comunidad (4).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Ha: La relación entre la accesibilidad de la gestante a la casa materna y el proceso de gestión local es significativa.

Ho: La relación entre la accesibilidad de la gestante a la casa materna y el proceso de gestión local no es significativa.

3.2. Variables

Variable 1: Accesibilidad de la gestante.

Variable 2: Proceso de gestión local.

3.3. Operacionalización

(Página siguiente)

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES			
			DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE/ESCALA	FUENTE INSTRUMENTO RECOLECCION DATO
<p>Ha: La relación entre la accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás salvando vidas” y el proceso de gestión local es significativa.</p> <p>H0: La relación entre la accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás salvando vidas” y el proceso de gestión local no es significativa.</p>	Variable 1: Accesibilidad de la gestante	Capacidad que tiene la mujer embarazada para utilizar los servicios que ofrece la “casa materna” mientras espera el inicio de su labor de parto. Se operacionaliza en Accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad y oportunidad	Accesibilidad	- Conocimiento sobre existencia de la casa materna provincial - Principales fuentes de información sobre existencia de la casa materna.	Cualitativa/ Escala Ordinal	Fuente: Gestantes. Instrumento Cuestionario
			Aceptabilidad	- Experiencia previa en la casa materna. - Aceptación para alojarse en la casa materna. - Conocimiento del promedio de días de alojamiento. - Factores que limitan decisión de alojamiento.	Cualitativa/ Escala Ordinal	
			Disponibilidad	- Capacidad de alojamiento de la casa materna. - Acompañamiento de la gestante alojada en casa materna. - Disposición de ambientes de la casa materna. - Monitoreo de la gestante alojada en casa materna.	Cualitativa/ Escala Ordinal	
			Asequibilidad	- Disponibilidad económica para traslado y alojamiento.	Cualitativa/ Escala Ordinal	
			Oportunidad	- Oportunidad de alojamiento en la casa materna. - Calidad de información brindada sobre la casa materna.	Cualitativa/ Escala Ordinal	
	Variable 2: Proceso de gestión local.	Conjunto de actividades realizadas de manera participativa por un comité de gestión, para conseguir un parto seguro. Se operacionaliza en sensibilización, planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación.	Sensibilización	- Personal de salud sensibilizado. - Familias y actores sociales motivados. - Comité de salud local conformado.	Cualitativa/ Escala Ordinal	Fuente: Personal de salud. Instrumento Cuestionario
			Planificación	- Capacidad de gestión del comité de salud local. - Asignación presupuestaria del gobierno local a la casa materna.	Cualitativa/ Escala Ordinal	
			Organización	- Determinación de responsabilidades de los actores sociales comprometidos. - Características de infraestructura y equipamiento de la casa materna	Cualitativa/ Escala Ordinal	
			Ejecución	- El comité de gestión garantiza aspectos de alimentación a través del SIS. - El comité de gestión promueve uso de la casa materna. - Protocolo que orienta el alojamiento de la gestante.	Cualitativa/ Escala Ordinal	
			Monitoreo y evaluación	- Analizan logros de la casa materna de manera periódica. - Grado de satisfacción de las gestantes alojadas en la casa materna.	Cualitativa/ Escala Ordinal	

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Bagua Grande, que es la capital de la provincia Utcubamba en la región de Amazonas y que a su vez cuenta con siete distritos los cuales pueden acceder a la casa de espera “Mamás salvando vidas”.

La provincia Utcubamba está situada en la zona occidental del departamento de Amazonas y limita al norte con las provincias Bagua y Condorcanqui, al este y sureste con las provincias Bongará y Luya, y al oeste y noroeste con el departamento de Cajamarca. Geográficamente, la provincia Utcubamba presenta características de las regiones naturales de sierra, ceja de selva y selva alta, y está atravesada por las cuencas hidrográficas de los ríos Marañón, Utcubamba e Imaza.

La ciudad de Bagua Grande, capital de la provincia, se encuentra en el centro de la misma, a orillas del río Utcubamba, a una altitud de 440 metros sobre el nivel del mar, con un clima mayormente cálido con temperaturas que oscilan entre 29 y 31°C, intercaladas con períodos de lluvia. Según datos del año 2022, la población de la provincia Utcubamba se estima en 119,880 habitantes.

4.2. Diseño de la investigación

La investigación es de tipo no experimental, de alcance correlacional, de corte transversal.

No experimental porque no se manipula las variables de estudio y sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (21).

Correlacional. Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables (21). En los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las relaciones.

Trasversal porque recolectan datos, describen las variables y analizan su incidencia e interrelación en un solo momento, en un tiempo único (22).

4.3. Método de investigación

El estudio se adhirió al enfoque hipotético - deductivo. Según este método, la investigación científica se basa en la formulación de una ley universal y en el establecimiento de condiciones iniciales relevantes que constituyen la premisa básica para la construcción de teorías. Esta ley universal se deriva de especulaciones o conjeturas más que de consideraciones inductivistas. Por lo tanto, la ley universal puede expresarse como "Si X ocurre, entonces Y ocurre" o, de manera estocástica, como "X ocurre si Y ocurre con una probabilidad p"(21).

4.4. Población, muestra y unidad de análisis.

Población y muestra

En el caso de la *variable accesibilidad de la gestante*, la población estuvo constituida por todas las gestantes registradas en el padrón nominal entre el II y III trimestre 2022 que hacen un total de 140 en dicho periodo, una vez filtrado los criterios de inclusión y exclusión.

La muestra para la variable accesibilidad fue determinada probabilísticamente con un nivel de significancia del 95% y un error máximo aceptable del 5%. Para calcular el tamaño de la muestra se usó la siguiente fórmula:

$$\frac{Z^2 PQN}{E^2 (N - 1) + Z^2 PQ}$$

Dónde:

Parámetro	Valor
N	140
Z	1.960
P	50.00%
Q	50.00%
e	5.00%
n	103

El tamaño de la muestra fue de 103 gestantes. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple donde el padrón nominal de gestantes se constituyó en el marco muestral.

En el caso de la *variable proceso de gestión*, la población lo constituyeron los trabajadores de salud pertenecientes a la Unidad ejecutora 404 salud Utcubamba, que por el desempeño de sus funciones encomendadas tienen contacto con la casa materna provincial, los cuales fueron un total de 101 trabajadores, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión.

Parámetro	Valor
N	101
Z	1.960
P	50.00%
Q	50.00%
e	5.00%
n	80

La muestra para la variable proceso de gestión, fue determinada también de manera probabilística con un nivel de significancia del 95% y un error máximo aceptable del 5%, mediante la misma fórmula obteniendo una muestra de 80 participantes seleccionados por muestreo aleatorio simple, a partir del listado de RHUS obtenidos de la oficina de personal de la unidad ejecutora.

Criterios de inclusión y exclusión.

Para la variable *Accesibilidad de la gestante*, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Gestantes que radican en el distrito de Lonya Grande - Utcubamba.
- Criterios de exclusión: Gestantes que terminaron en aborto, gestantes transeúntes que migraron tempranamente a otra localidad.

Para la variable *Proceso de gestión local*, se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Personal de salud asistencial y administrativo médico, obstetra y enfermera de la Red integrada de salud (RIS) Utcubamba que tienen contacto con la casa materna.

- Criterios de exclusión: Personal de salud con menos de tres meses laborando, personal de salud destacado fuera de la jurisdicción de la RIS o en trabajo remoto más de un año.

Unidad de análisis

- Cada una de las mujeres incluidas en el padrón nominal de gestantes del distrito de Lonya Grande.
- Cada uno del personal de salud que labora en la red, hospital y establecimientos de salud que se relacionan con la casa materna de la provincia de Utcubamba.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

En el caso de la variable *accesibilidad de la gestante* (Apéndice 1), se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario. Se tomó como referencia el cuestionario de Calero (23), realizado en Nicaragua en el año 2016, algunos ítems fueron reformulados por la investigadora para que se adecúe al contexto donde se realizó el estudio. El cuestionario se estructuró en dos secciones: La primera parte abarcaba datos generales de las participantes y aspectos relacionados con el centro de atención (13 ítems). La segunda parte evaluó la variable de accesibilidad de las gestantes, compuesta por 30 preguntas cerradas distribuidas en cinco dimensiones: Accesibilidad (05), aceptabilidad (11), disponibilidad (07), asequibilidad (04) y oportunidad (03). Las opciones de respuesta fueron: De acuerdo, ni de acuerdo/ni en desacuerdo, en desacuerdo, a las mismas que se les otorgó un valor de 3,2,1 o 1,2,3 respectivamente dependiendo de las características del ítem, y fueron expresadas en las siguientes categorías:

- Accesibilidad baja : 30 – 50 puntos
- Accesibilidad media : 51 – 70 puntos
- Accesibilidad alta : 71 – 90 puntos

Para la variable *proceso de gestión local* (Apéndice 2), la técnica fue también la encuesta y como instrumento el cuestionario elaborado por la investigadora en base a la operacionalización de variables y los lineamientos del documento técnico “Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna”. El cuestionario se dividió en dos secciones: La primera parte recopilaba datos generales de los participantes (05 ítems). La segunda parte evaluaba la variable del proceso de gestión, compuesta por 16 preguntas cerradas distribuidas en cinco dimensiones: Sensibilización (03), planificación (04), organización (03), ejecución (04) y monitoreo y evaluación (02). Las opciones de respuesta fueron de similar manera: De acuerdo, ni de acuerdo/ni en desacuerdo y en desacuerdo a las cuales se les otorgó un valor de 3, 2,1 respectivamente, a través de las siguientes categorías

- Proceso de gestión inadecuada: 16 – 26 puntos
- Proceso de gestión en proceso: 27 – 37 puntos
- Proceso de gestión adecuado: 38 – 48 puntos

lidez y confiabilidad de los instrumentos:

Para la validación de los instrumentos se sometió a juicio de expertos, el cual estuvo conformado por un equipo de cinco personas con experiencia conocida en el tema, quienes evaluaron la pertinencia de los ítems mediante criterios de: Claridad, organización, pertinencia, coherencia metodológica, objetividad (Apéndice 5), y el resultado se procesó mediante la prueba V de Aiken (apéndice 6), prueba que permitió la cuantificación de la validez de contenido, y la valoración de la importancia de cada ítem en cada dimensión. En todos los ítems y valoraciones el puntaje fue óptimo para ambas variables, indicando que si hay concordancia entre jueces. Se calculó el siguiente resultado: V de Aiken > 0,90. (Apéndice 6).

