ARRANCADA
ISSN 1810-5882

Volumen 26 Número 54 Año 2026

Artículo original

Gestión pública asistencial de salud en mujeres con riesgo obstétrico gestacional por hipertensión en un hospital del Ecuador 2026

Public healthcare management in women with gestational obstetric risk due to hypertension in a hospital in Ecuador 2026

Gestão pública assistencial de saúde em mulheres com risco obstétrico gestacional por hipertensão em um hospital do Equador 2026

Edwin Fabricio Mieles Solorzano
https://orcid.org/0009-0008-2041-4143
Universidad César Vallejo, Piura, Perú

***Email:** efmielesm@ucvvirtual.edu.pe

Como citar este artículo: Casero Dupuy, O., Robert Hechavarría, R. E., Rabilero Sabates, H. R. y Lazo Cremé, I. (2026). Gestión pública asistencial de salud en mujeres con riesgo obstétrico gestacional por hipertensión en un hospital del Ecuador 2026. *Arrancada*, 26(54), 325-333. https://arrancada.cuaje.edu.cu

Resumen

La hipertensión gestacional constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en Ecuador. El objetivo del estudio fue determinar la influencia de la gestión pública asistencial de salud en las condiciones de mujeres con riesgo obstétrico gestacional por hipertensión en un hospital de Guayaquil durante 2026, en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Se adoptó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y alcance correlacional-explicativo. La muestra incluyó a 126 gestantes y puérperas, a quienes se aplicaron dos cuestionarios tipo Likert con alta confiabilidad ($\alpha = 0{,}933$ y $\alpha = 0{,}968$). Los resultados mostraron que la gestión pública asistencial explicó el 81,5 % de la variabilidad del riesgo obstétrico gestacional (R^2 de Nagelkerke = 0,815; $p < 0{,}001$), con efectos significativos sobre la evaluación clínica y el diagnóstico (62,6 %), el manejo médico y el tratamiento (73,6 %) y los resultados gestacionales y perinatales (63,3 %). Se concluye que la gestión pública asistencial influye de manera directa y significativa en las condiciones de estas mujeres. La investigación se vincula con la cultura física y el deporte porque la evidencia científica demuestra que la actividad física regular, especialmente el ejercicio aeróbico supervisado, reduce hasta en un 44 % el riesgo de hipertensión gestacional y mejora la adaptación cardiovascular materna, lo que convierte a la promoción del ejercicio en un componente estratégico de la gestión pública asistencial y de los programas de salud materna.

Palabras clave: administración pública, servicios de salud, salud materna, hipertensión inducida en el embarazo, actividad física.

Abstract

Gestational hypertension is one of the leading causes of maternal morbidity and mortality in Ecuador. The objective of this study was to determine the influence of public healthcare management on the conditions of women with gestational obstetric risk due to hypertension in a hospital in Guayaquil during 2026, within the framework of Sustainable Development Goal 3. A quantitative approach was adopted, with a non-experimental, cross-sectional

Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

design and a correlational-explanatory scope. The sample included 126 pregnant and postpartum women, who answered two Likert-type questionnaires with high reliability (α = 0.933 and α = 0.968). The results showed that public healthcare management explained 81.5 % of the variability of gestational obstetric risk (Nagelkerke R^2 = 0.815; p < 0.001), with significant effects on clinical assessment and diagnosis (62.6 %), medical management and treatment (73.6 %), and gestational and perinatal outcomes (63.3 %). It is concluded that public healthcare management has a direct and significant influence on the conditions of these women. The research is linked to physical culture and sport because scientific evidence shows that regular physical activity, especially supervised aerobic exercise, reduces the risk of gestational hypertension by up to 44 % and improves maternal cardiovascular adaptation, which makes the promotion of exercise a strategic component of public healthcare management and maternal health programs.

Keywords: public administration, health services, maternal health, pregnancy-induced hypertension, physical activity.

