

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



DOCTORADO

MENCIÓN: CIENCIAS

TESIS

**DETERMINANTES SOCIOCULTURALES Y LA
SALUD MATERNA Y PERINATAL, CENTRO DE
SALUD SIMÓN BOLÍVAR-CAJAMARCA, 2013**

Por:

Elena Soledad Ugaz Burga

Asesora:

Doris Teresa Castañeda Abanto

CAJAMARCA, PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POST GRADO



DOCTORADO

MENCIÓN: SALUD

DETERMINANTES SOCIOCULTURALES Y LA SALUD MATERNA Y PERINATAL, CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR-CAJAMARCA, 2013

Por:

Elena Soledad Ugaz Burga

Comité Científico

Dr. Elfer Miranda Valdivia

Presidente del Comité

Dra. Dra. Nélica Medina Hoyos

Primer Miembro Titular

Dra. María Eugenia Urteaga Becerra

Segundo Miembro Titular

Dra. Doris T. Castañeda Abanto

Asesora

CAJAMARCA, PERÚ

2015

COPYRIGHT © 2015 by
Elena Soledad Ugaz Burga
Todos los derechos reservados

A:

Dios por su infinita misericordia, y por acompañarme cada día en mi transitar por la vida.

Mis hijos Heidi, David, Danny y Luis mis más grandes tesoros.

Mis nietos: Jorge, Fernando e Ithanny, un regalo de Dios, que son mi alegría de cada día.

Mi madre, por su cariño incondicional de siempre.

Elena

AGRADECIMIENTOS

A:

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

Mi alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, Por albergarme tantos y tantos años.

La plana docente de la Escuela de Post Grado, por haber sembrado en mí, la semilla del quehacer científico.

Mi asesora y amiga, la Dra. Doris Teresa Castañeda Abanto por su valioso e incondicional apoyo en la revisión de cada una de las páginas de esta tesis.

A mi gran amiga Aurora, quien me brindó su apoyo en la recolección de la muestra.

Cada una de las mujeres que han constituido parte de la muestra, por brindarme toda la información de manera sincera y compartir conmigo muchos de sus secretos.

La autora

CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
LISTA DE GRAFICOS	viii
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE ABREVIACIONES	xii
GLOSARIO	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Antecedentes	5
1.2. Teorías	7
1.2.1. La salud	7
1.2.2. Modelo conceptual de la salud materno perinatal	12
1.2.3. Determinantes sociales de la salud	18
1.2.4. Cultura	33
CAPÍTULO I. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
1.3. Objetivos	41
1.4. Hipótesis	41
1.5. Variables	42

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.1. Diseño y tipo de estudio	43
3.2. Área de estudio y población	43
3.3. Muestra	44
3.4. Unidad de Análisis	45
3.5. Criterios de inclusión	45
3.6. Consideraciones éticas	46
3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	46
3.8. Procesamiento y Análisis de Datos	48
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	135
SUGERENCIAS	137
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
ANEXOS	146

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Modelo de salud de Lalonde

Gráfico 02. Modelo tradicional o triada ecológica.

Gráfico 03. Modelo de Determinantes de Salud de Lalonde.

Gráfico 04. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever.

Gráfico 05. Modelo de Determinantes de salud de Tarlov

Gráfico 06. Modelo de Determinantes de Salud de Dahlgren y Whitehead.

Gráfico 07. Modelo de los Determinantes estructurales e Intermedios

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013
- Tabla 2. Nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 03. Nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 04 Tenencia de vivienda de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 05 Servicios básicos en las viviendas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 06 Estado nutricional pregestacional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 07 Vacuna antitetánica en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 08 Número de controles prenatales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 09 Complicaciones obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 10 Peso de los recién nacidos hijos de madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.

- Tabla 11 Apgar de los recién nacidos, hijos de madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 12 Complicaciones neonatales de los hijos de madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 13 Estado nutricional según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 14 Vacunación antitetánica según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 15 Número de controles prenatales según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 16 Complicaciones obstétricas según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 17 Estado nutricional según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 18 Vacunación antitetánica según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 19 Controles pre natales según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 20 Complicaciones maternas presentes según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 21 Peso del recién nacido según nivel educativo de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 22 Apgar del recién nacido según nivel educativo de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.

- Tabla 23 Complicaciones neonatales según nivel educativo de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 24 Peso del recién nacido según nivel económico de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 25 Apgar del recién nacido según nivel económico de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 26. Complicaciones neonatales según nivel económico de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.
- Tabla 27 Preferencia de lugar de atención de parto por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.

LISTA DE ABREVIACIONES

ALC:	América Latina y el Caribe.
APEIM:	Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados.
BPN:	Bajo Peso al Nacer
CDSS:	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CPN:	Control Pre natal
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud.
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
HIG:	Hipertensión gestacional
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA:	Ministerio de Salud
ODM:	Objetivos del Milenio
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
RCIU:	Restricción de Crecimiento Intrauterino
RPM:	Rotura prematura de membranas
SIS:	Seguro Integral de Salud
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia).

GLOSARIO

Determinantes sociales de la salud. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Bajo peso al nacer. Peso al nacer inferior a 2.500 gramos.

Control pre natal. Conjunto de atenciones a la madre con la finalidad de lograr los mejores resultados al final del embarazo, tanto para la madre como para el producto.

Cultura. Es un conjunto complejo que abarca los conocimientos, las creencias, el arte, el derecho, la moral, las costumbres y los demás hábitos y aptitudes que el hombre adquiere en cuanto que es miembro de la sociedad.

Estado nutricional. Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Nivel educativo: Son tramos del sistema educativo que acreditan y certifican el proceso educativo organizado en función de las características psicosociales del sujeto con relación a la infancia, a la adolescencia, a la juventud y a la adultez.

Nivel socioeconómico. Es una segmentación del consumidor y las audiencias que

Recién nacido. Es el niño producto de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.

Salud. Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Test de Apgar. Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé.

Vacunación antitetánica. Es la administración de toxoide tetánico destinado a generar inmunidad en la mujer durante la gestación con la finalidad de proteger a la madre y a su hijo contra el tétanos neonatal.

RESUMEN

El estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue determinar la influencia de los determinantes sociales y culturales en la salud materna y perinatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca, para ello, se administró una encuesta a cada una de ellas, en donde se consignaron los datos concernientes a los determinantes sociales de la salud y los indicadores de salud materna y perinatal; También se realizó un análisis cualitativo de algunos determinantes culturales de la salud materna y perinatal, utilizando la técnica de la entrevista a profundidad a las gestantes de la muestra. Se determinó que el mayor porcentaje de gestantes pertenecen al estrato socioeconómico bajo (E y D) y viven en condiciones precarias, solamente un cierto porcentaje de ellas cumplió con los estándares básicos de salud materna y perinatal estimados por la Organización Mundial de la Salud. Se encontró que el nivel educativo influye en el número de dosis de toxoide antitetánico y el nivel socioeconómico de las gestantes, en el estado nutricional, en la vacunación antitetánica y en la presencia de complicaciones obstétricas. Finalmente se determinó que las mujeres en su mayoría optan por la medicina occidental, pero aún perviven con sus tradiciones y creencias en torno al embarazo, el parto y el puerperio, así como en el cuidado del recién nacido.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, salud materna y perinatal, perinatología.

ABSTRACT

The study is a non-experimental design, cross-sectional, descriptive, correlational, whose objective was to determine the influence of social and cultural determinants in maternal and perinatal health in pregnant women at the Health Center Simon Bolivar, Cajamarca, for therefore, a survey was administered to each of them, where data concerning the social determinants of health and indicators of maternal and perinatal health ; Also, a qualitative analysis of some cultural determinants of maternal and perinatal health was also performed, using the technique of in-depth interviews with pregnant women in the sample. It was determined that the highest percentage of pregnant women belonging to low socioeconomic status (E and D) and live in poor conditions, only a certain percentage of them mention how to comply with the basic standards of maternal and perinatal health estimated by the World Health Organization. It was founded that the level of education influences in the number of tetanus toxoid doses; and socioeconomic status of pregnant women in nutritional status, tetanus vaccination and the presence of obstetric complications. Finally it was determined that most women choose to Western medicine, but still survive with their traditions and beliefs surrounding pregnancy, birth and the postpartum period, and care of the newborn.

Keywords: Social determinants of health, maternal and perinatal health

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad”, otros analistas sugieren que la salud es aquella buena condición física y plena capacidad para poder desarrollar las actividades diarias.

La salud materna, puede definirse como la manera de vivir de una madre, realizarse y pertenecer a una familia en una sociedad determinada, gozando del derecho a la maternidad como una experiencia elegida, gozosa, compartida y segura, sin complicaciones que hagan peligrar su vida o la de su hijo, considerando que es un factor esencial a todos los objetivos y estrategias de reducción de la pobreza y promoción del desarrollo, ya que las madres se constituyen en el centro de la vida familiar y el elemento fundamental de su economía, especialmente en los países subdesarrollados en donde tienen un rol protagónico dentro de la sociedad.

Sin embargo, y a pesar de los avances de la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina, no se ha conseguido optimizar en gran medida la salud materna y perinatal, hecho que se ve reflejado en los índices de mortalidad materna y perinatal que continúan siendo elevados debiendo precisar que más allá de los datos estadísticos, tanto la muerte materna como la perinatal son acontecimientos devastadores para las familias que tienen que afrontar este suceso, conducente a afirmar que la salud materna y perinatal se encuentran seriamente resquebrajadas.

Las muertes maternas y perinatales son expresión inequívoca de las desventajas en que viven las mujeres en la sociedad actual, por razones de exclusión social y de género

constituyendo una violación de sus derechos sexuales y reproductivos. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podrían evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad, a su vez, estas condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas, elementos todos denominados: determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países.