Para determinar la confiabilidad del instrumento *accesibilidad de la gestante*, se ejecutó una prueba piloto en 13 gestantes con características análogas a la muestra y considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el índice de Cronbach para medir la confiabilidad, el valor alcanzado fue de 0.813 (Apéndice 7). Para la variable *proceso de gestión local*, de manera similar se realizó la prueba piloto en 14 trabajadores de salud, con características similares a la muestra del estudio, luego los resultados fueron sometidos al alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.831 (Apéndice 7), lo que indica que el instrumento es confiable.

4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

Los datos fueron procesados en SPSS Statistics Versión 25, se elaboraron tablas de distribución frecuencia y de contingencia, para ser discutidos en base al marco teórico.

Para la realización del análisis estadístico de las variables se utilizó las pruebas estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas, frecuencias relativas, desviación estándar, media aritmética, todas ellas representadas en tablas simples. Se utilizó la prueba Estadística de Tau-c de Kendall para determinar relación entre las variables de estudio, con un nivel de significancia $p < 0.05$.

4.7. Aspectos éticos de la investigación

Los principios éticos primordiales que se tuvieron en cuenta en este trabajo de investigación son: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia (24).

Principio de beneficencia: Se refiere a la responsabilidad de prevenir cualquier daño y garantizar el bienestar de los participantes en la investigación, después de una evaluación anticipada de los posibles riesgos y beneficios (24). Se informó a

los encuestados que los resultados obtenidos solo se utilizarán con fines de investigación.

Respeto por las personas: Se trata de reconocer a las personas como agentes autónomos y proteger a las personas con menos autonomía. Existen además cuatro condiciones que deben cumplirse: El consentimiento informado, el consentimiento voluntario, la confidencialidad y protección de la privacidad y finalmente el derecho a no continuar participando en una investigación sin sufrir represalias. (24). Los entrevistados participaron sin presión alguna, después de explicarles los objetivos del estudio, decidieron participar voluntariamente, firmaron la hoja de consentimiento informado, e imprimieron su firma en algún caso se obtuvo huella digital.

Principio de justicia: Consiste en distribuir de manera equitativa los posibles riesgos y beneficios de la investigación dentro de la sociedad para evitar prejuicios hacia la población vulnerable u otros tipos de preferencias indebidas al seleccionar participantes para el estudio (24). Los participantes fueron tratados con amabilidad, respeto, sin discriminación de raza, edad, nivel socioeconómico.

4.8. Equipos, materiales, insumos

En la investigación se utilizó material de escritorio, de impresiones, fotocopidora; laptop, internet y movilidad local.

4.9. Matriz de consistencia metodológica

(Página siguiente)

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Fuente o instrumento de recolección de datos	Metodología
¿Qué relación existe entre la accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la casa materna “Mamás salvando vidas”? Utcubamba 2022?	<p>Objetivo general Determinar la relación que existe entre la accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la casa materna “Mamás salvando vidas” Utcubamba.</p> <p>Objetivos específicos Identificar el nivel de accesibilidad de las gestantes a la casa materna global y por dimensiones Describir la accesibilidad de la gestante a la casa materna según dimensiones Identificar el nivel de gestión local de la casa materna “Mamás salvando vidas” global y por dimensiones</p>	<p>Ha: La relación entre los factores de accesibilidad de la gestante a la casa materna y el proceso de gestión local es significativa.</p> <p>Ho: La relación entre los factores de accesibilidad de la gestante a la casa materna y el proceso de gestión local no es significativa.</p>	V1: Accesibilidad de la gestante.	Accesibilidad	- Conocimiento sobre existencia de la casa materna provincial - Principales fuentes de información sobre existencia de la casa materna.	<p>Accesibilidad a la casa materna, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario. El tamaño de la muestra fue de 103 gestantes</p> <p>En el caso de la variable proceso de gestión local la técnica fue también la encuesta y como instrumento el cuestionario. a fuente fue 101 trabajadores</p>	<p>Tipo de investigación: La investigación es de tipo no experimental, de diseño correlacional, de corte transversal</p> <p>Método. Enfoque hipotético y deductivo</p> <p>Población: Todas las gestantes del padrón nominal del distrito de Lonya Grande.</p> <p>Para la variable 1. - Criterios de inclusión: Gestantes que radica en el distrito de Lonya Grande. - Criterios de exclusión: Gestantes fallecidas, gestantes que terminaron en aborto, gestantes transeúntes que migraron tempranamente a otra localidad.</p> <p>Para la variable 2. Criterios de inclusión: Personal de salud asistencial y administrativo médico, obstetra y</p>
				Acceptabilidad	- Experiencia previa en la casa materna. - Aceptación para alojarse en la casa materna. - Conocimiento del promedio de días de alojamiento. - Factores que limitan decisión de alojamiento.		
				Disponibilidad	- Capacidad de alojamiento de la casa materna. - Acompañamiento de la gestante alojada en casa materna. - Disposición de ambientes de la casa materna. - Monitoreo de la gestante alojada en casa materna.		
				Asequibilidad	- Disponibilidad económica para traslado y alojamiento.		
				Oportunidad	- Oportunidad de alojamiento en la casa materna. - Calidad de información brindada sobre la casa materna.		
				V2: Proceso de gestión local.	Sensibilización		
			Planificación		- Capacidad de gestión del comité de salud local.		

	Describir las características del proceso de gestión local de la casa materna según dimensiones				- Asignación presupuestaria del gobierno local a la casa materna		<p>enfermera de la Red integrada de salud (RIS) Utcubamba que tienen contacto con la casa materna.</p> <p>- Criterios de exclusión: Personal de salud con menos de tres meses laborando, personal de salud destacado fuera de la jurisdicción de la RIS o en trabajo remoto más de un año.</p>
				Organización	- Determinación de responsabilidades de los actores sociales comprometidos. - Características de infraestructura y equipamiento de la casa materna		
				Ejecución	- El comité de gestión garantiza aspectos de alimentación a través del SIS. - El comité de gestión - Protocolo que orienta		
				Monitoreo y evaluación	- Analizan logros de la casa materna de manera periódica. - Grado de satisfacción de las gestantes alojadas en la casa materna.		

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.Resultados

Las gestantes que participaron en el estudio tuvieron edad mínima de 14 años, máxima de 40 y edad media $26,3\pm 6,9$. En su mayoría tuvieron grado de instrucción primaria (67%). Su relación de pareja fue conviviente (89%), son amas de casa profesan la religión católica en un 75,7% y para el 36% de mujeres se trató de su primera gestación.

Respecto al personal de salud, 56% son licenciados en obstetricia, 76,2% desempeñan labor asistencial, 61,2% son nombrados y el 45% tiene entre 3 a 5 años de experiencia laboral en la zona de estudio.

Tabla 1. Nivel de accesibilidad global de las gestantes a la casa materna “Mamás Salvando Vidas” Utcubamba 2022

Nivel de accesibilidad	n	%
Media	75	72,8
Alta	28	27,2
Total	103	100,0

El nivel de accesibilidad de las gestantes a la casa maternal fue medio (72,8%) frente a un 27,2 % que alcanzó un nivel alto.

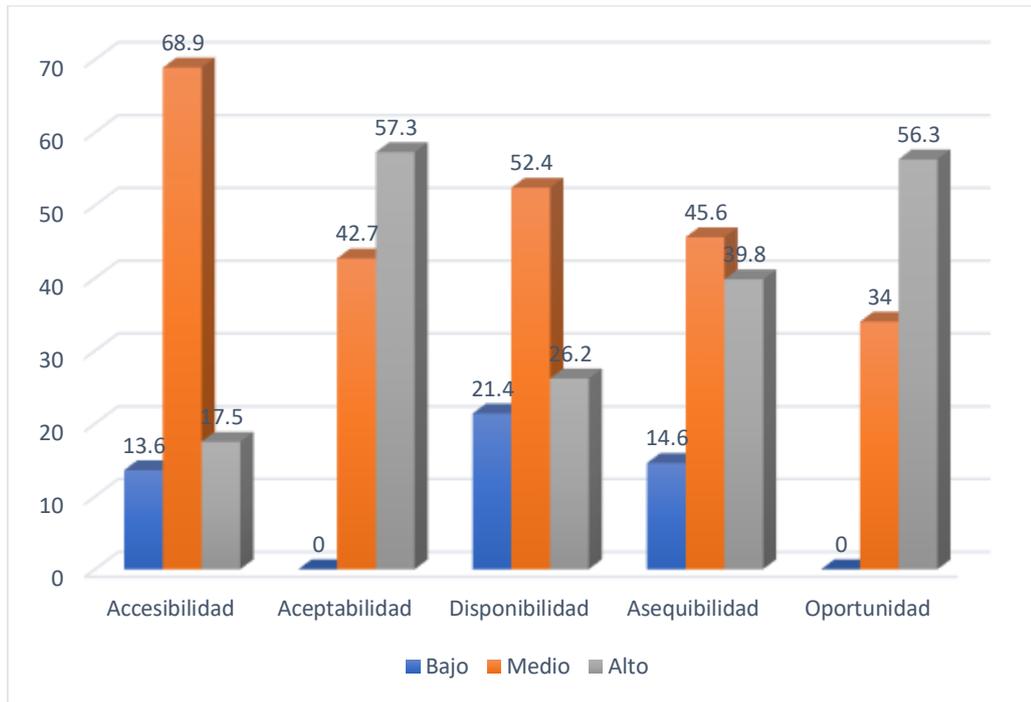


Figura 1. Nivel de accesibilidad de las gestantes a la casa materna “Mamás Salvando Vidas según dimensiones, Utcubamba 2022