Resumo

A hipertensão gestacional é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no Equador. O objetivo do estudo foi determinar a influência da gestão pública assistencial de saúde nas condições de mulheres com risco obstétrico gestacional por hipertensão em um hospital de Guayaquil durante 2026, no âmbito do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3. Adotou-se uma abordagem quantitativa, com delineamento não experimental, transversal e alcance correlacional-explicativo. A amostra incluiu 126 gestantes e puérperas, que responderam a dois questionários tipo Likert com alta confiabilidade (α = 0,933 e α = 0,968). Os resultados mostraram que a gestão pública assistencial explicou 81,5 % da variabilidade do risco obstétrico gestacional (R^2 de Nagelkerke = 0,815; p < 0,001), com efeitos significativos sobre a avaliação clínica e o diagnóstico (62,6 %), o manejo médico e o tratamento (73,6 %) e os resultados gestacionais e perinatais (63,3 %). Conclui-se que a gestão pública assistencial influencia de maneira direta e significativa as condições dessas mulheres. A pesquisa está vinculada à cultura física e ao esporte porque evidências científicas demonstram que a atividade física regular, especialmente o exercício aeróbico supervisionado, reduz em até 44 % o risco de hipertensão gestacional e melhora a adaptação cardiovascular materna, o que torna a promoção do exercício um componente estratégico da gestão pública assistencial e dos programas de saúde materna.

Palavras-chave: administração pública, serviços de saúde, saúde materna, hipertensão induzida pela gravidez, atividade física.

.

Recibido: octubre/26 Aceptado: noviembre/26

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una amenaza persistente para la salud materna y perinatal a nivel global (Brauer et al., 2024). La Organización Mundial de la Salud estima que estas condiciones afectan aproximadamente al 10 % de las gestantes y son responsables de cerca del 16 % de las muertes maternas, con una carga desproporcionada en países de ingresos bajos y medianos (Anderson et al., 2026). En Ecuador, la hipertensión gestacional se mantiene como la primera causa de mortalidad materna, concentrando alrededor del 25 % de los decesos en el período 2019-2023 y persistiendo como un desafío estructural para el sistema sanitario. Esta realidad adquiere particular relevancia en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el ODS 3 (Salud y Bienestar), cuya meta 3.1 aspira a reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para 2030 (Castellanos et al., 2025).

La literatura científica ha documentado que la mortalidad materna por causas hipertensivas no depende exclusivamente de factores biomédicos, sino que está fuertemente condicionada por la capacidad de los sistemas de salud para organizar, coordinar y proveer servicios oportunos y de calidad (Ávila et al., 2024). Investigaciones transcontinentales han demostrado que la calidad

del tratamiento clínico está subordinada a la madurez de la gestión pública sanitaria, y que las reformas normativas resultan insuficientes si no se acompañan de un liderazgo administrativo riguroso y de capacidades operativas efectivas (Darzi et al., 2023; Fox et al., 2019). En América Latina, la fragmentación de los modelos de administración pública y las asimetrías institucionales agravan la vulnerabilidad de las gestantes, particularmente en entornos donde los mecanismos de referencia y contrarreferencia presentan deficiencias significativas (De Oliveira et al., 2023; Portillo et al., 2024).

En el caso ecuatoriano, la gestión hospitalaria enfrenta desafíos concretos que se traducen en brechas de atención (Domínguez et al., 2024). Estudios previos han identificado que, incluso en instituciones de la red pública, la prevalencia de trastornos hipertensivos alcanza niveles alarmantes, y que la detección temprana y el seguimiento adecuado continúan siendo asignaturas pendientes (Eguez et al., 2025). La provincia del Guayas, y específicamente la ciudad de Guayaquil, concentra el mayor número de muertes maternas por causas hipertensivas, lo que evidencia la necesidad de examinar cómo las decisiones administrativas, la asignación de recursos y la coordinación interservicios inciden en los desenlaces clínicos de las mujeres gestantes.