La comisión de Determinantes Sociales (CDSS), establecida por la OMS, en marzo de 2005, ha llamado la atención sobre la importancia de tener un enfoque de determinantes sociales, que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria y pide que se subsanen las desigualdades sanitarias en una generación asimismo, propone: mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local y medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

En el Perú el Ministerio de Salud, en su Plan estratégico Nacional 2009-2015 establece dentro de sus principios que toda intervención dirigida a mejorar la salud materna y perinatal, debe ser ejecutada en el marco de los derechos humanos, realizando un abordaje con diferentes enfoques uno de ellos es precisamente el de los determinantes sociales y sostiene que los de importancia gravitante que se relacionan con la prevención y disminución de la mortalidad materna y perinatal, son la familia de la

gestante y del recién nacido por el impacto que desde ellos se puede tener en la disminución de las dos primeras demoras: demora en reconocer el peligro y demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demoras asociadas mayormente a dinámicas sociales relacionadas con la toma de decisiones y el rol de la mujer; otro es el enfoque intercultural el mismo que supone el respeto y la valoración mutua entre las diferentes culturas. Implica diálogo e intercambio de conocimientos y prácticas beneficiosas de salud entre el sistema biomédico y las comunidades a las que sirve. En este sentido involucra la participación de la comunidad para dar forma a los servicios de salud, pero en muchos establecimientos de salud solamente ha quedado en el discurso ya que el personal se niega a aceptar las costumbres y tradiciones ancestrales, transmitidas de generación a generación, de las mujeres campesinas trayendo como consecuencia la renuencia de estas a solicitar apoyo en algún momento de su embarazo constituyéndose en un factor de riesgo, tanto para ellas como para los perinatos, pues en muchos de los casos cuando deciden acudir a un establecimiento de salud ya es demasiado tarde.

Toda esta problemática se observa en la ciudad de Cajamarca, en diferentes establecimientos de salud, razón por la cual se desarrolló la presente investigación, con el objetivo principal de determinar y analizar la influencia de los determinantes socioculturales en la salud materna y perinatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, cuya interrogante central se expresa de la siguiente manera: ¿Cuál es la influencia de los determinantes socio-culturales en la salud materna y perinatal?

Para la recolección de información de campo se recurrió a la aplicación de una encuesta dirigida a las gestantes para obtener datos sobre los determinantes sociales y la salud materna y perinatal y una guía para la entrevista semi-estructurada a profundidad, diseñada con preguntas abiertas esperando que las madres entrevistadas respondan

libremente para comprender los determinantes culturales de las mujeres en torno a la salud materna y perinatal.

La presente tesis se ha estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I. Marco teórico, el cual incluye los antecedentes y la revisión y análisis teórico de la salud materna y perinatal y los determinantes socioculturales de la salud

Capítulo II. Diseño metodológico en donde se consigna el diseño y tipo de investigación, el área de estudio y población, la muestra, unidad de análisis, instrumento y técnicas de recolección de datos y el procesamiento y análisis de datos.

Capítulo III. Resultados y discusión de datos de acuerdo a las tablas y gráficos estadísticos.

Finalmente se consigna las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales

Rodríguez L. (Córdova, 2008), en su estudio: “Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva”, estudió las percepciones, conocimientos y prácticas de las mujeres indígenas sobre el embarazo, parto, postparto, planificación familiar y violencia de género que expliquen el uso o no uso de los servicios de salud ofertados por el hospital. Igualmente investigó los conceptos y prácticas del hospital “San Luis de Otavalo”, centrados en la medicina occidental y cómo éstos resultan o no adecuados para garantizar servicios de calidad a las mujeres indígenas, determinando que las mujeres indígenas perciben una distinta forma de tratar y atender el cuerpo y las funciones reproductivas; que no acuden al hospital porque tienen miedo a los servicios y a que no respeten su intimidad (1).

Medina A, Mayca J. (Finlandia, 2009), realizaron un estudio etnográfico descriptivo, cualitativo denominado: “Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Analizaron las mismas, en función de cinco aspectos, relacionados a señales, peligros, dietas y cuidados durante el embarazo, parto y puerperio. Encontrando como resultados que los pobladores reconocen algunas señales de peligro en el embarazo, como el sangrado vaginal y

pérdida de líquido amniótico. Los cuidados durante el embarazo se relacionan con las actividades diarias y la ingesta de alimentos (dietas). Existen algunos elementos que dificultan el parto y nacimiento, como el sentimiento de vergüenza para llamar al promotor. Luego del parto, debe mantenerse los cuidados para la recuperación de la madre, y un adecuado desarrollo del recién nacido.

Llegaron a la conclusión que las concepciones y percepciones del embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas, norman el comportamiento de sus pobladores, repercutiendo esto en la salud materna e infantil (2).

Castellano G, Heinzen J, Nión S. (Uruguay, 2010), en su estudio “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud enfermedad”, encontraron que, las actitudes con respecto a la adopción de determinadas conductas en salud, cambios de hábitos y acciones de prevención dependen de las percepciones que se tengan de amenaza con respecto a una situación concreta. Esta evaluación de riesgos y beneficios se encuentra influenciada por factores histórico-culturales, en los que las creencias juegan un rol muy importante.

Aparece como dimensión fundamental, la valoración específica de la situación de embarazo dentro del conjunto de valoraciones en torno a la salud de las mujeres en general, en el entendido que surgen creencias y se propician prácticas específicas que –aunque no necesariamente asimilen embarazo = enfermedad- sí sitúan dicho estado como de mayor vulnerabilidad, cambiando de esta forma el patrón de referencia y momentáneamente, en definitiva, el estatus asociado a esa persona dentro del colectivo social (3).

Darias S. (Islas Canarias, España, 2010) en su estudio denominado: “Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular”, en el cual pudo concluir que la educación es un factor importante en la adopción de una vida sana, determinó igualmente que a menor nivel de ingresos se produce un mayor riesgo de hipertensión arterial, considerando el investigador que una situación de dificultad económica genera estrés y esto conlleva a un deterioro de la salud del individuo.

También encontró que la actividad económica es un determinante de la salud en las mujeres ya que la incorporación al mundo laboral no ha ido acompañada de mejoras en su nivel de salud; sin embargo el grupo de mujeres que trabajaban en el sector privado, presentaron menor riesgo de ser hipertensas (OR 0,117, IC95% 0,019-0,71), así como el porcentaje de mujeres pertenecientes al grupo de amas de casa presentó una menor probabilidad de padecer hipertensión arterial (OR 0,386, IC95% 2,204-0,73). Los porcentajes son más elevados para la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia en personas sedentarias. Las mujeres con estudios primarios (OR 0,256, IC95% 0,1-0,652) y secundarios (OR 0,337, IC95% 0,136-0,836) tuvieron menor probabilidad de ser hipertensas (4).

1.2. Marco teórico

1.2.1. La salud

1.2.1.1. Análisis social de la salud

El concepto de salud tiene múltiples acepciones que varían en alcance y contexto, el uno del otro, ha variado a lo largo de los tiempos y se ha constituido en un debate cuasi obligado en las disertaciones académicas, frecuente en las discusiones epistemológicas y epidemiológicas.

Algunas definiciones sugieren una dimensión holística de la salud como la utilizada por Saylor (2004) referido por Darías (2010), que define la salud como un funcionamiento óptimo de bienestar y calidad de vida. Esta definición incluye el aspecto físico, psicológico, el equilibrio y la armonía, el bienestar físico, mental, espiritual y social (4).

La definición tautológica, señala, que la salud es la mejor connotación de no estar enfermo, y por lo tanto estar enfermo es una condición de no estar sano, definición que no esclarece en nada el verdadero significado de salud. En cada una de las definiciones el autor establece sus criterios y conceptos de acuerdo a sus propios análisis e interpretaciones del proceso salud enfermedad.

Sin embargo la definición reconocida universalmente es la aportada por la OMS en su constitución de 1948, quien define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (5,6)

La OMS tiene una visión más amplia del concepto de salud integrando aspectos biológicos, mentales y sociales como condicionantes para la salud, pero sin determinar la individualidad del ser y la realidad social cambiante.

Lever y Clark (2009) referidos por Álvarez (2009), hacen referencia al concepto ecológico de la enfermedad y, sugieren que los conceptos salud y enfermedad son una única manifestación de un equilibrio orgánico sin límites definidos y que por lo tanto es irracional pretender definirlos. La salud desde este punto de vista sería un equilibrio adaptativo del organismo humano con el ambiente físico y social o el equilibrio entre el agente causante de la enfermedad, el hospedero u hombre y el medio ambiente (7).

El concepto de estos autores establece que los estados de salud y enfermedad dependen fundamentalmente de tres variables: agente, huésped y ambiente, y que el equilibrio o desequilibrio entre éstos es el que establece la salud o la enfermedad (7).

1.2.1.2. La salud como proceso.

La salud es un proceso dinámico y un equilibrio entre estar sano y enfermo asociado de varias variables. Marck Lalonde (1974), ilustra este concepto con el siguiente gráfico en donde el centro es la salud (7).

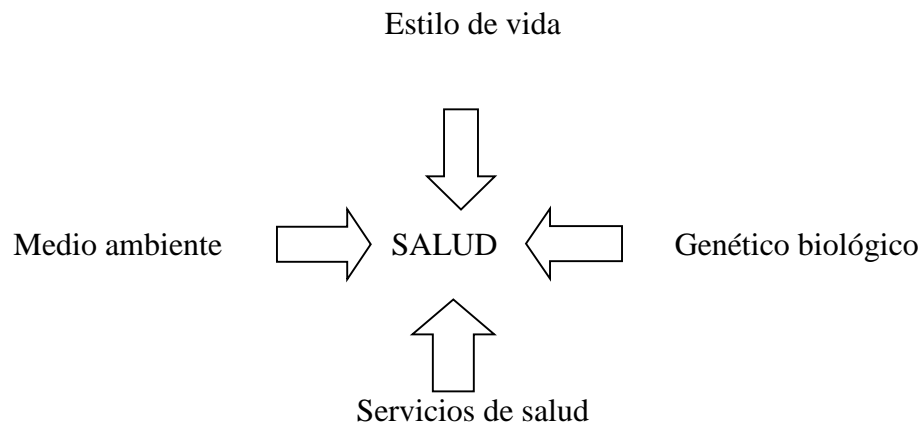


Gráfico 01. Modelo de salud de Lalonde

En este gráfico se muestran cuatro componentes que interactúan en el concepto de salud:

- **Medio ambiente:** son los elementos relacionados con el hombre de manera inmediata y que puede controlar.
- **Estilo de vida:** enmarca el comportamiento del ser humano y sus hábitos, controlable por el hombre.
- **Genético-biológico:** se relaciona con las características heredadas que predispone a ciertas enfermedades; por ejemplo el sexo de las personas está relacionado con el

tipo de enfermedades que se padecen, la edad predispone a enfermedades según grupo etario.