En la figura se muestran los niveles de accesibilidad por dimensiones. La aceptabilidad (57,3%) y oportunidad (56,3%) han alcanzado nivel alto, a diferencia de las dimensiones: accesibilidad (68,9%), disponibilidad (52,4%) y asequibilidad (45,6%) presentaron nivel medio

Tabla 2. Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión accesibilidad. Utcubamba 2022

Ítems	En Desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. La casa materna brinda alojamiento a las madres gestantes.	14	13,6	2	1,9	87	84,5
2. El personal de salud informa a la gestante sobre su existencia y uso	17	16,5	4	3,9	82	79,6
3. Familiares, amistades o vecinos cuentan su experiencia a la gestante sobre la CM	35	34,0	0	0,0	68	66,0
4. Autoridades, promotor de salud o partera, informan a la gestante sobre sus beneficios.	95	92,2	2	1,9	6	5,8
5. Los medios de comunicación local o redes sociales difunden el uso de la CM	77	74,8	8	7,8	18	17,5

El 84,5% de las gestantes entrevistadas manifiestan conocer la existencia de la casa materna provincial; asimismo, la mayoría de ellas reconocen que la información sobre la existencia de ésta proviene principalmente del personal de salud (79,6%) y en segundo lugar de su entorno cercano (66%).

Tabla 3. Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás salvando vidas” en la dimensión aceptabilidad. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. Alojamiento anterior en la CM	78	75,7	0	0,0	25	24,3
2. Buscaría alojarse en la CM antes de su parto hospitalario.	6	5,8	24	23,3	73	70,9
3. Los familiares aceptan alojarse en la casa materna.	8	7,8	24	23,3	71	68,9
4. El personal de salud informa a la gestante el promedio de días de alojamiento	69	67,0	4	3,9	30	29,1
5. El número de días de alojamiento en la casa materna es excesivo.	21	20,4	30	29,1	52	50,5
6. Los hijos limitan su decisión de alojarse en la casa materna.	18	17,5	7	6,8	78	75,7
7. El cuidado de su casa y sus animales limitan el alojamiento en la CM	91	88,3	4	3,9	8	7,8
8. El clima limita su alojamiento en la casa materna.	34	33,0	12	11,7	57	55,3
9. La religión que practica limita su alojamiento en la casa materna.	103	100,0	0	0,0	0	0,0
10. El no contar con un acompañante es un factor que limita su alojamiento.	84	81,6	11	10,7	8	7,8
11. Sus costumbres limitan el alojamiento en la casa materna.	52	50,5	35	34,0	16	15,5

El 70,9% de las entrevistadas están de acuerdo en hospedarse en la casa materna a la espera de su parto hospitalario, de similar manera opinan que los familiares de estas (68,9%) estarían de acuerdo en acompañarlas. En el ítem donde se busca indagar sobre si tuvieron alguna experiencia previa con casa materna, solo un 24,3% de las entrevistadas manifestaron haberlo tenido. En relación al conocimiento sobre el número de días promedio de alojamiento en la casa materna, solamente el 29% de las

entrevistadas refería saberlo; por otro lado, al analizar los factores que limitan la decisión de alojamiento de las gestantes en la casa materna, el principal de ellos está relacionado con la preocupación por los hijos que quedan en casa (75,7%); seguido por el clima caluroso de la ciudad de Bagua Grande (55,3%), lugar donde está ubicada la casa materna.

Tabla 4. Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión disponibilidad. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	N	%	n	%
1. La casa materna tiene capacidad para albergar hasta tres gestantes.	73	70,9	0	0,0	30	29,1
2. Considera que la capacidad de alojamiento en la casa materna es suficiente.	28	27,2	14	13,6	61	59,2
3. En la casa materna, la gestante puede alojarse con un familiar incluyendo hijos.	37	35,9	0	0,0	66	64,1
4. La casa materna posee ambientes destinados a cocina -comedor, lavandería, dormitorio y baño	61	59,3	2	1,9	40	38,8
5. Los ambientes con los que cuenta la casa materna me parecen suficientes	5	4,9	10	9,7	88	85,4
6. Durante los días de hospedaje el personal de salud mantiene contacto con la gestante alojada.	72	69,9	6	5,8	25	24,3
7. De no encontrar alojamiento en la casa materna, tiene otra alternativa de alojamiento a su alcance.	48	46,6	8	7,8	47	45,6

En la dimensión *disponibilidad*, el ítem relacionado con capacidad de alojamiento, el 70% de las gestantes durante la entrevista desconocen que la capacidad máxima de alojamiento es de tres gestantes a la vez; asimismo, el 59,3 % de las entrevistadas refieren desconocer la manera como están dispuestos los ambientes; sin embargo, al informarse de esto les parece que son suficientes (85,4%). Al referirnos al indicador de acompañamiento, la mayor parte de las gestantes (64,1%) conocen que durante su alojamiento puede asistir con un familiar de confianza, incluyendo hijos, la mayoría desconoce (69,9%) que durante su estancia el personal de salud del hospital mantendrá

contacto permanente con ella durante su alojamiento y en caso de no encontrar albergue en la casa materna, refieren casi la mitad de las entrevistadas (45,6%) tener la posibilidad de alojarse en un familiar.

Tabla 5. Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión asequibilidad. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. El gasto de transporte hacia la casa materna es costoso.	87	84,5	0	0,0	16	15,5
2. El gasto de alimentación diario en la casa materna es costoso.	73	70,9	9	8,7	21	20,4
3. Hospedarse en la casa materna le genera gastos adicionales.	4	3,9	14	13,6	85	82,5
4. Los días de alojamiento en la casa materna representan pérdidas económicas a la familia.	48	46,6	30	29,1	25	24,3

En la dimensión asequibilidad, analizando la disponibilidad económica de la gestante se puede ver que en lo relacionado con costos de transporte (84,5%) desde su comunidad hacia la casa materna y de alimentos (70,9 %) la mayoría de las gestantes refieren no considerarlo costoso; sin embargo, la mayoría (82,5%) refieren que existen gastos adicionales, pero no llegan a representar pérdidas económicas a la familia (46,6%).

Tabla 6. Accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión oportunidad. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. El personal de salud coordina oportunamente el alojamiento de la gestante en la casa materna.	18	17,5	2	1,9	83	80,6
2. El trámite de alojamiento en la casa materna, se inicia dos semanas antes de la fecha probable de parto.	16	15,5	8	7,8	79	76,7
3. La información brindada sobre la casa materna es clara y suficiente.	27	26,2	30	29,1	46	44,7

En relación a la dimensión *oportunidad*, las entrevistadas conocen que el personal de salud es responsable de la coordinación oportuna del alojamiento de ellas en la casa materna (80,6%), el trámite se inicia dos semanas antes de la fecha probable de parto (76,7%); sin embargo, solo el 44,7% aceptó que la información brindada fue clara y suficiente.

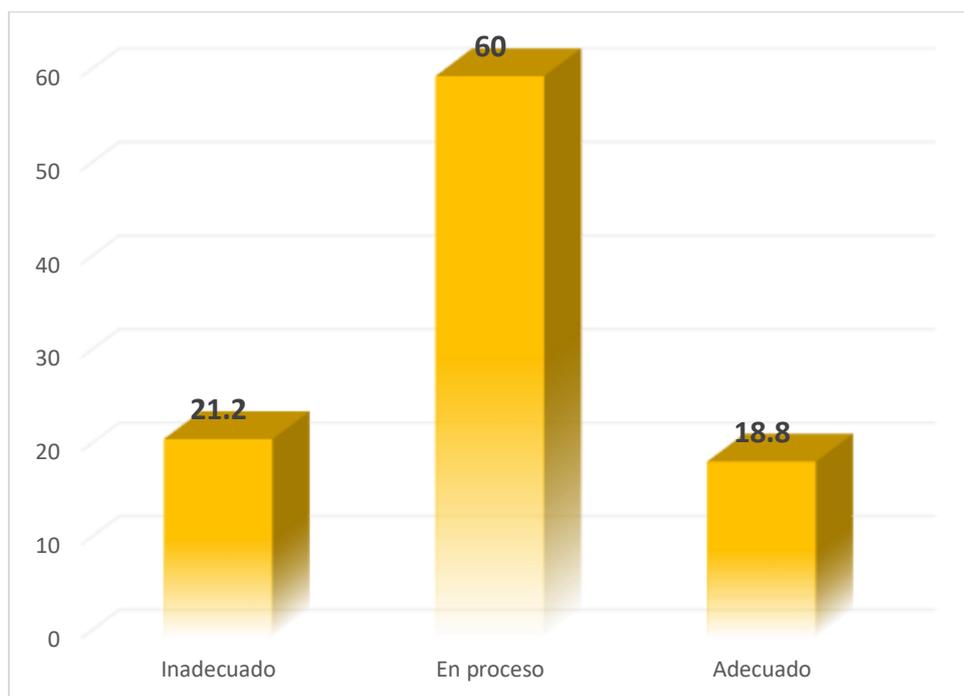


Figura 2. Nivel de gestión local de la casa materna “Mamás Salvando Vidas”. Utcubamba 2022

En relación al nivel de gestión de la casa materna, el nivel alcanzado lo ubica en un nivel intermedio, es decir “en proceso” (60%).