El presente estudio se propuso determinar la influencia de la gestión pública asistencial de salud en las condiciones de las mujeres con riesgo obstétrico gestacional por hipertensión en un hospital de Guayaquil durante 2026. Para ello, se formularon tres objetivos específicos: evaluar la influencia de la gestión en la evaluación clínica y el diagnóstico; analizar su impacto en el manejo médico y el tratamiento; y establecer su relación con los resultados gestacionales y perinatales. La hipótesis general sostuvo que la gestión pública asistencial influye de manera directa y significativa en las condiciones de estas mujeres, mientras que las hipótesis específicas postularon efectos diferenciados sobre cada una de las dimensiones del riesgo obstétrico.

Es pertinente señalar que el estudio se enmarca en una línea de investigación que trasciende el ámbito estrictamente clínico para articularse con la cultura física y el deporte. La evidencia científica reciente ha demostrado que la actividad física regular durante el embarazo, particularmente el ejercicio aeróbico estructurado, se asocia con una reducción significativa del riesgo de hipertensión gestacional (RR = 0,56; IC 95 %: 0,33-0,97) y con una mejora sustancial de la adaptación cardiovascular materna, incluyendo menores cifras de presión arterial sistólica y diastólica, mayor volumen sistólico y patrones de llenado mitral más favorables. Estos hallazgos convierten a la promoción del ejercicio en un componente estratégico de la gestión pública asistencial, en tanto las decisiones administrativas orientadas a incorporar programas de actividad física supervisada en el control prenatal pueden constituir una intervención costo-efectiva para mitigar la carga de la hipertensión gestacional. Desde esta perspectiva, el estudio no solo examina la relación entre gestión y desenlaces clínicos, sino que aporta evidencia para repensar los modelos de atención materna incorporando la cultura física como herramienta de prevención y promoción de la salud.

Metodología

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, con diseño no experimental, transversal y alcance correlacional-explicativo. Se buscó determinar la influencia de la gestión pública asistencial de salud sobre las condiciones del riesgo obstétrico gestacional por hipertensión, sin manipular deliberadamente las variables, observándolas en su contexto institucional durante el año 2026.

La unidad de análisis estuvo constituida por pacientes gestantes y puérperas con diagnóstico confirmado de trastorno hipertensivo gestacional, que recibieron atención en un hospital de la ciudad de Guayaquil y que otorgaron su consentimiento informado. Se excluyeron aquellas

con registros clínicos incompletos o cuya condición de gravedad impidió la aplicación del instrumento. La muestra quedó conformada por 126 pacientes, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, tamaño que superó el umbral requerido para las pruebas estadísticas empleadas y resultó adecuado para estimar un modelo de regresión logística ordinal.

Para la recolección de datos se emplearon dos cuestionarios tipo Likert de 20 ítems cada uno, con cinco opciones de respuesta que oscilaron entre totalmente en desacuerdo (valor 1) y totalmente de acuerdo (valor 5). El primer instrumento midió la gestión pública asistencial de salud, articulado en tres dimensiones: organización del servicio (7 ítems), recursos humanos (7 ítems) y calidad del servicio (6 ítems). El segundo instrumento evaluó el riesgo obstétrico gestacional por hipertensión, desglosado en evaluación clínica y diagnóstico (7 ítems), manejo médico y tratamiento (7 ítems) y resultados gestacionales y perinatales (6 ítems). Los puntajes de cada variable oscilaron entre 20 y 100 puntos y se agruparon en tres niveles de igual amplitud: bajo, medio y alto.

La validez de contenido se estableció mediante juicio de cinco expertos, quienes valoraron la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada ítem. La confiabilidad se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con valores de 0,933 para el cuestionario de gestión pública y de 0,968 para el de riesgo obstétrico, lo que evidenció una consistencia interna excelente. Todas las dimensiones superaron el valor de 0,80.

El análisis de datos se desarrolló en dos fases. En la fase descriptiva se elaboraron tablas de frecuencias, porcentajes y tablas cruzadas. En la fase inferencial se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, que evidenció la no normalidad de los datos ($p < 0,05$). Dado el carácter ordinal de las variables, se estimó el grado de influencia mediante regresión logística ordinal con función de enlace logit, reportándose las pruebas de ajuste del modelo, bondad de ajuste, líneas paralelas, pseudo R^2 y las estimaciones de los parámetros. El nivel de significancia se fijó en 0,05. Los datos se procesaron en IBM SPSS Statistics, versión 25.