- **Servicios de salud:** comprende las estrategias para prestar los servicios de salud, que se encuentran o no integradas en un sistema de salud. Este aspecto es controlable por el hombre.

Este modelo muestra que de la interacción de estos elementos depende la salud de una persona, debiendo resaltar que tres factores son controlables por el hombre, hecho que demuestra que la salud depende ante todo de cada persona, más que de los factores externos; de otra parte también señala que, el nivel de salud es la eficiencia del funcionamiento biológico, físico y mental del individuo en relación con el medio ambiente que lo rodea, y las variaciones en este continuo van desde la salud óptima hasta la enfermedad grave y la muerte. Las potencialidades para el éxito, en la lucha del hombre por conservar la salud se manifiestan en los mecanismos defensivos, y en los márgenes de seguridad de los procesos fisiológicos (7).

1.2.1.3. La salud y el enfoque de sistemas.

Álvarez (2009), sostiene que el fenómeno de salud encierra una inmensa complejidad que se encuentra ligada a las también complejas estructuras organizacionales que controlan la actividad humana, económica y ambiental, lo que ha llevado a buscar métodos integradores que permitan identificar y manipular las interrelaciones del hombre con su salud, en este sentido una visión “sistemática” de la salud permitiría, en su opinión, identificar las relaciones de los diferentes elementos y cuál es el peso de cada uno de ellos en el proceso.

En este enfoque debe tenerse en cuenta tanto los elementos, las relaciones y los límites de un sistema con la finalidad de realizar un análisis significativo del proceso de la salud.

Elementos de un sistema: son un conjunto de objetos físicos o humanos que tienen “Entidad” y tienen la propiedad de ser identificables pero no son solamente la agregación simple de sus partes sino que es mucho más que ello, adquiere características integrales especiales, las que se conciben dentro de un concepto de totalidad (7):

Relaciones: son las que poseen los elementos o atributos, y cuya naturaleza puede ser identificable dada la existencia de componentes que interrelacionan entre ellos para cumplir un objetivo determinado.

Límite del sistema: cuando los componentes y elementos que constituyen el sistema que se desea estudiar, se separan del medio ambiente que lo contiene en forma arbitraria y en función de los objetivos que se persiguen (7).

1.2.1.4. Variables del estado de salud

Las variables son indicadores que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas, Álvarez (2009), señala a la morbilidad, como un indicador que intenta estimar el riesgo de enfermedad, en tanto que la OMS ha propuesto como variables del estado de salud a la temperatura, la presión arterial, peso, análisis de sangre (hemograma) y exámenes de orina., Como indicadores de salud materna señala a la ganancia de peso materno en el caso de una grávida, la vacunación antitetánica, el número de controles prenatales, entre otros (7).

1.2.2. Modelo conceptual de la salud materna perinatal

La salud materna y perinatal se puede conceptualizar como el estado de bienestar de la madre, quien debe tener la posibilidad de sobrellevar el embarazo, el parto y el puerperio en forma segura y libre de complicaciones; ello implica que el resultado de dicho embarazo debe ser exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar, tanto para ella como para su hijo.

Es importante evaluar la salud materna y perinatal en el contexto de los hechos en cada elemento del sistema o etapa del ciclo de vida, es por ello que el presente modelo está basado en el enfoque epidemiológico del ciclo vital de vida en donde el punto de partida no es sólo el evento de la muerte materna, sino el periodo entre la concepción, el nacimiento y los veintiocho días siguientes.

La trayectoria de vida de una persona desde el momento de su concepción hasta alcanzar los 28 días de edad es una sucesión de momentos críticos. Por ello es importante comprender la relación causal que existe entre los problemas de salud que afectan a la gestante y aquellos que se observan en el parto, así como en el neonato (8).

Desde la concepción hasta los 28 días después del nacimiento pueden identificarse tres periodos críticos:

a. El primer trimestre de la gestación

Durante este periodo, la mujer empieza a experimentar modificaciones anatómicas y fisiológicas que se van a presentar en su organismo a consecuencia de su embarazo y que la van a acompañar durante los nueve meses. En este periodo, la exposición a

determinados factores tiene consecuencias irreversibles para la salud del feto, pues sus efectos se extienden desde el nacimiento hasta la vida adulta (8).

b. *El parto*

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto (9).

En condiciones normales el parto no conlleva ninguna complicación, sin embargo, igual que en el embarazo, eventualmente suelen presentarse algunas patologías que cambian el curso de los procesos.

Las complicaciones obstétricas ponen en peligro la salud de la madre y del neonato, al extremo de que no solo pueden ocasionar discapacidades de por vida, sino la muerte materna, del recién nacido o de ambos (8).

c. *La etapa neonatal*

En este lapso, el neonato experimenta una brusca exposición al nuevo entorno ambiental en los servicios de salud donde ocurre el parto, así como en el hogar y en la comunidad. Agregada a las exposiciones que previamente experimentó in útero, esa experiencia determina el mayor o menor riesgo de contraer enfermedades, la probabilidad de sobrevivir estos primeros días y su mayor o menor vulnerabilidad hasta los 28 días de vida.

El periodo neonatal se divide en: periodo neonatal precoz que corresponde desde el nacimiento hasta antes de los 7 días y el neonatal tardío que comprende desde los 7 días hasta antes de los 28 días (8).

1.2.2.1. Condiciones sanitarias clave durante la gestación

a. El estado nutricional de la gestante tiene que ser objeto de constante observación, principalmente por la posible deficiencia de micronutrientes como el ácido fólico y el hierro ya que se sabe que la deficiencia de ácido fólico se vincula con defectos del tubo neural (DTN) y la anemia por deficiencia de hierro se asocia con las dos principales causas de mortalidad neonatal: el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer. Además de estos dos micronutrientes, se ha evaluado la carencia de calcio, cinc, vitamina A, cobre y otros. Existen pruebas de que la deficiencia de calcio se asocia con preeclampsia y eclampsia de la gestante, y con el bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento en el niño por nacer (8).

Diferentes estudios enfatizan la importancia del momento en el cual ocurre la deficiencia nutricional, algo que está fuertemente relacionado con las consecuencias en el patrón de crecimiento de los órganos del feto, debido a que cada órgano del feto tiene diferentes patrones de crecimiento. Así, por ejemplo, el hígado, el pulmón y el cerebro expresados como porcentajes del volumen total varían con la edad gestacional, revelando que contribuyen al patrón de crecimiento fetal de manera diferente en distintos momentos de la gestación. La longitud del feto alrededor de las 26 y 28 semanas representa 70% de la talla al nacer, mientras que el peso para ese momento solo representa 32% por otra parte, tanto el momento del almacenamiento de los nutrientes (primer trimestre frente al segundo y al tercero) como el lugar donde se almacena en el cuerpo de la madre (subescapular frente a tríceps) influyen en la habilidad para ser transferido al feto. El bajo peso al nacer se asocia más con los cambios que la madre experimenta en el espesor del tejido muscular y con la ganancia inicial de peso que con otras partes del cuerpo y con otros momentos del embarazo

quedando completamente establecido que los factores nutricionales maternos constituyen uno de los principales elementos determinantes del crecimiento fetal sobre todo en poblaciones con desnutrición (10).

b. Las infecciones durante el embarazo son otra condición sanitaria clave que es esencial controlar. Se destacan en primer lugar las infecciones de las vías urinarias (ITU) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). La relación entre la ITU y el parto prematuro se ha establecido sobre la base de estudios clínicos, bioquímicos y microbiológicos. Cada vez es mayor el número de pruebas que indican que el parto prematuro y la ruptura prematura de membranas (RPM) son desencadenadas por microorganismos presentes en el aparato genital de la gestante y su respuesta a esos agentes.

1.2.2.2. Condiciones sanitarias clave durante el parto

A pesar de que el parto por lo general dura poco tiempo, puede tener consecuencias muy adversas si no se maneja adecuadamente. Durante ese breve período hay tres complicaciones principales que pueden ocasionar la muerte materna.

La eclampsia, es la presencia de convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer embarazada, generalmente suceden después de la vigésima semana del embarazo y pueden aparecer antes del trabajo de parto, durante el mismo, o después. Cuando se manifiesta en el último trimestre de la gestación, lleva al desarrollo de una complicación obstétrica de alta letalidad para la madre que es el síndrome HELLP, esta complicación fue mencionada por Louis Weinstein (1982), para describir a pacientes que además de la hipertensión arterial y proteinuria presentan anemia hemolítica, (en inglés: “Hemolysis”), enzimas hepáticas elevadas (en inglés “Elevated Liver enzymes”)

y recuento bajo de plaquetas (en inglés “Low Platelets”). Las muertes por pre eclampsia pueden ser prevenidas mediante un cuidadoso monitoreo durante el embarazo y el tratamiento con sulfato de magnesio en caso de que se agrave. Si la preeclampsia no responde a este tratamiento, la única opción para evitar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Esta complicación ocupa el segundo o tercer lugar de importancia entre las causas de muerte materna (8,10,11).

Las infecciones, específicamente la sepsis, son a menudo consecuencia de una higiene deficiente durante el parto o un aborto, o de infecciones de transmisión sexual no tratadas durante el embarazo.

Aún sin sintomatología clínica de un proceso infeccioso el riesgo es alto para el neonato en mujeres con bacteriuria asintomática ya que predispone a un parto prematuro aparte de que la madre también corre el riesgo entre 20 a 30 veces de desarrollar pielonefritis, pudiendo llegar a reducir el riesgo en un rango del 20 a 35% recibiendo tratamiento antibiótico.