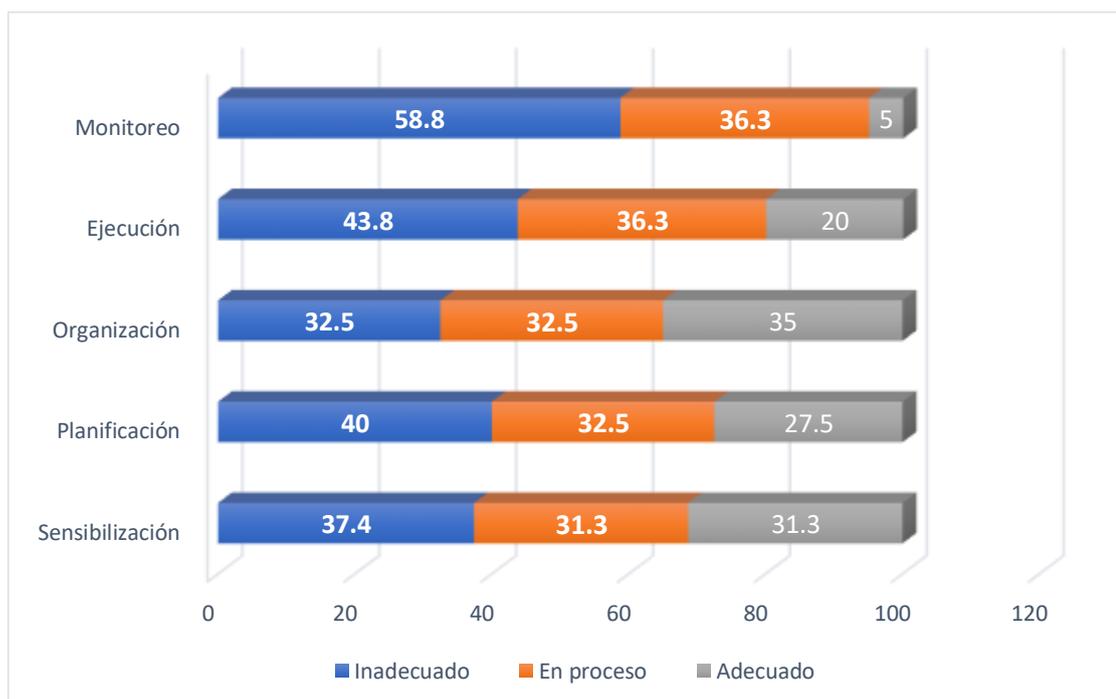


Figura 3. Nivel de gestión local de la casa materna “Mamás Salvando Vidas” según dimensiones. Utcubamba 2022

En relación a los niveles sobre el proceso de gestión según dimensiones, se observa un nivel inadecuado en los sub procesos: monitoreo (58,8%), ejecución (43,8%) planificación (40%) y sensibilización (37,4%), y un nivel adecuado en organización (35%), seguido de un nivel en proceso (32,5%).

Tabla 7. Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión sensibilización. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. El personal de salud realiza el análisis de la situación materno neonatal.	29	36,3	8	10,0	43	53,8
2. El personal de salud de su jurisdicción sensibiliza a familias y actores sociales para promover su uso.	24	30,0	16	20,0	40	50,0
3. El personal de salud promueve la conformación o renovación del comité de salud local.	29	36,3	7	8,8	44	55,0

En relación al proceso de gestión, durante la fase de *sensibilización* se aprecia que, más de la mitad del personal de salud encuestado afirmó realizar el análisis de la situación materno neonatal de su jurisdicción (53,8%), promover la conformación o renovación del comité de salud local (55%), y la mitad sensibilizan a familias y actores sociales de su jurisdicción para promover el uso de la casa materna (50%).

Tabla 8. Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión planificación. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. El comité de gestión realiza el análisis de la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes.	30	37,4	13	16,3	37	46,3
2. El comité de gestión coloca en la agenda del gobierno local la necesidad de mantener activa la casa materna en la jurisdicción.	22	27,5	26	32,5	32	40,0
3. El gobierno local incluye el plan de casa materna en el Plan de desarrollo local y presupuesto participativo.	24	30,0	25	31,2	31	38,8
4. El comité de gestión elabora o mantiene actualizado los documentos de gestión	37	46,2	31	38,8	12	15,0

El proceso de gestión en la fase de *planificación* muestra que el personal de salud realiza el análisis de la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes (46,3%); el comité de salud coloca en la agenda del gobierno local la necesidad de mantener activa la casa materna en la jurisdicción (40%), el gobierno local incluye en el plan de desarrollo local la casa materna (38,8%), sin embargo, el comité de salud no elabora ni mantiene actualizado los documentos de gestión relacionados con casa materna.

Tabla 9. Características del proceso de gestión local de la casa maternal “Mamas salvando vidas” en la dimensión organización. Utcubamba 2022

Ítems	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. Existe un responsable de la administración de la CM designado con acto resolutivo.	29	36,2	26	32,5	25	31,3
2. La casa materna cumple con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para el alojamiento de la gestante	9	11,2	16	20,0	55	68,8
3. El comité de gestión participa activamente en la toma de decisiones sobre la CM.	37	46,2	10	12,5	33	41,3

El proceso de gestión en la dimensión *organización* muestra que la casa materna cumple con los requisitos básicos de infraestructura y equipamiento para el alojamiento de la gestante (68,8%), los encuestados en su mayoría consideraron que no existía un responsable de la administración de la casa materna designado con acto resolutivo (36,2%), además, opinaron que el comité de gestión no participa de manera activa en la toma de decisiones sobre la casa materna (46,2%).

Tabla 10. Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión ejecución. Utcubamba 2022

Items	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. El SIS cubre los gastos de alimentación de las gestantes alojadas y de sus acompañantes.	30	37,4	21	26,3	29	36,3
2. Existe un diagrama de flujo que orienta el alojamiento de la gestante.	36	45,0	19	23,8	25	31,2
3. El comité de gestión fortalece el trabajo articulado entre los representantes de la comunidad y los servicios de salud	34	42,5	20	25,0	26	32,5
4. El comité de gestión difunde su uso en los medios de comunicación	48	60,0	12	15,0	20	25,0

El proceso de gestión en la dimensión *ejecución* muestra que el seguro integral de salud no llega a cubrir los gastos de alimentación de las gestantes alojadas (37,4%), desconocen que existe un diagrama de flujo que orienta el proceso de alojamiento de la gestante en la casa materna (45%), tampoco difunde el uso de casa materna (60%).

Tabla 11. Características del proceso de gestión local de la casa materna “Mamas salvando vidas” en la dimensión monitoreo y evaluación. Utcubamba 2022

	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
1. El comité de gestión realiza reuniones de evaluación trimestral para analizar los logros de la casa materna.	45	56,3	29	36,3	6	7,4
2. El personal de salud realiza estudios de percepción y grado de satisfacción de las gestantes durante su estancia en la casa materna	35	43,8	33	41,2	12	15,0

El proceso de gestión en la dimensión *monitoreo y evaluación*, muestra que el 56,3% de los participantes refieren que el comité de gestión no realiza reuniones de evaluación trimestral para el análisis de los logros de la casa materna tampoco realizan estudios de percepción y de grado de satisfacción de las gestantes respecto a la casa materna (43,8%).

Tabla 12. Relación entre proceso de gestión local y accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás Salvando Vidas”, Utcubamba 2022

Proceso de gestión local	Accesibilidad de la gestante				Total	
	Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%
Inadecuado	13	16,3	4	5,0	17	21,3
En proceso	36	45,0	12	15,0	48	60,0
Adecuado	13	16,3	2	2,5	15	18,8
Total	62	77,5	18	22,5	80	100,0

El 60% de los profesionales de salud entrevistados colocan al proceso de gestión local de la casa materna MSV en un nivel “En proceso”, lo cual a su vez permite que el 45% de las gestantes tengan un nivel “medio” de acceso a la casa materna y un 15% un nivel alto de accesibilidad.

5.2 Contrastación de hipótesis

Prueba estadística	Valor	p-valor
Prueba exacta de Fisher	0,818	0,700*
Tau-c de Kendall	-0,061	0,521*

* $p > 0,05$.

La tabla muestra que no existe relación directa ni significativa entre la variable accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la casa materna

Conclusión: Se acepta la hipótesis H_0 : La relación que existe entre el proceso de gestión local y la accesibilidad de la gestante a la casa materna “Mamás Salvando Vidas”, Utcubamba, no es significativa ($p > 0,05$).

5.3. Discusión.

Desde hace varias décadas el Ministerio de Salud del Perú, ha implementado casas maternas con enfoque intercultural en los distritos y provincias de mayor vulnerabilidad, con la finalidad de facilitar el acercamientos de las gestantes a los establecimientos del primer nivel de atención que sumado a otras estrategias contribuyan a incrementar el parto institucional y la consecuente disminución de la mortalidad materna y neonatal; con el paso de los años algunas han dejado de funcionar y otras se han mantenido, tal es el caso de la casa materna en la provincia de Utcubamba-Amazonas.