El estudio se rigió por los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se obtuvo la autorización institucional correspondiente y se garantizó la confidencialidad mediante la codificación anónima de los cuestionarios.

Resultados

En respuesta al objetivo general, la Tabla 1 presenta la distribución por niveles de las dos variables del estudio.

Tabla 1. Niveles de la gestión pública asistencial de salud y del riesgo obstétrico gestacional por hipertensión

Variable	Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)	Total f (%)
Gestión pública asistencial de salud	7 (5,6)	61 (48,4)	58 (46,0)	126 (100,0)
Riesgo obstétrico gestacional por hipertensión	11 (8,7)	53 (42,1)	62 (49,2)	126 (100,0)

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje sobre el total (n = 126). En el riesgo obstétrico gestacional por hipertensión, el nivel alto expresa condiciones más favorables, dado que los ítems se formularon en sentido positivo. Baremos: bajo = 20 a 46 puntos; medio = 47 a 73; alto = 74 a 100.

La gestión pública asistencial fue valorada en nivel medio por el 48,4 % de las usuarias y en nivel alto por el 46,0 %, mientras que solo el 5,6 % la ubicó en nivel bajo. El riesgo obstétrico gestacional se situó en nivel alto en el 49,2 % de las usuarias, lo que reflejó condiciones favorables en casi la mitad de ellas; sin embargo, el 8,7 % se ubicó en nivel bajo. Entre los aspectos de la gestión con menor valoración destacó el abastecimiento continuo de medicamentos antihipertensivos, con el que el 47,6 % de las usuarias manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

El análisis inferencial mediante regresión logística ordinal (Tabla 2) evidenció que la inclusión de la gestión como predictor redujo el -2 log de la verosimilitud de 233,37 a 87,07 ($\chi^2 = 146,31$; gl = 1; $p < 0,001$). Ni el estadístico de Pearson ni la desvianza resultaron significativos ($p > 0,05$), lo que indicó un ajuste adecuado, y la prueba de líneas paralelas respaldó la proporcionalidad de las odds ($p = 0,061$).

Tabla 2. Ajuste del modelo de regresión logística ordinal de la gestión pública asistencial de salud sobre el riesgo obstétrico gestacional por hipertensión

Prueba	Valor	gl	Sig.
-2 log de la verosimilitud, solo intersección	233,374		
-2 log de la verosimilitud, modelo final	87,068		
Chi-cuadrado del ajuste del modelo	146,305	1	< 0,001
Bondad de ajuste, Pearson	29,616	95	1,000
Bondad de ajuste, desvianza	27,547	95	1,000
Prueba de líneas paralelas	3,504	1	0,061
R^2 de Cox y Snell	0,687		
R^2 de Nagelkerke	0,815		
R^2 de McFadden	0,627		

Nota. gl = grados de libertad; Sig. = significación. Función de enlace logit, con el puntaje de la gestión pública asistencial de salud como covariable.

El R^2 de Nagelkerke indicó que el 81,5 % de la variación observada en las condiciones de las gestantes hipertensas se atribuyó a la gestión. El parámetro de ubicación fue positivo (B = 0,390; Wald = 31,96; $p < 0,001$) y su Exp(B) de 1,477 señaló que cada punto adicional en la escala de gestión elevó en 47,7 % la probabilidad relativa de pasar a un nivel más favorable.

Respecto al primer objetivo específico, la evaluación clínica y el diagnóstico alcanzó un nivel alto en el 57,1 % de las usuarias, medio en el 35,7 % y bajo en el 7,1 %. La incorporación de la gestión mejoró significativamente el modelo ($\chi^2 = 91,78$; gl = 1; $p < 0,001$), con un R^2 de Nagelkerke de 0,626. El parámetro de ubicación fue positivo (B = 0,190; Wald = 43,51; $p < 0,001$), con un Exp(B) de 1,209, lo que implicó que cada punto adicional en la gestión aumentó en 20,9 % la probabilidad de alcanzar un nivel superior en esta dimensión.