El parto pre término ocurre en 1 de cada 10 nacimientos, sin embargo el 75% de las muertes neonatales y la mayor parte de las admisiones a unidades de cuidados intensivos son por esta causa. Los nacimientos con menos de 28 semanas de gestación requieren de 85 veces más tiempo de servicios médicos y de enfermería que un neonato a término, lo cual significa un gasto económico importante para los servicios de salud y la familia y un desgaste emocional, por parte, principalmente de la madre. Los niños con menos de 32 semanas tienen un buen nivel de supervivencia y pueden considerarse neurológicamente intactos, pero acusan problemas de conducta antes de cumplir los 7 años en uno de cada tres casos. Esta morbilidad es más frecuente que cualquier otra

discapacidad, y uno de cada cuatro niños nacidos entre la trigésimo segunda y trigésimo quinta semana requieren ayuda durante la edad escolar.

Aproximadamente 80% de los partos pre término se asocia con infecciones intraútero que preceden a la ruptura prematura de membranas, de igual manera casi todas las enfermedades de transmisión sexual conocidas, incluyendo sífilis, gonorrea y chlamydia, se asocian con parto pre término (8).

La infección es un problema de salud pública ya que además de la muerte materna, origina: prolongada estancia hospitalaria, mayor gasto familiar, utilización de más recursos y mayor morbilidad materna, con elevadas secuelas para su salud reproductiva.

Las infecciones durante el embarazo, parto y puerperio son clasificadas en infecciones propias del embarazo y las enfermedades intercurrentes. Entre las primeras están: el aborto séptico, la corioamnionitis, la endometritis, la infección de herida (de la cesárea o de la episiotomía), la fascitis necrotizante, la mastitis y la tromboflebitis. Entre las enfermedades intercurrentes más frecuentes se tiene a: la infección del tracto urinario, la infección respiratoria, la tuberculosis, la malaria, el VIH/SIDA (12).

La hemorragia puerperal se define como la pérdida de 500 ml de sangre o una cantidad que afecta adversamente a la fisiología materna, después que se completa la tercera etapa del trabajo de parto (8,12).

La hemorragia puerperal se divide en dos categorías: inmediata (dentro de las primeras 24 horas post parto) o tardía (después de las 24 horas). La hemorragia inmediata es la primera causa de muerte materna. Existen varios tipos de hemorragias inmediatas: las

debidas a una atonía, y las vinculadas a desgarros vaginales, cervicales o a la rotura uterina.

La hemorragia post parto es imprevisible y de presentación súbita. El sangrado es muy rápido y si no se atiende inmediatamente, la muerte de la madre es inevitable. El control de la hemorragia incluye técnicas diversas como el masaje uterino, la compresión bimanual, la compresión de la arteria aorta, administración de medicamentos e inclusive la histerectomía en casos extremos.

Es indispensable identificar tempranamente los factores de riesgo, los signos premonitorios y los síntomas y signos tempranos de las patologías que producen hemorragia del puerperio inmediato para prevenirlas, manejarlas adecuadamente y prevenir las complicaciones a que pudieran dar lugar permitiendo a la mujer una evolución normal de su período puerperal y el reinicio de su función sexual y reproductiva, cuando ella así lo desee, luego de vencidos los plazos recomendables para abstenerse de ejercer estas funciones (8).

1.2.2.3. Condiciones sanitarias clave en el periodo neonatal:

Como resultado de la exposición a factores de riesgo durante el embarazo y el parto, el recién nacido puede sufrir, asfixia, prematuridad, bajo peso al nacer, anomalías congénitas (8).

1.2.3. Determinantes sociales de la salud

Las diferentes definiciones de los determinantes sociales de la salud (DSS) no difieren significativamente una de otra. La OMS (2005) los define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos

para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas (12,13).

Whitehead (2007) señala que los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, de acuerdo con Tarlov son las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar (14).

Krieger (2001) por su parte considera que los determinantes sociales de la salud apuntan tanto a las características específicas del contexto social como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios. Los determinantes sociales de la salud que ameritan atención son los que pueden alterarse potencialmente por medio de una actuación fundamental. O también son los “Factores que ayudan a que las personas permanezcan sanas, tengan vivienda, trabajo, ingreso económico etc. en lugar del servicio de salud que ayuda a las personas cuando se enferman” (15).

Existen diversos modelos sobre los determinantes de la salud que han surgido con el transcurrir de los años y el avance en la ciencia y la tecnología así como en el afán de conseguir disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

En las culturas más antiguas se consideraba que la pérdida de salud era debida a causa del castigo de los dioses, de la religión o causas naturales (calor-frío, luz-oscuridad, etc.).

En la era de la Escuela Hipocrática los determinantes de la enfermedad eran debidos a características internas (raza, sexo y edad) y externas (mala alimentación, venenos, aire corrompido, etc.). Asimismo, Galeno establecía que las causas de enfermedad se

dividían en tres tipos: externas (trastornos alimentarios, sexuales o emocionales, venenos, etc.), internas (edad, sexo, constitución, etc.) y conjuntas que serían el resultado de aplicar las primeras sobre las segundas.

En las siguientes épocas, hasta finales del siglo XIX, se consideraban los determinantes de la salud desde la perspectiva de un modelo biológico en el cual se decía que en el medio externo existen organismos agresores que causan un efecto (la enfermedad) en el huésped que es el individuo.

A finales del siglo XIX, en el que las principales causas de muerte y enfermedad en los países desarrollados eran las enfermedades infecciosas surgió una nueva concepción de determinantes de la salud a través del modelo ecológico o *triada ecológica* que establecía que la enfermedad era consecuencia de la relación entre tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente (gráfico 02).

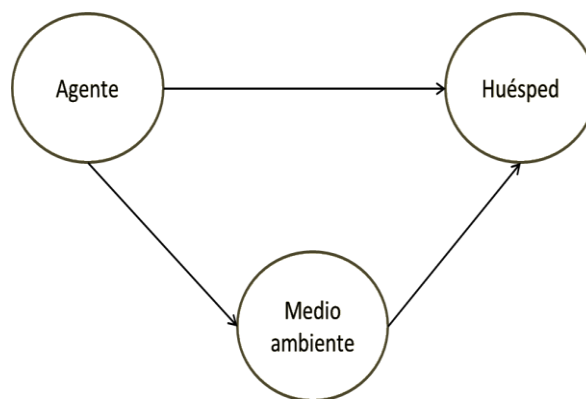


Gráfico 02. Modelo tradicional o triada ecológica.

El agente de la enfermedad está caracterizado por factores biológicos, físicos y químicos, el huésped de la enfermedad está delimitado por elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo ante la acción de los agentes, y por último, el medio ambiente está formado por elementos extrínsecos que influyen en el huésped

mediante la acción del agente, de forma que la interacción entre los tres elementos provoca la aparición de la enfermedad.

Sin embargo, en los países desarrollados, con el cambio de patrón de las principales causas de muerte (Transición Epidemiológica) consistente en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónico degenerativas surge la necesidad de crear un nuevo marco de determinantes de la salud más integrador y que sea capaz de incorporar los factores que afectan a estas enfermedades.

En la década de los años setenta del siglo XX, con el desarrollo del concepto de salud, surgen distintos modelos para explicar la salud y sus determinantes, entre ellos destaca el modelo holístico de Laframboise (1973) conocido como “concepto de campo de salud” y que un año después fue desarrollado por el Ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde, en el documento *“A new perspective on the health of Canadians”*. Laframboise era Director General de la División de Planificación de la Salud y Bienestar Social en Canadá y en 1973 publicó el artículo “Health policy: breaking the problem down into more manageable segments”, en el cual explicaba la necesidad de contar con segmentos o campos de salud más manejables a la hora de analizar los problemas y el diseño de las políticas de salud. Lalonde desarrolla las ideas de Laframboise en un modelo que, además de conceptualizar la salud como algo más que enfermedad, establece que la salud de un colectivo o población. Es el resultado de la interacción de un conjunto de factores o variables que pueden agruparse en cuatro categorías o determinantes (gráfico 3) (15).

- **La biología humana:** condicionada por las características de la especie humana, la constitución física, el desarrollo y envejecimiento, la carga genética y los factores

hereditarios. Este grupo de factores han sido considerados, hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación, sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de las enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.

- **El medio ambiente:** formado por sus factores de insalubridad como son la contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.
- **Los estilos de vida y conductas de salud:** que involucra el consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, la inadecuada alimentación y determinadas conductas de riesgo influyen negativamente en la salud. Además, el ser humano se expone voluntariamente a estos factores y puede ejercer sobre ellos un control.
- **El sistema de cuidados de salud:** entendiéndose que está constituido por los recursos materiales, económicos y humanos, medios tecnológicos y servicios de forma que mediante la eficacia, efectividad y accesibilidad pretenden producir salud desde los servicios de salud (16).

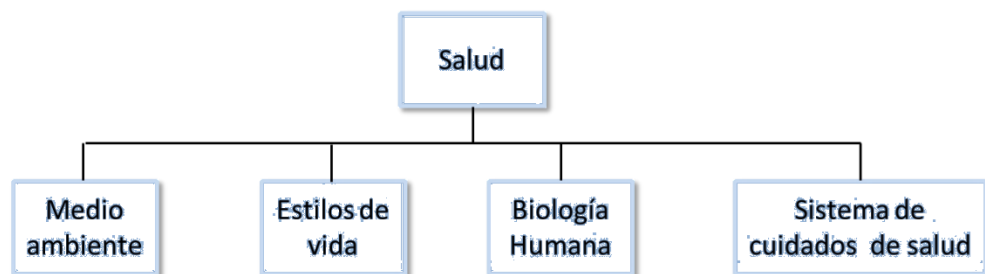


Gráfico 3. Modelo de determinantes de salud de Lalonde (1974)

El modelo de Lalonde (1974), supone relaciones causales en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por sí sola es suficiente para

originar un determinado efecto; es decir, se establece el tránsito de un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud, este modelo tuvo gran impacto en el desarrollo de las políticas sanitarias en la mayoría de los países desarrollados e incluso en la elaboración de la estrategia de “Salud para todos en el año 2000”, de la OMS, sin embargo también fue criticado y de hecho modificado con el devenir de los años.