Frente a lo expuesto, se llevó a cabo el presente estudio en donde al analizar el nivel de accesibilidad, se encontró que el 72,8% de las gestantes presenta un nivel medio de acceso, mientras que el 27.2% alcanza un nivel alto.

Las gestantes identificaron tantos factores que favorecen cómo aquellos que limitan su acceso a la casa materna. La implementación del plan de parto desde el primer control prenatal hasta el último trimestre de gestación permitió reducir dos de las tres demoras relacionadas con los factores de accesibilidad: la demora en la toma de decisiones y la demora en el traslado hacia un establecimiento de salud. Estas demoras son mencionadas en el informe técnico de García Prado (13), donde describe el "modelo de las tres demoras" descrita por Thaddeus y Maine. Este hallazgo coincide con lo señalado por Van Braam et al. (5) quienes destacan que el proceso de toma de decisiones por parte de las mujeres, sus acompañantes y familias respecto al uso de la casa materna implica evaluar cuidadosamente las ganancias y pérdidas asociadas.

El estudio de la variable en sus dimensiones, mostró que las dimensiones aceptabilidad (57,3%) y oportunidad (56,3%) alcanzaron un nivel alto, a diferencia de las dimensiones: accesibilidad (68,9%), disponibilidad (52,4%) y asequibilidad (45,6%) que presentaron un nivel medio.

El asentimiento o aceptabilidad de la gestante y su acompañante para alojarse en la casa materna con oportunidad, significó superar barreras sociales, culturales y climatológicos, como el ser amas de casa, dejar a su familia al cuidado de terceros, a pesar de que los días de alojamiento les pueda parecer excesivo (promedio de 5 a 7 días), así como el depender de la decisión del esposo y familia.

El reconocer a la casa materna como una intervención que “salva vidas” y que ayuda a obtener mejores resultados en su salud y la de su recién nacido; el percibir que el acceso a un servicio de salud es más sencillo cuando se alojan en la casa materna, existencia de un mejor seguimiento por parte del personal de salud y la referencia en caso de aparecer complicaciones, fueron razones gravitantes para la aceptabilidad y oportunidad.

Este hallazgo, es corroborado por Endayehu et al. (8) en su estudio al poner en evidencia que la gestante y su entorno familiar acuden a los servicios maternos porque conocen las complicaciones obstétricas, saben que el personal de salud facilita todo el proceso administrativo de referencia y atención del parto hospitalario en la fecha pactada. Encuentra También fundamento en la tesis de Van Braam et al. (5), quienes sostiene que los beneficios percibidos como positivos por las usuarias y su entorno familiar favorecen el uso de la casa materna oportunamente.

Esta estrategia según el marco normativo debe ser impulsada de manera conjunta con el gobierno local; sin embargo, los resultados muestran que los mayores esfuerzos corresponden a los servicios de salud y muy escasamente al gobierno local, es el personal de salud quien difunde su existencia y beneficios, más, no las autoridades locales ni los medios de comunicación. Estos hallazgos, son corroborados por Tayebwa et al. (6) en su estudio sobre los factores facilitadores del acceso señalando que el personal de los establecimientos de salud, juegan un papel relevante al promocionar información sobre la casa materna, incrementando de esa manera sus beneficios y uso entre las gestantes; también hace alusión a que el gobierno local debería incorporar esta estrategia dentro de su política de gobierno lo cual contribuiría en concientizar y difundir este servicio entre la población.

La disponibilidad, referida a la capacidad de alojamiento, distribución de ambientes y equipo mínimo disponible en la casa materna muestra que la mayoría de las gestantes desconocían que está acondicionada para albergar tres gestantes y les parece que es suficiente dado que se les permite alojarse con al menos un acompañante, que ellas elijan.

Van Braam (5), sostiene que, si se garantiza instalaciones con acceso a energía eléctrica, instalaciones sanitarias adecuados y si se abastece de artículos de cocina, facilitaría el uso de las casas maternas; las gestantes del estudio, refirieron que durante su alojamiento recién se informaron de la disponibilidad de ambientes con los que cuenta la casa materna, situación que estaría influyendo para que esta dimensión es calificada como de nivel medio.

En cuanto a la dimensión asequibilidad, referido a la capacidad de gasto de la gestante y su familia que involucra gastos de transporte, días dejados de laborar, entre otros gastos adicionales representa una preocupación para la gestante y su familia, pues implica una disminución en los ingresos familiares; sin embargo, refieren que está dentro de sus posibilidades asumirlos, más aún si los gastos de alimentación para gestantes y puérperas alojadas en la casa materna son asumidos por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Respecto al variable *nivel de gestión* de la casa materna, se encuentra “en proceso” (60%). El análisis según dimensiones, muestra un nivel inadecuado en los sub procesos: sensibilización (37,4%), planificación (40%), ejecución (43,8%) y monitoreo (58,8%), y adecuado en el subproceso organización (35%).

La fase de sensibilización considerada inadecuada por la mayoría de los encuestados, se refleja en la inexistencia de un comité de gestión conformado por personal de salud, autoridades y actores sociales para la cogestión de la casa materna, quedando muchas veces este proceso en manos de los representantes del sector salud. A pesar que el personal de salud se involucra en hacer realidad su implementación y mantenimiento, la comunidad no se empodera completamente y tampoco existe compromiso del gobierno local, tal como se reporta en el estudio del Fondo de las Naciones Unidas (1) sobre las casas de espera de Cuzco y Ayacucho.

La fase de planificación, en la casa materna, exige que el comité de gestión mantenga actualizado el análisis situacional de salud y los instrumentos de gestión; sin embargo, a través de los años este proceso se ha debilitado, y actualmente es de responsabilidad solo del personal de salud, lo que hace que este proceso sea

valorado como inadecuado. Van Braam (5) en su estudio en trabajadores de salud, sobre viabilidad de la casa materna señala que la escasa financiación pone en riesgo la sostenibilidad de la casa materna.

El sub proceso organización, tiene que ver con la participación activa de cada actor social, liderado por la autoridad local, el cumplimiento de sus responsabilidades, y su rol para su sostenibilidad futura. Este alcanzó un nivel adecuado, a pesar que no existe cogestión. Los resultados de Fontanet et al. (9) difieren de los encontrados en la investigación, quién encontró sentimiento de propiedad de la casa materna por parte de la comunidad, que no solo garantizaba su uso, sino que además se comprometían en la búsqueda del éxito ya que todos los interesados (comunidad, comités de gestión y personal de salud) conocían claramente sus roles y los ejercían.

En la fase de ejecución, se evalúa detalles de su funcionamiento como aspectos de la alimentación, la existencia de un protocolo de alojamiento y la difusión del servicio que se ofrece a través de los medios de comunicación local. El nivel alcanzado a través de los encuestados fue inadecuado. Este resultado encuentra explicación, ya que por temporadas cuando el SIS no cubre los gastos de alimentación, lo debe asumir la gestante o comprar los productos para preparar en la casa materna.

La fase de monitoreo y evaluación propone establecer indicadores que evalúen el funcionamiento de la casa materna tanto desde el lado de la oferta y de la demanda, lo cual no se ha venido realizando, tal es así que para los encuestados esta fase fue calificada como inadecuado con un 58,8%. El personal del hospital manifiesta que

realizan encuestas de satisfacción de usuarios, pero el resultado es de manejo interno de la institución y no es tomado en cuenta para la toma de decisiones.

Si se analiza el proceso de gestión a la luz de la teoría de los tres círculos, diríamos que el proceso participativo del comité de gestión se encuentra en el círculo de las colaboraciones parciales (2), que forma parte del círculo 2, ya que los actores sociales compartieron la iniciativa al inicio de su implementación, pero participaron de manera parcial; por lo que se recomienda desarrollar estrategias para potenciar la participación ciudadana por la importancia de su contribución en el proceso. El proceso necesita de un flujo informativo constante y con el mismo contenido para todos los participantes, para garantizar que no haya fallas en el proceso, ya que, personas con información escasa no garantizan la continuidad correcta del proceso.

Finalmente, al determinar la relación entre las variables accesibilidad de la gestante a la casa materna y el proceso de gestión local son independientes, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. No se han encontrado estudios que correlacionen ambas variables, para establecer comparaciones, lo cual se constituye en una limitante del estudio; pero se rescata el aporte del estudio al conocimiento de una estrategia implementada por el sistema peruano para abordar el riesgo de muerte materna relacionadas con las demoras para la atención de la mujer embarazada demora por parte de la mujer y/o su familia en decidirse en buscar ayuda o atención médica, la demora en llegar a una unidad de salud y de recibir atención adecuada en esa unidad.