En cuanto al segundo objetivo específico, el manejo médico y el tratamiento presentó un nivel alto en el 49,2 %, medio en el 38,1 % y bajo en el 12,7 %. El modelo ordinal fue significativo ($\chi^2 = 126,12$; gl = 1; $p < 0,001$), con un R^2 de Nagelkerke de 0,736. El coeficiente de gestión fue positivo (B = 0,271; $p < 0,001$), y su Exp(B) de 1,311 indicó que cada punto adicional en la gestión incrementó en 31,1 % la probabilidad relativa de un nivel superior. Esta dimensión registró el pseudo R^2 más alto entre los tres modelos específicos.

Para el tercer objetivo específico, los resultados gestacionales y perinatales mostraron predominio del nivel medio (43,7 %), seguido del alto (42,1 %) y del bajo (14,3 %). El modelo fue significativo ($\chi^2 = 100,05$; gl = 1; $p < 0,001$), con un R^2 de Nagelkerke de 0,633. El parámetro de ubicación positivo (B = 0,195; Wald = 45,87; $p < 0,001$) y su Exp(B) de 1,215 evidenciaron que cada punto adicional en la gestión aumentó en 21,5 % la probabilidad de alcanzar un nivel más favorable en los desenlaces gestacionales y perinatales.

Discusión

Los hallazgos del estudio confirman que la gestión pública asistencial de salud ejerce una influencia directa y significativa sobre las condiciones de las mujeres con riesgo obstétrico gestacional por hipertensión (Abra et al., 2026; Cresswell et al., 2025). El modelo de regresión logística ordinal explicó el 81,5 % de la variabilidad del riesgo obstétrico, lo que sitúa a la gestión hospitalaria como un determinante de primer orden en la trayectoria clínica de estas

pacientes. Este resultado es consistente con la literatura internacional que ha demostrado que la calidad del tratamiento clínico está subordinada a la madurez de la gestión pública sanitaria y que las reformas normativas resultan insuficientes si no se acompañan de capacidades operativas efectivas (Nwankwo et al., 2024).

El predominio del nivel medio en la valoración de la gestión (48,4 %) revela que una proporción considerable de las usuarias percibe un funcionamiento institucional susceptible de fortalecimiento. Esta heterogeneidad justifica la evaluación de procesos para distinguir los componentes mejor calificados y las áreas prioritarias de intervención (Countouris et al., 2025). El hallazgo de que el 47,6 % de las usuarias manifestara desacuerdo con el abastecimiento continuo de medicamentos antihipertensivos constituye una señal de alerta para la planificación de recursos y evidencia que la dimensión de calidad del servicio presenta brechas que requieren atención inmediata. La evidencia previa había identificado que las deficiencias en el suministro de medicamentos esenciales y la fragmentación de los procesos logísticos comprometen la continuidad terapéutica y agravan el riesgo de complicaciones graves (Huang et al., 2025).

La evaluación clínica y el diagnóstico mostró una asociación positiva y significativa con la gestión (R^2 de Nagelkerke = 0,626). El hecho de que el 50,0 % de las usuarias considerara que el diagnóstico no se efectuó oportunamente en los controles iniciales, a pesar de que el 57,1 % alcanzó un nivel alto en esta dimensión, sugiere que la oportunidad diagnóstica constituye un aspecto crítico que merece revisión institucional. La captación temprana de gestantes con factores de riesgo hipertensivo y la programación prioritaria de controles son procesos que dependen directamente de la coordinación administrativa y de la organización del servicio (Juster y Misiak, 2023). Estos resultados dialogan con estudios que han señalado que la detección temprana de los trastornos hipertensivos es una prioridad de salud pública en entornos donde la estratificación y el cribado determinan la viabilidad del binomio madre-hijo.