Blum (1974), propuso un modelo de ambiente de salud en el que establece una priorización de los cuatro grupos de determinantes de la salud en función de su importancia relativa, asignándole máxima importancia al medio ambiente, luego los estilos de vida y la biología humana, y por último el sistema de cuidados de salud o sistema sanitario; además, en este modelo los cuatro grupos de factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

Más tarde Dever (1977) desarrolla el modelo de Lalonde describiendo con mayor detalle los componentes de cada categoría o grupo, dando lugar al modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud (gráfico 04).

En este modelo se mantiene que los cuatro grupos determinantes son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos estén en equilibrio (16).

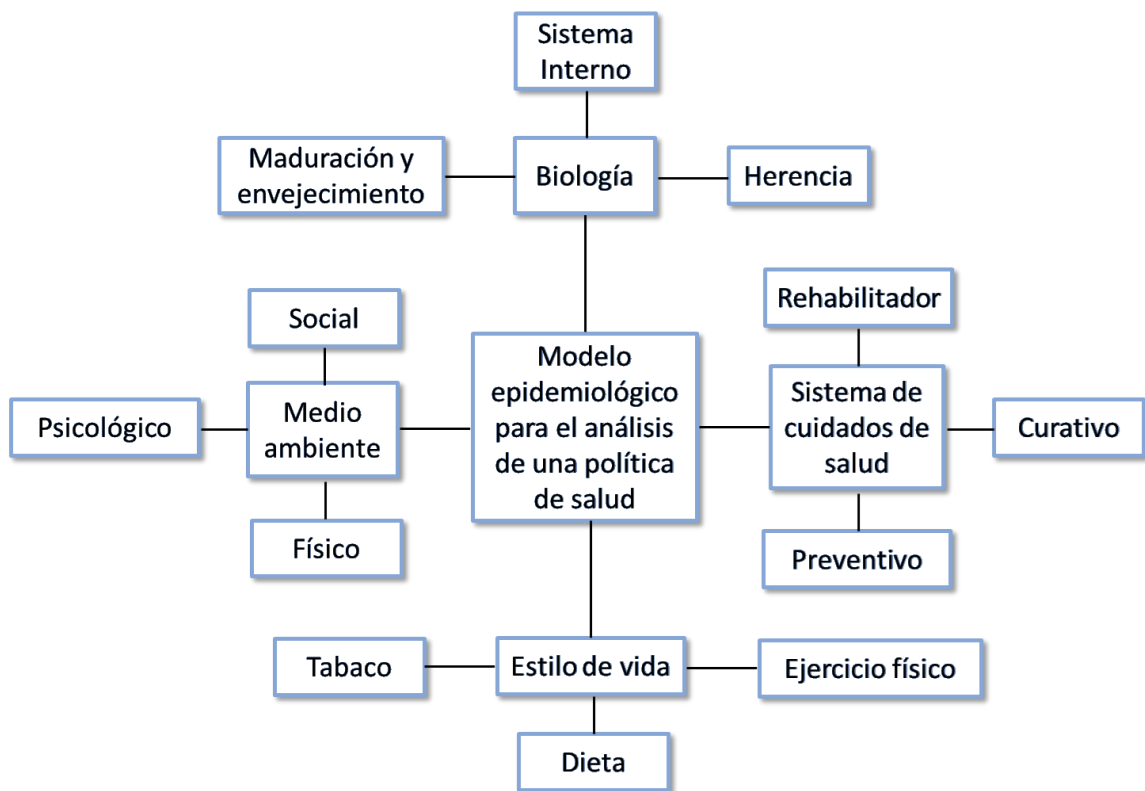


Gráfico 04. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever (1977)

En las propuestas de modelos de determinantes, analizadas hasta ahora, no se consideran de forma explícita factores sociales, económicos y políticos en la producción o creación de salud. Sin embargo, en 1986, en la declaración de la Carta de Ottawa, la salud de la población y de las comunidades se centra en los determinantes sociales y económicos de la salud, dando origen al nacimiento y desarrollo de modelos de determinantes de salud que asumen estos factores. Así, en 1989, Tarlov estableció los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e independiente (gráfico 05).

Además, considera la atención sanitaria, no, como un determinante de salud, sino, como una estrategia reparadora de salud, En particular, considera los siguientes determinantes:

Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.

Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.

Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.

Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación medioambiental.

Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

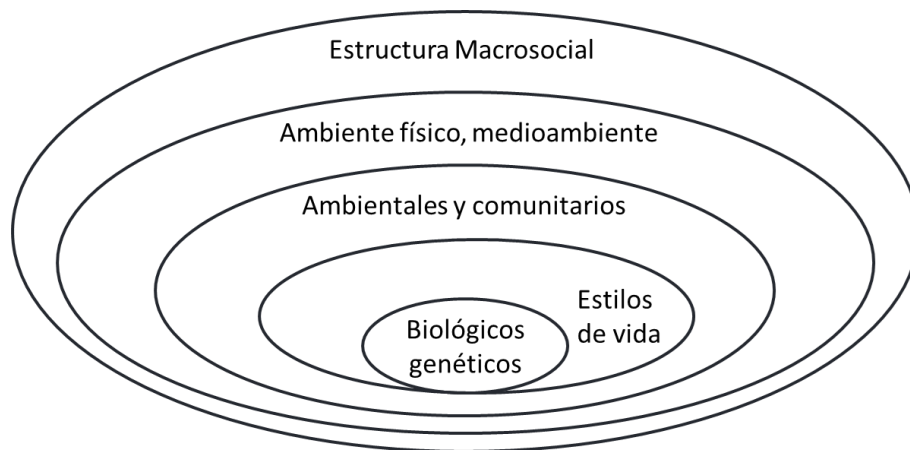


Gráfico 05. Modelo de determinantes de salud de Tarlov (1989)

Posteriormente, en 1999, Tarlov modificó su modelo de determinantes de la salud incluyendo la atención sanitaria y en consecuencia distinguiendo los siguientes determinantes de la salud: genética y biología, conductas de salud, cuidados médicos, las características de la sociedad y la ecología en su conjunto (16).

Whitehead & Dahlgren (1991) hablan de las capas de influencia en la salud, en el marco de su propuesta ecológica social, enfatizando el relacionamiento entre el individuo, su ambiente y la enfermedad (16,15).

El centro de la intervención es el individuo; sus semicírculos son los niveles de influencia, con determinantes que se entrecruzan con el individuo, en la primera capa, la conducta personal; la segunda capa las redes comunitarias que dan el soporte a los

individuos en su comunidad, la tercera capa son entornos estructurales como los entornos económicos, los entornos físicos, los servicios de salud, la vivienda, las condiciones de trabajo, etc.



Gráfico 06. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1991)

Otro de los debates sobre el tema de determinantes es el de la Red para Estudio de los Determinantes Sociales de la Universidad de Montreal de Canadá, REDET (2004). Este grupo de científicos sociales consideran que en las últimas dos décadas, se ha podido llegar a cuatro certezas con relación al tema de cómo estudiar los determinantes sociales de la salud (15).

- Es evidente que hay un grupo de determinantes ambientales (físicos y culturales) muy reconocidos por todos los autores pero hay controversia con relación a su influencia. Se identifican dos corrientes de pensamiento: una, que sostiene que lo más importante son los gradientes en una escala social, es decir los que ocupan los

grados más altos tienen mejor nivel de salud, y otra, más radical, que sostiene que lo más importante es la categoría económica, entre menos recursos económicos, peor salud.

- Hay certeza sobre la existencia de cadenas de factores biológicos y ambientales interactuando que determinan la vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades, pero no se han encontrado cuáles serían los intermedios o las mediaciones a través de las cuales se ejerce la influencia de las desigualdades sociales en estas cadenas.
- Existen variaciones dentro de una misma categoría socioeconómica, incluso dentro de grupos marginados o excluidos, pero ¿qué determina esas variaciones? Algunos afirman que se debe a la presencia de factores llamados “protectores”, otros que existe una “resiliencia” en las personas o grupos que determina su resistencia.
- Es notable el incremento de las desigualdades sociales y económicas dentro de cada país y entre países, tanto en el conglomerado sur como en el del norte; posiblemente se deba a que las intervenciones del Estado en los últimos diez años se han realizado en un contexto de grandes dificultades financieras produciendo una parálisis en algunos países más que en otros con consecuencias sobre la salud y bienestar de las poblaciones.

El mismo grupo de científicos considera que, dentro del enfoque de la Nueva Salud Pública (NSP), habría cinco modelos de abordaje de los determinantes, según las variables que se tengan en consideración: Variables sociales, colectivas y comunitarias; variables culturales y de comportamiento; variables económicas; variables políticas y variables éticas (15).

Ante la diversidad de conceptos la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2005, bajo la dirección del Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-Wook, estableció la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Esta Comisión tuvo como propósito generar recomendaciones de políticas basadas en la evidencia disponible y apoyar acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.

La Comisión se organizó en nueve redes de conocimiento cuyos integrantes formularon recomendaciones sobre intervenciones para mejorar la salud y reducir las inequidades en salud a partir de la revisión de las evidencias existentes al respecto. Las redes centraron su atención en temas como desarrollo temprano del niño, mujer y equidad de género, globalización, condiciones del empleo, escenarios urbanos, exclusión social, condiciones prioritarias de salud pública y sistemas de salud (17).

Existen según este modelo dos tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales (18), que producen las inequidades en salud y los segundos son los llamados determinantes intermediarios (gráfico 07).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y a su vez afectar a la salud y el bienestar.

Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y esta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia.

Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (19).