CONCLUSIONES

- La variable accesibilidad de las gestantes a la casa materna Mamás salvando vidas alcanzó de manera global un nivel medio y la variable nivel de gestión local alcanzó de manera global un nivel en proceso.
- Al analizar la variable accesibilidad en sus diferentes dimensiones, mostró que las dimensiones aceptabilidad y oportunidad alcanzaron un nivel alto, a diferencia de las demás que alcanzaron un nivel medio.
- Al analizar la variable proceso de gestión en sus diferentes dimensiones se aprecia que tan solo alcanzó el nivel adecuado, la dimensión organización, mientras que en las demás prevaleció el nivel inadecuado.
- No se ha demostrado que los factores de accesibilidad de la gestante a la casa materna dependan del proceso de gestión local de la misma, ni viceversa; sin embargo, la salud sexual y reproductiva de una región, provincia o distrito, es una corresponsabilidad entre el sector salud, el gobierno local y la comunidad organizada.
- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables accesibilidad de la gestante a la casa materna y el nivel de gestión local, con un $p > 0,05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

SUGERENCIAS

- A los trabajadores de salud: Retomar el trabajo de abogacía e incidencia con las autoridades de los diferentes niveles, para sensibilizarlos sobre la problemática actual de la salud materna y socializar la contribución que viene generando la casa materna “Mamás salvando vidas” en la salud de la gestante y neonatos.
- Al equipo de gestión de la RIS Utcubamba: Realizar periódicamente la sistematización de resultados obtenidos por parte de la casa materna MSV y socializar su contribución a nivel provincial y regional, lo cual motivará el sentimiento de propiedad de la comunidad hacia ésta y asimismo propiciar una participación más cercana del gobierno local, autoridades y sector salud, dentro del proceso de gestión local.
- A los actores sociales: Difundir los servicios ofrecidos por la casa materna MSV dentro de la comunidad, para incrementar el conocimiento de la población sobre los beneficios que ésta otorga a las madres y a los recién nacidos, lo cual a su vez influirá de manera positiva en los factores que intervienen en la accesibilidad de la gestante de los lugares más alejados de la provincia.
- A las autoridades de salud: Establecer estrategias para fortalecer una participación comprometida y en articulación multisectorial para el abordaje de las casas maternas por su contribución en la disminución de la mortalidad materna.
- Al gobierno regional y local: Diseñar, implementar y respaldar políticas públicas locales que promuevan la protección de la salud materna y neonatal, asegurando la implementación, funcionamiento continuo y sostenibilidad de la Casa Materna, en cumplimiento de los lineamientos nacionales y el derecho a una atención oportuna y segura.

- A la Escuela de Posgrado de la UNC, realizar investigaciones en esta área temática para generar conocimiento tendiente a mejorar la accesibilidad y el proceso de gestión de las casas de espera materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estudio de barreras de acceso a las casas de espera en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad: reporte final de consultoría. Lima: UNFPA; 2011.
2. Ávila-Jaquez C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia*. 2019;26(80).
3. Antecedentes de los hogares maternos. *Cuad Hist Salud Publica*. 2007.
4. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. Lima: MINSA; 2010. 17 p.
5. Van Braam EJ, McRae DN, Portela AG, Stekelenburg J, Penn-Kekana L. Stakeholders' perspectives on the acceptability and feasibility of maternity waiting homes: a qualitative synthesis. *Reprod Health*. 2023;20(1):1–16.
6. Tayebwa E, Gatimu SM, Kalisa R, Kim Y, van Dillen J, Stekelenburg J. Providers' and clients' perspectives on the use of maternity waiting homes in rural Rwanda. *Action Glob Health*. 2023.
7. Uwamahoro NS, McRae D, Zibrowski E, Victor-Uadiale I, Gilmore B, Bergen N, et al. Understanding maternity waiting home uptake and scale-up within low-income and middle-income countries: a programme theory from a realist review and synthesis. *BMJ Glob Health*. 2022;7(9):e009170.
8. Endayehu M, Yitayal M. Intentions to use maternity waiting homes and associated factors in Northwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–10.
9. Fontanet CP, Fong RM, Kaiser JL, Bwalya M, Ngoma T, Vian T, et al. A qualitative exploration of community ownership of a maternity waiting home model in rural Zambia. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8(3):344–57.
10. Selbana DW, Derese M, Endalew ES, Gashaw BT. A culturally sensitive and supportive maternity care service increases the uptake of maternity waiting homes in Ethiopia. *Int J Womens Health*. 2020;12:813–21.
11. Lazo-Gonzales AO, Sarmiento-Casavilca T, Espinosa-Henao OE, Ruelas-González MG, Alcalde-Rabanal JE. Looking at maternal health of Asháninka communities from the conceptual framework of the accessibility of care. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):1–12.
12. Arrivillaga M, Borrero YE. Uma análise crítica e abrangente dos modelos conceituais sobre o acesso aos serviços da saúde, 1970-2013. *Cad Saude Publica*. 2016;32(5):1–15.
13. García-Prado A. Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina. Washington D.C.: BID; 2016. 52 p.
14. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7a ed. México: Elsevier; 2007. 589 p.

15. Chiavenato I. Comportamiento organizacional: la dinámica del éxito en las organizaciones. México: McGraw-Hill; 2006.
16. Marchioni M, Ramírez M, Álamo J. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios [Internet]. Valencia: CeiMigra; 2013. p. 226–58. Disponible en: http://nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/LT_2_Manual_de_IntervencionComunitaria_en_barrios.pdf
17. Savoy F, Retamar S, De Gracia L, Chesini F. Accesibilidad a los servicios de salud en Concepción del Uruguay: perfil socioeconómico de los usuarios. Rev Salud Pública. 2021;23(1):1–8.
18. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):82–9.
19. Parasuraman A, Zeithaml VA, Malhotra A. E-S-QUAL: a multiple-item scale for assessing electronic service quality. J Serv Res. 2005;7(3):213–33.
20. World Health Organization (WHO). Defining competent maternal and newborn health professionals. Geneva: WHO; 2018. 42 p.
21. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2014. 634 p.
22. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Cross-sectional studies. Rev Fac Med Humana. 2021;21(1):164–70.
23. Calero T, Muñoz N, Potosme R. Factores asociados a la asistencia de embarazadas a la casa materna Adilia Trejos, San Juan de Oriente, Masaya. II semestre 2016. Unan-Managua. 2016;4(1):1–23.
24. Revista Médica Herediana. Informe Belmont: principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Rev Med Hered. 2013;4(3).

APÉNDICES

Apéndice 1

Entrevista para evaluar la accesibilidad de la gestante a la casa materna

Estimadas participantes: La presente entrevista tiene como propósito recolectar información sobre la accesibilidad de las gestantes a la casa materna "MAMAS SALVANDO VIDAS" de la ciudad de Bagua Grande (MSV-BG), en la que usted debe expresar su opinión. No hace falta su identificación personal, solo es de interés los datos que usted pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar para llevar a buen término la presente recolección de la información que se pretende. Si tienen alguna duda nos puede consultar. ¡Muchas gracias, por su valiosa colaboración!

I.- DATOS GENERALES

- | | | | |
|--|----------------------|--|--|
| 1) CODIGO | <input type="text"/> | 2) Edad | |
| 3) Grado de instrucción | | 4) Estado civil | |
| 1. Analfabeta | <input type="text"/> | 1. Soltera | |
| 2. Primaria | <input type="text"/> | 2. casada | |
| 3. Secundaria | <input type="text"/> | 3. Conviviente | |
| 4. Superior | <input type="text"/> | 4. Otro | |
| 5) Número de hijos : | | 6) Comunidad donde vive | |
| 1. Ninguno | <input type="text"/> | 1. Corredor 1 | |
| 2. 1-2 | <input type="text"/> | 2. Corredor 2 | |
| 3. 3-4 | <input type="text"/> | 3. Corredor 3 | |
| 4. 5 a más | <input type="text"/> | 4. Corredor 4 | |
| | | 5. Corredor 5 | |
| 7) EE.SS donde se realiza el control pre natal | | 8) Personal de salud que le realiza el control pre natal (más frecuente) | |
| 1. I-1 | <input type="text"/> | 1. Médico | |
| 2. I-2 | <input type="text"/> | 2. Obstetra | |
| 3. I-3 | <input type="text"/> | 3. Enfermera | |
| | | 4. Tec. enfermería | |
| 9) EE.SS donde se atenderá el parto | | 10) Medio de traslado (mas frecuente) al hospital. | |
| 1. HAISAU | <input type="text"/> | 1. Pie | |
| 2. Hosp. Bagua | <input type="text"/> | 2. Moto | |
| 3. Hosp. Chachapoyas | <input type="text"/> | 3. Carro | |
| 4. Otro | <input type="text"/> | 4. Otro | |
| 5. No lo sabe aún | <input type="text"/> | | |
| 11) Tiempo invertido en trasladarse al hospital. | | 12) Ocupación: | |
| 1. Horas | <input type="text"/> | 1. Ama de casa | |
| 2. Minutos | <input type="text"/> | 2. Agricultora | |
| TOTAL | <input type="text"/> | 3. Comerciante | |
| | | 4. Empleada | |
| | | 5. Otro | |
| 13) Religión: | | | |
| 1. Católica | <input type="text"/> | | |
| 2. Evangélica | <input type="text"/> | | |
| 3. Testigo de Jehová | <input type="text"/> | | |
| 4. Otro | <input type="text"/> | | |