El manejo médico y el tratamiento registró el mayor poder explicativo entre las tres dimensiones específicas (R^2 de Nagelkerke = 0,736). El 84,5 % de las usuarias que valoraron la gestión en nivel alto alcanzaron también un nivel alto en esta dimensión, lo que evidencia una correspondencia estrecha entre la percepción del funcionamiento institucional y la experiencia terapéutica. La continuidad del suministro de medicamentos, la programación de consultas de seguimiento y la adherencia al esquema farmacológico son elementos que dependen de decisiones administrativas sobre compras, control de existencias, dispensación y comunicación con las pacientes. La literatura ha destacado que la adherencia terapéutica y el seguimiento riguroso del esquema farmacológico reducen significativamente el riesgo de progresión hacia la eclampsia y otras complicaciones graves, lo que subraya la importancia de fortalecer estos procesos desde la gestión.

Los resultados gestacionales y perinatales presentaron una asociación más moderada (R^2 de Nagelkerke = 0,633) y la mayor proporción de evaluaciones bajas (14,3 %). Esta dimensión, que evalúa el desenlace final del embarazo para la madre y el recién nacido, está influida por múltiples factores que trascienden la gestión hospitalaria, incluyendo las condiciones socioeconómicas, el acceso a la atención prenatal y las características biológicas de las pacientes. No obstante, la asociación encontrada es consistente con estudios que han demostrado que el control prenatal y la continuidad de la atención son determinantes para los resultados maternos y neonatales.

Un aspecto que merece especial atención es la vinculación entre la gestión pública asistencial y la cultura física. La evidencia científica reciente ha demostrado que el ejercicio aeróbico regular durante el embarazo reduce la incidencia de hipertensión gestacional en un 44 % (10,1 % en el grupo de ejercicio frente a 15,1 % en el grupo control; RR = 0,56; IC 95 %: 0,33-0,97) y mejora la adaptación cardiovascular materna, con menores cifras de presión arterial y patrones hemodinámicos más favorables (Chen et al., 2024). Además, los niveles más

altos de actividad física antes del embarazo se asocian con una reducción del 20-35 % en el riesgo relativo de trastornos hipertensivos del embarazo. Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la gestión pública: la incorporación de programas de actividad física supervisada en el control prenatal, la promoción de estilos de vida activos desde la atención primaria y la coordinación con profesionales de la cultura física y el deporte constituyen estrategias costo-efectivas que pueden contribuir a mitigar la carga de la hipertensión gestacional. La gestión asistencial, por tanto, no se limita a la provisión de servicios clínicos, sino que debe extenderse a la promoción de la salud y a la prevención de complicaciones mediante intervenciones no farmacológicas basadas en el ejercicio.

La comparación con estudios previos permite contextualizar estos hallazgos. Investigaciones en países de ingresos bajos y medianos han demostrado que las mejoras en la gobernanza sanitaria se asocian positivamente con la calidad de los servicios de salud materna, y que la reducción de la morbilidad y mortalidad requiere mecanismos de control y articulación eficientes (Piedra y Prior, 2023). En América Latina, se ha documentado que la fragmentación del financiamiento y la falta de coordinación institucional incrementan la letalidad materna, incluso en contextos donde la afiliación a la seguridad social había ejercido un efecto protector (Seminario et al., 2024). En Ecuador, estudios nacionales han identificado que las muertes por hipertensión gestacional persisten a pesar de las tendencias generales a la baja, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los protocolos de emergencia obstétrica y el primer nivel de atención (Lapo, 2024; Moreira y Vegas, 2023).

El presente estudio aporta evidencia empírica sobre la relación entre la gestión pública asistencial y los desenlaces clínicos en un hospital específico de Guayaquil, una de las provincias con mayor concentración de muertes maternas por causas hipertensivas (Torres et al., 2022). La contribución radica en documentar esta relación desde la perspectiva de las usuarias, complementando los estudios de base clínica y administrativa. No obstante, se reconoce que la medición de la gestión se basó en la percepción de las pacientes, lo que si bien es válido para evaluar la experiencia de atención, no sustituye los indicadores objetivos de desempeño institucional. Futuras investigaciones deberían integrar datos clínicos y administrativos para triangular los hallazgos y profundizar en la identificación de los procesos específicos que mayor impacto tienen sobre los desenlaces.