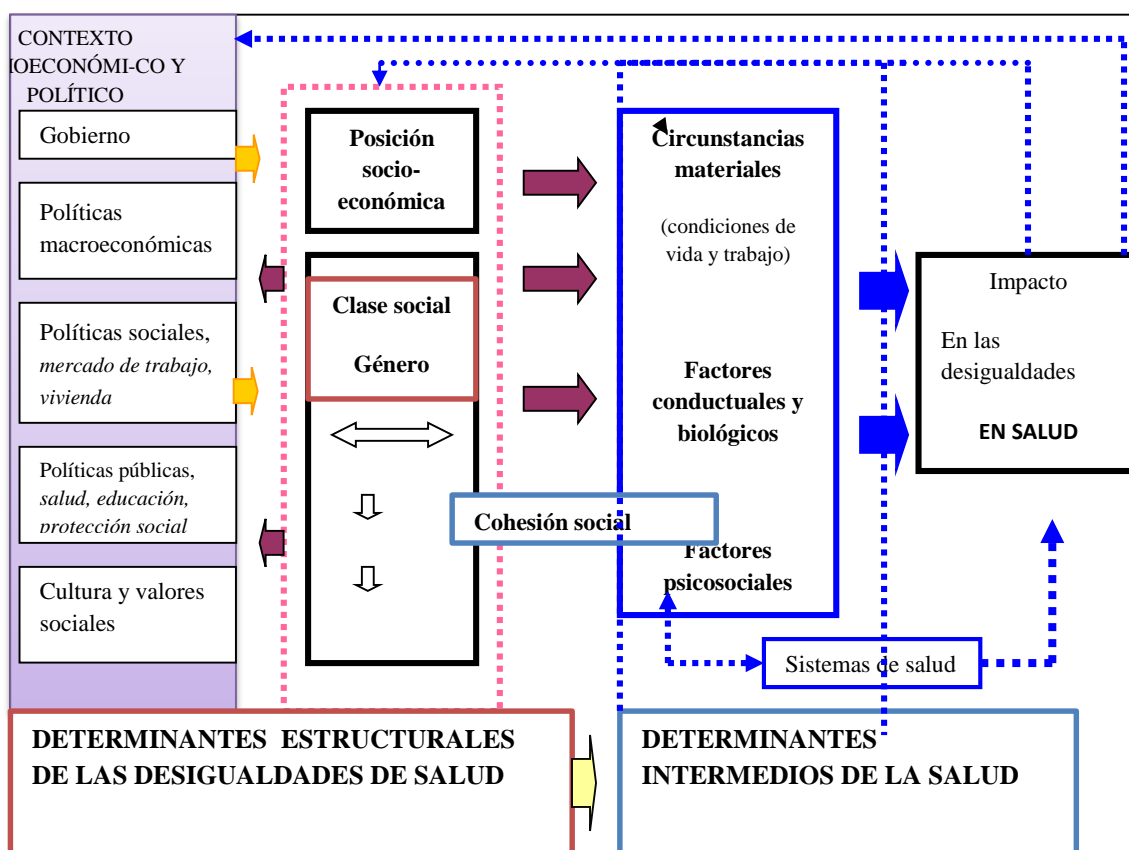


Gráfico 07. Modelo de los determinantes estructurales e intermedios (CDSS, 2008).

Determinantes intermedios.

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un

determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

La comisión ha logrado combinar elementos de diversos modelos, para plasmarlos en un marco conceptual integral que logra aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en el estado de la salud. Este modelo indica de qué manera los determinantes estructurales se relacionan entre sí e interactúan con factores intermediarios; además, permite evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud más importantes.

Además permite observar de qué manera estas posiciones socioeconómicas se traducen luego en determinantes específicos del estado de salud individual, que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo su salud (20).

El modelo además muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero ese efecto no es directo. La posición socioeconómica tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios. Esos factores intermediarios son condiciones materiales como la situación laboral y de vivienda, la disponibilidad de alimentos, circunstancias psicosociales como los factores estresantes psicosociales y también factores conductuales.

Supone además que los miembros de los grupos socioeconómicos bajos viven en circunstancias materiales menos favorables que los grupos socioeconómicos más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con

mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud, en comparación con los más privilegiados.

En general hay acuerdo entre diversos investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Cuando se mide el estatus socio económico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos (20).

Resumen analítico del informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir y analizar el problema y evaluar el efecto de las intervenciones.

Con relación a la primera recomendación referida a mejorar las condiciones de vida cotidianas propone:

- Equidad desde el comienzo de la vida;
- Entornos salubres para una población sana; acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano;
- Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno;
- Protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y
- Atención de salud universal.

Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. La Comisión pide que se mejore la disponibilidad y la asequibilidad de vivienda invirtiendo en la mejora de los asentamientos humanos, priorizando el abastecimiento de agua y electricidad y el saneamiento; que se promuevan las conductas sanas según criterios de equidad, en particular la actividad física, alentando una alimentación sana y la disminución de la violencia y los delitos mediante una ordenación adecuada del medio y la aplicación de controles reguladores, por ejemplo limitando el número de establecimientos de venta de alcohol; que se invierta de forma sostenida en el desarrollo rural (13).

Por su parte el Ministerio de Salud (MINSA), en el Perú, en la formulación de su Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, desde el enfoque de los determinantes sociales aborda aquellos de importancia gravitantes que se relacionan con la prevención y disminución de la mortalidad materna y perinatal que se encuentran en la familia de la gestante y del recién nacido, asociadas mayormente a dinámicas sociales relacionadas con la toma de decisiones y el rol de la mujer y que tienen que ver con la primera y segunda demora: demora en reconocer el peligro, demora en tomar la decisión de buscar ayuda; de igual modo la demora en llegar al establecimiento, que se da en la comunidad donde la mujer y el recién nacido viven, asociadas a disponibilidad y manejo de recursos (21).

La Familia y la Comunidad, se constituyen en elementos de vital importancia de los factores sociales determinantes de la salud materna y perinatal, hacia las cuales el plan propone una atención especial y preferente, por el impacto que desde ellos se puede

tener en la disminución de las tres primeras demoras, sin perder de vista la opción de considerar para el presente estudio solamente los determinantes intermediarios (21).

1.2.4. CULTURA

En la salud convergen múltiples conocimientos de diversas áreas que conllevan a la necesidad de recurrir a múltiples disciplinas una de ellas, la Antropología quien permitirá un acercamiento hacia el tema de la cultura, la que como se sabe, ejerce significativa influencia en el proceso salud enfermedad. Desde esta perspectiva es necesario tener en principio el concepto de cultura.

Etimológicamente cultura deriva del latín *colere* (cultivar). En su acepción más primitiva se refería al cultivo de la tierra (agricultura). Poco después, Cicerón lo aplicó al cultivo del espíritu, y así surgió el significado humanista y clásico de la palabra cultura; Sin embargo es hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se puede hablar de los inicios de la antropología social como ciencia y ampliar las definiciones de cultura; la primera de ellas, clásica en antropología, es la de E.B. Tylor, antropólogo inglés, que en 1871 decía: *“Cultura es la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, moral, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad”* (22).

Puga (2007), hace referencia de la definición de cultura realizada por Sapir en 1921, como *“el conjunto socialmente heredado de prácticas y creencias que determina la textura de nuestra vida”*. Por analogía, se puede comparar la herencia biológica y la cultural por ser resultado de un complejo proceso de transmisión de elementos característicos y diferenciatorios acumulados, seleccionados y perfeccionados aunque, obviamente, la naturaleza de ambas herencias es diferente (22).

Una definición conocida, de carácter normativo, señala que *“una cultura es el modo de vida de un pueblo”*, lo cual indica que la cultura establece pautas de comportamiento social estandarizadas para todos sus miembros.

Young define a la cultura refiriéndose a ella como *“pautas más o menos organizadas y persistentes de hábitos, ideas, actitudes y valores que son transmitidos a los niños por sus mayores o por otros grupos mientras crecen”*.

Murdock, por su parte, muestra a la cultura como *“las pautas tradicionales de acción que constituyen la mayor parte de los hábitos establecidos mediante los que un individuo encara cualquier situación social”*.

Por su parte Parsons describe a la cultura como un *“sistema de símbolos creados por el hombre, compartidos, convencionales, y, por cierto, aprendidos, que suministra a los seres humanos un marco significativo dentro del cual pueden orientarse en sus relaciones recíprocas, en su relación con el mundo que lo rodea y su relación consigo mismo”* (23).

En 1931, Bronislaw Malinowski, antropólogo, complementó la definición clásica de Tylor en 1871 al señalar que, además de las ideas, la cultura comprende los hábitos y los valores, los artefactos heredados y los procesos técnicos, añadiendo que la organización social no puede entenderse sino como una parte de la cultura.

En términos generales, la cultura es el conjunto de actividades y productos materiales y espirituales que distinguen a una sociedad de otra (23), es la cultura la que impone ciertos patrones de comportamiento sobre todo en lo que se refiere a la salud.

1.2.4.1. Características de la cultura

- La cultura se aprende. El aprendizaje de la cultura es uno de los rasgos más característicos e importantes puesto que, por ese medio, se trasmite y acrecienta el bagaje cultural de la humanidad. Se refiere a la herencia cultural que, a diferencia de la cromosómica, es determinada por el hombre; es decir, la antropogénesis cultural, por una parte, y la antropogénesis biológica, por otra, conforman, unifican al hombre, no lo dividen.

Hay varios aspectos de transmisión de la cultura que se pueden agrupar en las tres formas básicas de educación: informal, formal y no formal. La primera corresponde a la llamada crianza, que se desarrolla en el ambiente familiar, con gran vinculación materna, a pesar de ser designada como informal, tiene una importancia determinante en la vida del sujeto, sólo que el modo de impartirse no es tan rígido como la formal.

La educación formal, también llamada escolarizada, corresponde a una estructura sistematizada, calendarizada, escalonada; reviste un carácter científico y requiere de personal calificado para transmitir la enseñanza.

- La cultura deriva de los componentes biológicos, ambientales, psicológicos e históricos de la existencia humana. Para la creación o elaboración de la cultura existe una relación estrecha y profunda entre la interioridad y exterioridad del hombre, en que se conjugan los elementos biopsíquicos del hombre con los de su hábitat.

Toda la experiencia del hombre con su medio ambiente se transmite de generación en generación dejando huella así para la historia del grupo.