ITEMS		De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
ACCESIBILIDAD				
1	¿Sabía Ud que existe la casa materna provincial “Mamás salvando vidas” en la ciudad de Bagua Grande? (anteriormente llamada casa de espera)			
2	¿Durante su embarazo el personal de salud le habló sobre la existencia de la casa materna?			
3	¿Durante su embarazo algún familiar, amigo o vecino le informó sobre la existencia de la casa materna?			
4	¿Durante su embarazo alguna autoridad, promotor de salud o partera, le informó sobre la existencia de la casa materna?			
5	Ha escuchado Ud. Por algún medio de comunicación local (TV, Radio, periódico) o red social (Facebook, you 7Iuve, Whatsapp u otro) hablar sobre la casa materna provincial.			
ACEPTABILIDAD				
6	¿Alguna vez ha estado alojada o ha acompañado a alguien en una casa materna?			
7	¿Si decide atender su parto en el hospital Santiago Apóstol de Bagua Grande, estaría de acuerdo en ser alojada en la casa materna?			
8	¿Su pareja o familiares estarían de acuerdo en alojarla en la casa materna antes del parto?			
9	¿Sabía Ud. ¿Que el promedio de días de alojamiento de la gestante en la casa materna puede variar entre 5 a 7 días?			
10	¿Le parece excesivo el número de días que debería alojarse una gestante en la casa materna antes del parto?			
11	¿Los hijos que quedan en casa, sería un factor importante para no alojarse en la casa materna?			
12	¿El cuidado de sus animales de granja y de la casa sería un factor importante para no alojarse en la casa materna?			
13	¿El clima caluroso de la ciudad de Bagua Grande, sería un factor importante para no alojarse en la casa materna?			
14	¿La religión que practica, es un factor importante que le impide alojarse en la casa materna?			
15	¿La falta de acompañante es un factor que limita tu hospedaje en casa materna?			
16	¿La diferencia de costumbres entre Bagua Grande y Lonya Grande impiden que se aloje en la casa materna?			
DISPONIBILIDAD				
17	¿Sabías que la casa materna de BG solo puede albergar tres gestantes a la vez?			
18	¿Te parece suficiente que la casa materna provincial pueda albergar solo tres gestantes a la vez?			
19	¿Sabía Ud, Que durante su alojamiento en la casa materna la pueden acompañar como máximo un adulto y un niño?			
20	¿Sabía Ud. que la casa materna posee ambientes destinados a cocina -comedor, dormitorio y baño?			
21	¿Le parecen suficiente los ambientes con el que cuenta la casa materna?			
22	¿Sabía que, si decide hospedarse en la casa materna el personal de salud del hospital mantendrá contacto continuo con Ud.?			
23	¿En caso de no encontrar alojamiento en la casa materna, tiene otra opción de alojamiento?			
ASEQUIBILIDAD				
24	¿Considera Ud. que el gasto de transporte (promedio 30 soles) por persona hacia la casa materna de Bagua Grande es costoso o muy costoso?			
25	¿Considera Ud. que el gasto de alimentación diario (30 soles) en la casa materna es costoso o muy costoso?			
26	¿Considera Ud. que hospedarse en la casa materna generará otros gastos adicionales?			
27	¿Considera Ud. que los días de alojamiento en la casa materna representará pérdidas económicas a la familia?			
OPORTUNIDAD				
28	¿Sabía Ud. que el personal de su establecimiento de salud será el responsable de coordinar su alojamiento en la casa materna?			
29	¿Sabía Ud. que el trámite de alojamiento en casa materna, se realizará dos semanas antes de la fecha probable de su parto?			
30	¿Considera Ud. que la información brindada por parte del personal de salud, sobre la casa materna ha sido clara y suficiente?			

Apéndice 2

CUESTIONARIO PARA MEDIR PROCESO DE GESTIÓN DE LA CASA MATERNA

Estimada(o) participante de antemano agradezco su colaboración con en este instrumento que tiene por objetivo medir el proceso de gestión de nuestra casa materna provincial “Mamás salvando vidas” de la ciudad de Bagua Grande, toda respuesta es valiosa para previo análisis de los resultados seguir contribuyendo con la sostenibilidad y mejora de esta estrategia que ayuda a mejorar los indicadores de salud materno neonatal a nivel local, regional y nacional.

Muchas gracias por su colaboración.

INICIALES:		PROFESIÓN: Obstetra () Enfermero () Medico ()			
CARGO: Asistencial () Administrativo ()		INSTITUCIÓN: Periferia () HISAU () RIS ()			
CONDICIÓN: Nombrado () Contratado ()		AÑOS DE LABOR: < 3 años () 3 – 5 años () > 5 años ()			
N°	Dimensiones	Indicadores	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en	En desacuerdo
1	Sensibilización	El personal de salud realiza el análisis de la situación materno neonatal.			
2		El personal de salud de su jurisdicción sensibiliza a familias y actores sociales para promover el uso de la casa materna			
3		El personal de salud promueve la conformación del comité de salud local.			
4	Planificación	El comité de salud realiza el análisis de la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes.			
5		El comité de salud coloca en la agenda del gobierno local la necesidad de mantener activa la casa materna en la jurisdicción.			
6		El gobierno local incluye el plan de casa materna en el Plan de desarrollo local y presupuesto participativo.			
7		El comité de salud elabora los documentos de gestión (MOF, plan anual de necesidades, plan comunicacional) de la casa materna.			
8	Organización	Existe un responsable de la administración de la casa materna designado con acto resolutive.			
9		La casa materna cumple con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para el alojamiento de la gestante			
10		El comité de salud participa activamente en la toma de decisiones sobre la casa materna,			
11	Ejecución	El SIS cubre los gastos de alimentación de las gestantes alojadas y de sus acompañantes en casa materna.			
12		Existe un protocolo que orienta el alojamiento de la gestante en casa materna.			
13		El comité de salud fortalece el trabajo articulado entre los representantes de la comunidad y los servicios de salud			
14		El comité de salud difunde el uso de la casa materna en medios de comunicación			
15	Monitoreo y evaluación	El comité de salud realiza reuniones de evaluación trimestral para analizar los logros de la casa materna.			
16		El personal de salud realiza estudios de percepción y grado de satisfacción de las gestantes durante su estancia en la casa materna			

Apéndice 3

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



Carbo

Nº DOC:
Nº EXP:

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Bagua Grande, 23 de Agosto del 2022

CARTA 1984-2021-G.R.AMAZONAS/DRSA/RSU-DIS-SS



Sra.
Obst. Patricia Andrea Cuevas De La Cruz
Alumna de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca

Bagua Grande.-



ASUNTO : APROBACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL LOCAL DE LA CASA MATERNA “MAMÁS SALVANDO VIDAS”.

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo, informarle que mediante la solicitud para la autorización de recolección de datos y aplicar proyecto de investigación en el *Local de la Casa Materna “MAMÁS SALVANDO VIDAS” de Utcubamba*, titulado *“Accesibilidad de la gestante y el proceso de gestión local de la Casa Materna “MAMÁS SALVANDO VIDAS”. UTCUBAMBA 2022”*; para obtener el grado académico de Maestro en Ciencias.

Expongo, que en atención directa a la Ley N° 30220 (Ley Universitaria) en cuyo capítulo VI, artículo 51 se menciona que: “Las universidades coordinan permanentemente con los sectores público y privado, para la atención de la investigación que contribuya a resolver los problemas del país”. Y en consideración indirecta a las leyes N° 30309 (Ley que promueve la investigación científica) y N° 28303 (Ley Marco de Ciencia, Tecnología e Innovación tecnológica), la entidad a la cual representó reconoce la trascendencia de la investigación, se dan por concedidos los permisos necesarios para realizar el recojo de información que sea necesaria

Sin otro en particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle muestras de especial consideración y estima.

Atentamente,



UNIDAD EJECUTORA 404 – SALUD UTCUBAMBA – DSP- UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Jr. Cristóbal Colón N°231 – Bagua Grande – Utcubamba.

04/4

Apéndice 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificada con DNI _____ residente en el distrito de Lonya Grande acepto brindar información en el presente estudio sobre **ACCESIBILIDAD DE LA GESTANTE Y EL PROCESO DE GESTIÓN LOCAL DE LA CASA MATERNA “MAMÁS SALVANDO VIDAS”. UTCUBAMBA 2022**

El investigador me ha explicado con claridad los objetivos de la investigación y que no se mencionarán los nombres de las participantes, teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto me genere algún perjuicio. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado.

Finalmente declaro estar de acuerdo participar en dicho estudio.

Fecha:/...../.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Apéndice 5

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

ESCALA DICOTOMICA PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del profesional experto

Juana Marisela Flor Soto.

Cargo e institución donde labora

Coordinadora de ACLAS Y M.C.I. – Red de Salud Utcubamba.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Nº	Criterios	Indicadores	Sí	No
1.	Claridad	Los términos utilizados en las preguntas son formulados con lenguaje claro y comprensible.	X	
		El lenguaje es apropiado para el nivel de los participantes de investigación.	X	
		El grado de complejidad de las preguntas es aceptable.	X	
2.	Organización	Las preguntas tienen organización lógica.	X	
3.	Pertinencia	Las preguntas permiten resolver el problema de investigación.	X	
		Las preguntas permitirá contrastar la hipótesis		
4.	Coherencia Metodológica	Las preguntas permitirán recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
5.	Objetividad	El instrumento abarca el objeto de investigación de manera clara y precisa.	X	
6.	Consistencia	Las preguntas se basan en los aspectos teóricos científicos.	X	

III. SUGERENCIAS y OPINIONES (recomendaciones, críticas, modificaciones o añadidas en el instrumento)

Realizar la descripción detallada de la metodología a seguir durante todo el proceso de elaboración y aplicación del instrumento a fin de conocer las etapas de recolección, medición y análisis de datos.

FECHA : 01/08/2022


Mg. Marisela Flor Soto
 C.O.P. Nº 3773
 COORD. ACLAS - M.C.I.