Conclusiones

La gestión pública asistencial de salud influye de manera directa y significativa en las condiciones de las mujeres con riesgo obstétrico gestacional por hipertensión en el hospital estudiado. El modelo de regresión logística ordinal evidenció que la gestión explicó el 81,5 % de la variabilidad del riesgo obstétrico (R^2 de Nagelkerke = 0,815; $p < 0,001$), lo que confirma la hipótesis general del estudio.

En relación con la evaluación clínica y el diagnóstico, la gestión mostró una asociación positiva y significativa (R^2 de Nagelkerke = 0,626), aunque el 50,0 % de las usuarias señaló que la oportunidad diagnóstica en los controles iniciales requiere fortalecimiento. Este hallazgo subraya la necesidad de optimizar los procesos de captación temprana y seguimiento.

Respecto al manejo médico y el tratamiento, la gestión presentó el mayor poder explicativo entre las dimensiones específicas (R^2 de Nagelkerke = 0,736). La continuidad del suministro de medicamentos antihipertensivos fue identificada como un área crítica, con un 47,6 % de respuestas desfavorables, lo que exige la implementación de sistemas de programación y monitoreo de existencias.

En cuanto a los resultados gestacionales y perinatales, la gestión evidenció una asociación

significativa (R^2 de Nagelkerke = 0,633), aunque esta dimensión registró la mayor proporción de evaluaciones bajas (14,3 %). Ello sugiere que, si bien la gestión incide en los desenlaces, existen factores adicionales que deben abordarse de manera integral.

La vinculación con la cultura física y el deporte emerge como una línea de acción estratégica. La evidencia científica demuestra que la actividad física regular reduce significativamente el riesgo de hipertensión gestacional y mejora la adaptación cardiovascular materna. Por tanto, se recomienda que la gestión pública asistencial incorpore programas de ejercicio supervisado en el control prenatal y articule esfuerzos con profesionales de la cultura física para fortalecer la prevención y promoción de la salud materna.

Referencias

Abra, V., Little, O., Sesto, C., Pykett, A., & Klein, A. (2026). Are relationships the key to effective technical assistance centers? A practice report of 3 efforts to coordinate public health resources in times of need. Journal of Public Health Management and Practice, 32(3), 348-356. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002005

Álvarez, T., Tapia, J., & Salazar, Z. (2023). Prevalencia y factores asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en edades obstétricas de riesgo. Salud, Ciencia y Tecnología, 3(357), 1-8. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023357

Anderson, M., Fries, M., Haase, K., Foley, O., & Tauseef, A. (2026). Hypertensive disorders of pregnancy (HDP) mortality in the United States: A CDC WONDER population analysis, 1999-2023. Frontiers in Reproductive Health, 8, 1-8. https://doi.org/10.3389/frph.2026.1816821

Ávila, A., Chiles, K., & Paccha, C. (2024). Prevalencia de trastornos hipertensivos en gestantes en un hospital público, Ecuador. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(2), 1072-1085. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10550

Brauer, M., Roth, G., & Aravkin, A. (2024). Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, 403, 2162-2203. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00933-4

Castellanos, R., Menéndez, B., Luján, G., & Velasco, M. (2025). Gobernanza de la información hospitalaria sobre la muerte materna: Una revisión sistemática. Revista INVECOM, 6(2), 1-10. https://doi.org/10.5281/zenodo.15795287

Chen, C., Zhai, J., Hu, S., Liu, X., Tu, X., Li, B., Huang, K., Tian, F.-Y., Liu, H., Hu, R., & Guo, J. (2024). Effects of different physical exercise types on health outcomes of individuals with hypertensive disorders of pregnancy: A prospective randomized controlled clinical study. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 37(1), 2421278. https://doi.org/10.1080/14767058.2024.2421278

Countouris, M., Mahmoud, Z., Cohen, J., Crousillat, D., Hameed, A., Harrington, C., Hauspurg, A., Honigberg, M., Lindley, K., McLaughlin, M., Sachdev, N., Sarma, A., Shapero, K., Sinkey, R., Tita, A., Wong, K., Yang, E., Cho, L., & Bello, N. (2025). Hypertension in pregnancy and postpartum: Current standards and opportunities to improve care. Circulation, 151(7), 490-507. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.124.073302