- La cultura está estructurada es decir que puede dividirse en las partes que la integran, a saber: rasgos, complejos y pautas.

El rasgo es la unidad mínima de expresión de una cultura. El conjunto de rasgos forma una unidad denominada complejo cultural. Es el elemento básico de una cultura.

Las pautas son los estilos, los modelos o patrones de vida o de comportamientos característicos, distintivos de una cultura.

El complejo es el conjunto de rasgos que forman una unidad concreta con un sentido o función determinada.

1.2.4.2. Procesos de adquisición de la cultura

La cultura es aprendida y se va transmitiendo y asimilando de generación en generación, tanto en el nivel individual como social, mediante los procesos de endoculturación, socialización y aculturación.

- **Endoculturación.** Es un proceso individual de adquisición de los conocimientos y los valores propios de la cultura y se producen a través de la transmisión de una generación a la siguiente. Este proceso endocultural responde a los valores propios de una sociedad y funciona para todos sus miembros, independientemente de su posición dentro de la misma; de hecho, la endoculturación cumple la función de equipar al individuo de las herramientas básicas, indispensables, para conocer, dominar su cultura y, en el momento oportuno, integrarse plenamente a su sociedad (23).

La endoculturación corresponde a aquella que se transmite en el seno familiar, no requiere de personal especializado. No requiere de un lugar específico, ni de sistematización del contenido, aunque éste se encuentra perfectamente delimitado por la tradición del grupo (valores, costumbres, hábitos y normas)

- **Socialización.** Es el proceso de integración de un individuo a su sociedad. Comprende el desarrollo de los rasgos individuales en conformidad con las pautas imperantes de la sociedad. “El proceso de socialización constituye sólo una parte del proceso por el cual los hombres se adaptan a sus compañeros a través del cual todo el acervo de tradiciones económicas, sociales, religiosas, tecnológicas, estéticas, lingüísticas, que han heredado.

- **Aculturación.** Es un proceso social global, en el que entran en contacto dos o más culturas diferentes. La aculturación comprende aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto, continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos (23).

1.2.5. La salud y el contexto cultural.

Es por todos entendido, que la enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura; sin embargo para tener un mayor conocimiento de los factores que influyen en la salud materna y perinatal, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones socio culturales.

La medicina occidental tradicional siempre ha considerado que la salud es igual a ausencia de enfermedad, pero es preciso señalar que es la cultura, la que determina la distribución socio epidemiológica de las enfermedades por dos vías: Desde un punto de

vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades. Desde un punto de vista global, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de manera que pueden afectar a la salud.

Todas las actividades de la vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela las conductas homogeneizando comportamientos sociales. Los seres humanos actúan partiendo de una determinada cultura de la salud, compartiendo una serie de principios básicos saludables que permiten una integración en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás.

La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades en salud. Las teorías más importantes al respecto son:

- **Cultural o conductual.** Parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las ciencias de la conducta se ha considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen uno de los principales determinantes culturales de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad.
- **Materialista o estructural.** Cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el origen de desigualdades en salud. Destaca la importancia de los

factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud (24).

Para analizar el factor cultural como determinante de la salud resulta sumamente útil analizar la relación que existe entre las prácticas populares, los conocimientos y creencias de las mujeres principalmente de la zona rural acerca de la salud materna y perinatal (embarazo, parto y puerperio) que aparecen como una dimensión fundamental estableciéndose una valoración específica de la situación de embarazo dentro del conjunto de valoraciones en torno a la salud de las mujeres en general, en el entendido que surgen creencias y se propician prácticas específicas que se sitúan como de mayor vulnerabilidad cambiando de esta forma el patrón de referencia y momentáneamente en definitiva, el estatus asociado a esa persona dentro del colectivo social.

Estudios recientes (por ejemplo Lartigue Becerra, T. 2001; Hecker, A. et al 2006; entre otros) señalan cómo para algunos individuos el embarazo es visto como una situación de vulnerabilidad y “amenaza” en relación a la salud de la mujer, que le impone límites y moderaciones para atender esa situación de “riesgo”. En otras sociedades y grupos, el embarazo es visto como un evento natural en la vida de la mujer, sin acarrear mayores problemas de salud y por tanto no se concibe como necesario un sistema de prohibiciones estricto, aunque sí es considerado un estado particular dentro de la condición de salud (3).

En el presente trabajo de investigación se aporta la necesidad de trascender la concepción de la salud como la ausencia de enfermedad y la superación del paradigma médico hegemónico tradicional para brindar la importancia que se merecen las creencias, los conocimientos y las prácticas tradicionales de una cultura como parte del cuidado de la salud materna. En este contexto es importante considerar, la cosmovisión

indígena y la percepción respecto de los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio así como del riesgo obstétrico y los cuidados del recién nacido, al igual que sus interpretaciones culturales en este contexto. Puede ser que las mujeres de la zona rural identifiquen apropiadamente las complicaciones obstétricas; sin embargo no siempre reconocen a tiempo la magnitud de su gravedad o intentan solucionarlos desde su propia concepción asociada, esta, a patrones culturales estereotipados (3).

CAPÍTULO II

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Identificar y analizar la influencia de los determinantes socioculturales de la salud, en la salud materna y perinatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, 2013.

2.1.2. Objetivos específicos

Identificar los determinantes sociales de la salud materna y perinatal

Identificar los determinantes culturales de la salud materna y perinatal

Determinar la influencia de los determinantes sociales en la salud materna

Determinar la influencia de los determinantes sociales en la salud perinatal

Determinar la influencia de los determinantes culturales en la salud materna y perinatal

2.2. Hipótesis

Existe influencia significativa de los determinantes socio culturales de la salud en la salud materna y perinatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, 2013.

2.3. VARIABLES

2.3.1. Variable 1

Determinantes socioculturales de la salud

2.3.2. Variable 2

Salud materna y perinatal.

2.4. Definición conceptual y operacional de variables

TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Variable 1: Determinantes socioculturales de la salud	Determinantes sociales de la salud	Nivel educativo	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior Técnica Superior Universitaria	Ordinal
		Nivel socioeconómico	A/B: entre 242 y más puntos C+: entre 192 y 241 puntos C: entre 157 y 191 puntos D+: entre 102 y 156 puntos D: entre 61 y 101 puntos E: hasta 60 puntos	Ordinal
	Determinantes culturales	Creencias, hábitos y costumbres tradicionales en el embarazo , parto, puerperio y cuidado del recién nacido		
Variable 2: Salud materna y perinatal	Salud materna	Estado nutricional pregestacional, según índice de masa corporal	Bajo peso: < 18,5 Normal: 18,5 – 24,9 Sobrepeso: ≥ 25 Obesidad: ≥ 30	Nominal
		Vacunación antitetánica	Ninguna Dosis incompleta Dosis completa	Nominal
		Nº de controles prenatales	1-3 4-5 6 - +	Intervalo
		Complicaciones obstétricas	Preeclampsia Rotura prematura de membranas Anemia	Nominal
	Salud perinatal	Peso del recién nacido	Bajo peso: < 2,500 gr. Normal: 2,500 – 4,000 gr. Macrosómico: > 4,000 gr.	Nominal
		Apgar del recién nacido	7-10: sin asfixia 4-6: asfixia moderada 0-3: asfixia severa	Intervalo
		Complicaciones neonatales	Asfixia Sepsis Postmadurez	Nominal

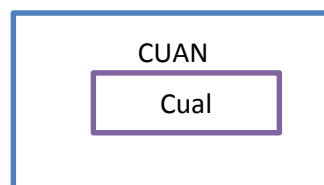
CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un tipo de estudio mixto cuyo diseño es el anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC).

El diseño anidado concurrente recolecta simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos, siendo un método predominante el que guía el proyecto (pudiendo ser el cuantitativo o el cualitativo). El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central (25).



En el presente estudio se recolectó simultáneamente datos cuantitativos de los determinantes sociales de la salud materna y perinatal y cualitativos correspondientes a los determinantes culturales siendo el primero el predominante.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca que está ubicado en la zona norandina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77°

47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km de la capital del País, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una T° media anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las gestantes y sus recién nacidos que fueron atendidos en el Centro de Salud Simón Bolívar durante el año 2012, que según registro del Centro de Salud fue de 932.

$$N = 932$$

3.3. Muestra

Se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue el básico para métodos mixtos en el cual se combinan muestras probabilísticas (cuantitativa) y muestras propositivas (cualitativa).

a) Probabilístico, (CUAN) implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos. Se determinó para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de la proporción de determinantes sociales de la salud materna que influyen significativamente en la salud materna y perinatal empleándose la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(932)(1.96)^2(0.9)(0.1)}{(0.05)^2(932) + (1.96)^2(0.9)(0.1)}$$
$$n \geq 120$$

Donde:

N = Población promedio (932 mujeres atendidas en el año 2012).

P= Proporción de determinantes sociales de la salud que influyen significativamente en la salud materna y perinatal, (0.9).

Q= Proporción de determinantes sociales de la salud que no influyen significativamente en la salud materna y perinatal, (0.1).

D= precisión

Z = 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

b) Propositivo (CUAL) estuvo sujeta a la evolución del proceso inductivo teniendo en cuenta tres factores fundamentales:

- El número de mujeres al que se pudo acceder de manera realista.
- El número de mujeres que permitieron responder a las preguntas de investigación.
- Si los casos fueron frecuentes y accesibles o no.

Se entrevistó a las gestantes utilizando preguntas orientadoras hasta agotar el discurso, luego revisar y analizar la información y obtener conclusiones hasta llegar a una perspectiva general.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres y sus recién nacidos, hasta los 7 días, atendidos en el Centro de Salud Simón Bolívar.

3.5. Criterios de inclusión

Las gestantes participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios para ser incluidas en el mismo, a saber:

- Tener historia clínica en el Centro de Salud Simón Bolívar

- Estar en uso completo de sus facultades mentales
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía: la gestante entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficiencia: la información se obtuvo luego que la gestante dio el consentimiento para la entrevista y acceso a su historia clínica.

Consentimiento informado: luego que la gestante fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización y firmó el documento de consentimiento informado.