ESCALA DICOTOMICA PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del profesional experto

Figueroa Saldaña Mirian Ruth

Cargo e institución donde labora

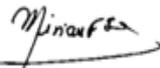
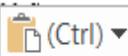
Obstetra Asistencial – Hospital de Apoyo I Santiago Apostol - Utcubamba

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Nº	Criterios	Indicadores	Sí	No
1.	Claridad	Los términos utilizados en las preguntas son formulados con lenguaje claro y comprensible.	X	
		El lenguaje es apropiado para el nivel de los participantes de investigación.	X	
		El grado de complejidad de las preguntas es aceptable.	X	
2.	Organización	Las preguntas tienen organización lógica.	X	
3.	Pertinencia	Las preguntas permiten resolver el problema de investigación.	X	
		Las preguntas permitirá contrastar la hipótesis	X	
4.	Coherencia Metodológica	Las preguntas permitirán recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
5.	Objetividad	El instrumento abarca el objeto de investigación de manera clara y precisa.	X	
6.	Consistencia	Las preguntas se basan en los aspectos teóricos científicos.	X	

III. SUGERENCIAS y OPINIONES (recomendaciones, críticas, modificaciones o añadiduras en el instrumento)

FECHA :01 de Agosto del 2022


 Mirian Ruth Figueroa Sa
 D.N.I: 40989306  (Ctrl)

ESCALA DICOTOMICA PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

Obstetra Alcalde Valdivia Carmen Olinda

Equipo tecnico del Programa presupuestal Materno Neonatal Diresa Amazonas

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

N°	Criterios	Indicadores	Sí	No
1.	Claridad	Los términos utilizados en las preguntas son formulados con lenguaje claro y comprensible.	X	
		El lenguaje es apropiado para el nivel de los participantes de investigación.	X	
		El grado de complejidad de las preguntas es aceptable.	X	
2.	Organización	Las preguntas tienen organización lógica.	X	
3.	Pertinencia	Las preguntas permiten resolver el problema de investigación.	X	
		Las preguntas permitirán contrastar la hipótesis	X	
4.	Coherencia Metodológica	Las preguntas permitirán recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
5.	Objetividad	El instrumento abarca el objeto de investigación de manera clara y precisa.	X	
6.	Consistencia	Las preguntas se basan en los aspectos teóricos científicos.	X	

III. SUGERENCIAS y OPINIONES (recomendaciones, críticas, modificaciones o añadidas en el instrumento)

I PARTE :En la pregunta 5 como identificara la gestante a que corredor pertenece o colocar la pregunta mas dirigida de acuerdo a la proximidad de los anexos , comunidades o centros poblados.

En la pregunta 6 , como identificara la gestante que nivel de atención tiene el establecimiento.

II PARTE: En la pregunta 9 la palabra granja es usada en su comunidad o lo es corral ?

En la pregunta 14 estas delimitando solo a pareja y a un solo niño.

En la lista de cotejo, en el ítem 13 debería de ir específicamente las sesiones demostrativas y educativas que se realizan durante la estancia de la gestante.

FECHA :_Chachapoyas 2 de Agosto el 2022



Obstetra Carmen Olinda Alcalde Valdivia

D.N.I: 16688803

ESCALA DICOTOMICA PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del profesional experto

Dra. BARDALES VEGA, WIGMARA

Cargo e institución donde labora

Responsable De Redes Integradas De Salud

Responsable de Plataforma de Atención Del Usuario

En La Dirección Regional De Salud Amazonas

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

N°	Criterios	Indicadores	Sí	No
1.	Claridad	Los términos utilizados en las preguntas son formulados con lenguaje claro y comprensible.	X	
		El lenguaje es apropiado para el nivel de los participantes de investigación.	X	
		El grado de complejidad de las preguntas es aceptable.	X	
2.	Organización	Las preguntas tienen organización lógica.	X	
3.	Pertinencia	Las preguntas permiten resolver el problema de investigación.	X	
		Las preguntas permitirá contrastar la hipótesis	X	
4.	Coherencia Metodológica	Las preguntas permitirán recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
5.	Objetividad	El instrumento abarca el objeto de investigación de manera clara y precisa.	X	
6.	Consistencia	Las preguntas se basan en los aspectos teóricos científicos.	X	

III. SUGERENCIAS y OPINIONES (recomendaciones, críticas, modificaciones o añadidas en el instrumento)

En los ítems se registró algunas observaciones.

FECHA: 04 de agosto de 2022



Dra. Wigmara Bardales Vega
DNI: 40359588

Apéndice 6

PRUEBA V DE AIKEN

ACCESIBILIDAD DE LA GESTANTE

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	suma	V de Aiken
Claridad en la redacción	1	0.97	1	1	1	4.97	0.994
Coherencia interna	1	0.97	1	1	0.96	4.93	0.986
Inducción a la respuesta	1	0.97	1	1	1	4.97	0.994
Lenguaje adecuado con el nivel del informante	0.93	1	0.9	1	0.93	4.76	0.952
Mide lo que pretende	1	0.97	1	1	0.93	4.90	0.980

PRUEBA V DE AIKEN

PROCESO DE GESTIÓN LOCAL

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	suma	V de Aiken
Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1
Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1
Inducción a la respuesta	1	1	1	1	1	5	1
Lenguaje adecuado con el nivel del informante	1	1	1	1	1	5	1
Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1

El coeficiente V de Aiken es una herramienta que se utilizan para cuantificar la validez de contenido de un ítem o de una encuesta, de acuerdo a lo obtenido el instrumento es adecuado para su aplicación. En todos los ítems y valoraciones el puntaje fue óptimo indicando que si hay concordancia entre jueces. Se muestra el siguiente resultado: V de Aiken > 0,90.

V de Aiken:

$$V = \frac{S}{[n(c - 1)]}$$

S = Suma

n = N° de jueces

c = N° de opciones de respuesta.

El puntaje es óptimo o adecuado si el valor de $V > 0,80$, para estos instrumentos los criterios de valoración tanto en ítems como a nivel global fue óptimo, por lo que el instrumento presenta concordancia favorable entre jueces.

Apéndice 7

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Alfa de Cronbach	N de elementos
,813	30

La prueba piloto se aplicó a 13 gestantes, el alfa de Cronbach alcanzado 0,813 significa que el instrumento tiene alta confiabilidad y puede ser aplicado a la muestra.

Prueba de confiabilidad del cuestionario proceso de gestión

Alfa de Cronbach	N de elementos
,831	16

La prueba piloto se aplicó a 14 profesionales de la salud, el alfa de Cronbach alcanzado fue de 0,831 lo cual significa que el instrumento tiene también alta confiabilidad y puede ser aplicado a la muestra

Apéndice 8
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las gestantes del distrito de Lonya Grande – Utcubamba 2022

Indicadores	N	%
Edad (años)	Media ± D.S.	Mín. – Máx.
	26,3 ± 6,9	13 – 40
Grado de instrucción		
Primaria	24	23,3
Secundaria	69	67,0
Superior	10	9,7
Estado civil		
Conviviente	92	89,3
Soltera	7	6,8
Casada	4	3,9
Número de hijos		
Ninguno	38	36,9
De 1 a 2	57	55,3
De 3 a 4	8	7,8
Ocupación		
Ama de casa	92	89,3
Agricultora	4	3,9
Otra	7	6,8
Religión		
Católica	78	75,7
Evangélica	13	12,6
Otra	12	11,7
Total	103	100,0

Cuadro 2. Características sociolaborales del profesional de la Red de salud Utcubamba – 2022

Indicadores	N	%
Profesión		
Obstetra	45	56,3
Enfermera	19	23,8
Médico	16	20,0
Cargo		
Asistencial	61	76,2
Administrativo	19	23,8
Institución		
Periferia	35	43,8
Haisau	27	33,8
Condición laboral		
Nombrado	49	61,2
Contratado	31	38,8
Años de experiencia en la zona		
< 3 años	11	13,8
3 – 5 años	36	45,0
> 5 años	33	41,2
Total	80	100,0

Cuadro 3. Promedio de distancia en horas desde su domicilio al Hospital. Lonya Grande - Utcubamba 2022

Tiempo de traslado (horas)	N°	Media \pm D.S.	Mín. – Máx.
	103	3,2 \pm 0,7	2 – 5

Cuadro 4. Distribución de establecimientos de salud según corredor. Distrito de Lonya Grande – Utcubamba 2022

Corredor	EE.SS	N°	%
Corredor 1	Lonya Grande	44	42,7
Corredor 2	Yungasuyo – Santa Rosa de Jaipe	25	24,3
Corredor 3	La Unión – San Miguel Zapatalgo.	12	11,7
Corredor 4	San Felipe – Huamboya.	8	7,8
Corredor 5	Roblepampa – Nueva York – Ortiz Arrieta	14	13,6
Total		103	100,0

Cuadro 5. Gestantes que reciben control pre natal según categoría del establecimiento de salud. Distrito Lonya Grande - Utcubamba 2022

Establecimiento de salud	N°	%
I – 1	42	40,8
I – 2	24	23,3
I – 3	37	35,9
Total	103	100,0

Cuadro 6. Gestantes atendidas por personal de salud. Distrito de Lonya Grande 2022

Personal de salud	N°	%
Obstetra	85	82,5
Téc. Enfermería	14	13,6
Médico	4	3,9
Total	103	100,0

Cuadro 7. Nivel de accesibilidad de las gestantes a la casa materna “Mamás Salvando Vidas”. Utcubamba 2022

Factores	Niveles de accesibilidad					
	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Accesibilidad	14	13,6	71	68,9	18	17,5
Aceptabilidad	0	0,0	44	42,7	59	57,3
Disponibilidad	22	21,4	54	52,4	27	26,2
Asequibilidad	15	14,6	47	45,6	41	39,8
Oportunidad	10	9,7	35	34,0	58	56,3

Cuadro 8. Nivel de gestión local de la casa materna “Mamás Salvando Vidas”, Utcubamba 2022 nivel de gestión

Nivel de gestión	N	%
Inadecuado	17	21,2
En proceso	48	60,0
Adecuado	15	18,8
Total	80	100,0

Cuadro 9. Nivel del proceso de gestión casa materna “Mamás Salvando Vidas”. Utcubamba 2022

Características	Niveles					
	Inadecuado		En proceso		Adecuado	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sensibilización	30	37,4	25	31,3	25	31,3
Planificación	32	40,0	26	32,5	22	27,5
Organización	26	32,5	26	32,5	28	35,0
Ejecución	35	43,8	29	36,3	16	20,0
Monitoreo	47	58,8	29	36,3	4	5,0