Cresswell, J., Alexander, M., Chong, M., Link, H., Pejchinovska, M., Gazeley, U., Ahmed, S., Chou, D., Moller, A., Simpson, D., Alkema, L., Villanueva, G., Sguassero, Y., Tunçalp, Ö., Long, Q., Xiao, S., & Say, L. (2025). Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: A WHO systematic analysis. The Lancet Global Health, 13(4), e626-e634. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6

Darzi, A., Basharul, S., Owais, S., & Ahmad, S. (2023). Service quality in the healthcare sector: A systematic review and meta-analysis. LBS Journal of Management & Research, 21(1), 13-29. https://doi.org/10.1108/LBSJMR-06-2022-0025

De Oliveira, R., Zimmermann, A., Xavier, I., Barros, Y., Alves, A., Santos, K., Ferreira, A., Korkes, H., & Gonçalves, A. (2023). Maternal-fetal outcomes of women with hypertensive disorders of pregnancy. Revista da Associação Médica Brasileira, 69(6), e20230060. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230060

Domínguez, D., Pérez, M., & Chon, V. (2024). Caracterización del síndrome HELLP como complicación de la preeclampsia severa: Un estudio observacional de centro único. Actas Médicas, 34(2), 132-136. http://actasmedicas.ec/index.php/am/article/view/213

Eguez, J., Santistevan, K., Sornoza, D., & Parrales, M. (2025). Calidad del servicio y satisfacción del paciente: Modelo SERVQUAL en el Centro de Salud Jipijapa, Ecuador. Revista de Ciencias Sociales, 31(4), 447-459. https://doi.org/10.31876/rcs.v31i4.44873

Fox, R., Kitt, J., Leeson, P., Aye, C., & Lewandowski, A. (2019). Preeclampsia: Risk factors, diagnosis, management, and the cardiovascular impact on the offspring. Journal of Clinical Medicine, 8(10), 1625. https://doi.org/10.3390/jcm8101625

Huang, H., Huang, X., Zhang, Z., Chen, H., Wei, W., & Lu, W. (2025). Implementing system dynamics in hospital services to improve operational efficiency: An empirical research study. Health Research Policy and Systems, 23(134), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01394-w

Juster, R., & Misiak, B. (2023). Advancing the allostatic load model: From theory to therapy. Psychoneuroendocrinology, 154, 106289. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106289

Lapo, G. (2024). Nationwide study of in-hospital maternal mortality in Ecuador, 2015-2022. Revista Panamericana de Salud Pública, 48(e5), 1-8. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e5/en/

Moreira, A., & Vegas, H. (2023). Gobernanza en salud como estrategia de valor ético en el servicio hospitalario: Unidad de estudio: Hospital del IESS del Cantón Manta. *593 Digital Publisher CEIT, 8*(3-1), 321-337. https://doi.org/10.33386/593dp.2023.3-1.1892

Nwankwo, O., Auer, C., Oyo, A., Eyers, J., Wyss, K., Fink, G., & Bosch, X. (2024). Human resources for health: A framework synthesis to put health workers at the centre of healthcare. BMJ Global Health, 9(e014556), 1-11. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014556

Piedra, J., & Prior, D. (2023). Analyzing the effect of health reforms on the efficiency of Ecuadorian public hospitals. International Journal of Health Economics and Management, 23, 361-392. https://doi.org/10.1007/s10754-023-09346-z

Portillo, E., Hernández, R., Argota, G., Álvarez, R., Miranda, J., Ruiz, R., & Quispe, S. (2024). Mortalidad materna por hipertensión en Perú durante el período 2020-2023. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 23(1), 1-6. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9848016

Seminario, F., Bardales, V., & Carruitero, M. (2024). Prevención de la preeclampsia y su relevancia en el contexto latinoamericano: Una revisión narrativa. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 89(2), 116-123. https://doi.org/10.24875/rechog.23000076

Torres, I., Ramírez, L., & Salcedo, M. (2022). Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador: Un estudio de revisión. Más Vita, 2(3), 104-113. https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0046