Privacidad: se respetó el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad: la información referida por la gestante, no ha sido revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta investigación, se recolectó la información de manera simultánea tanto de datos cuantitativos como cualitativos, siendo los primeros los que guiaron la investigación.

Como técnicas se utilizó:

La encuesta aplicada a las gestantes para obtener información sobre los determinantes sociales de la salud materna y el estado de salud materna y perinatal.

La entrevista semi-estructurada en profundidad diseñada con preguntas orientadoras dirigidas a comprender los significados culturales de las mujeres en torno a la salud

materna y perinatal, estableciendo un diálogo personal para analizar los determinantes culturales de la salud materna.

Como instrumentos se utilizaron:

1. El cuestionario de recolección de datos en donde se consignó la edad de la gestante y datos referentes a los determinantes sociales de la salud como nivel educativo, nivel socioeconómico, tenencia de vivienda, servicios básicos en las viviendas. De igual forma se consignaron datos referentes a los indicadores de la salud materna y perinatal como el estado nutricional pregestacional de la gestante, el número de dosis de la vacuna antitetánica, el número de controles prenatales, las complicaciones obstétricas, peso del recién nacido, Apgar del recién nacido y las complicaciones neonatales para la obtención de datos cuantitativos y cuaderno de notas para obtener los datos cualitativos (Anexo 01).
2. Regla AMAI creada por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, para determinar el nivel socioeconómico cuyos indicadores son: número de televisores a color, computadoras, focos, autos, estufas, baños y duchas, tipo de piso, número de habitaciones y nivel educativo del jefe de la familia (26) (Anexo 02).

Esta encuesta ha sido validada en México y es similar a la propuesta por la Asociación Peruana de Empresas de Mercado (APEIM); ambas empresas utilizan las mismas variables para determinar el nivel socioeconómico de las familias, el mismo que puede ser A, B, C, D y E.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS versión 20 para Windows; El análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta los procedimientos estandarizados cuantitativos (estadística descriptiva e inferencial).

Para el procesamiento de datos cualitativos se obtuvo la información a través del registro sistemático de las entrevistas, tomando en cuenta el propio testimonio de las gestantes luego se codificó la información para luego integrar la información, rescatando sus vivencias y experiencias.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo muestra el análisis y la discusión de los resultados de la investigación realizada, cuyos datos fueron obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta a 124¹ mujeres gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, algunas de ellas referidas al Hospital Regional de Cajamarca. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 20, el cual se hizo con apoyo de un estadístico. Tiene como ejes, el dato encontrado en la realidad, la teoría vigente que ayuda a comprender y explicar la información y las reflexiones de la investigadora a partir de las observaciones y experiencia profesional y personal, partiendo del tema fundamental que es la salud materna y perinatal.

La salud materna y perinatal definida como la posibilidad de sobrellevar el embarazo, el parto y el puerperio en forma segura y sin complicaciones tanto para la madre como para su hijo, su mejora se constituye en uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000; sin embargo la probabilidad de que una mujer muera o padezca trastornos a raíz del embarazo y el parto está estrechamente vinculada con su condición social y económica, con las normas y valores de su cultura siendo imperioso por tanto realizar el estudio bajo la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

El enfoque de los Determinantes Sociales constituye un gran aporte conceptual y metodológico para la generación de políticas de salud pública que permitan disminuir

¹ La muestra indica ≥ 120 .

las grandes inequidades sanitarias debiendo intervenir en ellos para reducir la mortalidad materna y perinatal.

En este modelo conceptual, los mecanismos básicos de la producción social de la enfermedad son: el contexto social, económico y cultural que crea la estratificación social, basada principalmente en la posición socioeconómica, y le asigna al individuo, a los colectivos y a los pueblos diferentes posiciones sociales (27).

Las inequidades en salud, generadas a través de estos mecanismos de producción social de la enfermedad, son interpretadas actualmente como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales (27). En el presente estudio se analizan como determinantes sociales al nivel educativo y el socioeconómico y su influencia en la salud materna y perinatal sin excluir el factor de riesgo de la edad de la gestante considerando que la Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales sostiene que las mujeres menores de 20 y mayores de 34 años son consideradas como mujeres en alto riesgo reproductivo lo que significa que están expuestas a un embarazo y/o parto con probables complicaciones, en consecuencia a un mayor riesgo de muerte materna (28).

Tabla 01. Edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Edad	n°	%
15-19	25	20,2
20-24	44	35,5
25-29	22	17,7
30-34	13	10,5
35-39	15	12,1
40-44	5	4,0
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

En el presente estudio el 20,2% fueron gestantes adolescentes, pertenecientes al grupo etáreo de 14-19 años, las cuales llevan implícito el factor de riesgo de la edad y la probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, ello porque en la sociedad actual no se cumple a cabalidad el respeto a los derechos y libertades proclamados en la Declaración de los Derechos Humanos, como son el derecho a la salud y la educación (29).

La OMS (2014), señala que, en comparación con las mujeres de más edad, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (29).

Según los resultados de la ENDES 2013, en el Perú, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,9% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,5% eran madres y el 3,5% estaban gestando por primera vez.

En Cajamarca las cifras reportadas son mayores a las nacionales, con un porcentaje del 18.9%, pero inferiores a las encontradas en el presente estudio lo que implica mayor

probabilidad de morbimortalidad infantil, complicaciones obstétricas y deserción escolar (30).

Karam y cols. (2007), en su informe sobre mortalidad materna, en el estado de México, afirma que cuando una mujer joven se embaraza marca, entre otras cosas, el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo para lo cual estas mujeres cuentan con pocos recursos, lo que, aunado a las limitadas oportunidades laborales que con el embarazo se limitan todavía más, favorece un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza (31).

Un significativo porcentaje (16,1%) de gestantes, tuvo una edad ente 35 y 44 años, grupo igual de vulnerable y susceptible de sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio a pesar de que la OMS señala que la salud materna es un derecho humano reconocido y su ejercicio debe ser universal, lo que significa que las mujeres independientemente de la edad que tengan, cuando quedan embarazadas deben gozar de una salud plena sin presencia de complicaciones.

4.1. Determinantes sociales de la salud materna y perinatal

4.1.1. Nivel educativo

Tabla 02. Nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	n°	%
Analfabeta	5	4,0
Primaria Incompleta	19	15,3
Primaria Completa	24	19,4
Secundaria Incompleta	18	14,5
Secundaria Completa	28	22,6
Superior Técnica incompleta	7	5,6
Superior Técnica Completa	10	8,1
Superior Universitaria Incompleta	8	6,5
Superior Universitaria Completa	5	4,0
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

En la presente tabla se observa que el 22,6% de gestantes, tiene educación secundaria completa y el 4,0% educación superior completa, situación que, le ofrece mayores oportunidades laborales a la mujer, una mejora económica, posiblemente la oportunidad de poder de decisión en el hogar y mayores posibilidades de acceder a los servicios de salud, incrementando el número de atenciones prenatales de calidad, que incluyen diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo, e incrementar la atención del parto por profesional de salud calificado.

La educación en tanto determinante social de la salud, es condición necesaria para alcanzar un nivel de bienestar colectivo y de desarrollo humano. La educación facilita construir consensos básicos y posibilita la integración social; constituye un factor de reducción de desigualdades y sirve de sustento para la construcción de caminos de progreso y de crecimiento del bienestar con equidad que es precisamente a donde se quiere llegar, además de que mejora el estado de la salud particularmente la salud materna y perinatal.

ENDES, en su reporte del año 2013, muestra que en el Perú, el 57,3% de mujeres tenían educación secundaria completa o superior (26,5 y 30,8%, respectivamente). Dicha proporción fue mayor entre las mujeres que tenían 20 a 24 años de edad (74,3%), y en Cajamarca (26,3%), menos del 30% de las mujeres tenían secundaria completa o algún año de educación superior, cifra similar a la encontrada en el presente estudio (30).

La educación contribuye a la salud en la medida que provee a las personas de conocimientos y aptitudes para solucionar problemas otorgándoles un sentido de control sobre determinadas circunstancias de su vida y en el caso de la salud materna le permite a la mujer reconocer que la maternidad va más allá de la mera reproducción biológica, porque además de concederle la importancia que amerita el embarazo, el parto y el puerperio también le permite asumir la tarea social, cultural y ética de hacer viable un nuevo ser humano, incorporándolo a la sociedad como un ente reflexivo, conocedor de sus derechos y respetuoso de los derechos de los demás. Las mujeres con un nivel educativo superior también tendrán mayor capacidad de identificar algún signo o síntoma de alarma y tomar la decisión de buscar atención de forma inmediata; ello porque disponen de la información suficiente gracias al grado de instrucción que tienen.

Ramos (2007) afirma que es clara la correlación entre el aumento de la educación de las mujeres pobres y las mejores condiciones de salud de sus familias en el futuro, pues la mayor escolaridad de las mujeres es un factor determinante de la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil, el mejoramiento de la salud y nutrición familiares, la disminución de la fecundidad no deseada y los descensos de los niveles de violencia familiar (32).

Diversos estudios efectuados en Perú, afirman que el poco uso de los servicios de salud se encuentra relacionado al bajo nivel educativo, entre otros factores, Lip y col. (2005), muestran que el porcentaje más alto de atención del parto en servicios de salud (93%) se registra cuando la madre tiene educación superior, seguido por las madres que cuentan con educación secundaria (76%). Los porcentajes bajan considerablemente cuando la madre tiene hasta educación primaria (31%) y a 14,5% si no tiene instrucción formal. Asimismo afirma también que, a mayor nivel educativo de la madre es mayor el acceso a la atención de parto por personal calificado: mujeres con grado de instrucción superior han sido atendidas por un médico en 68,4% y por una obstetrix en un 26,8%; mujeres con grado de instrucción secundaria fueron atendidas por un médico en un 48,8% y por una obstetrix en un 28,3% (33).

La educación es un proceso exclusivamente humano, intencional, intercomunicativo, busca el desarrollo y la perfección del ser humano a través de la formación, la cual se realiza con mayor plenitud mediante la instrucción, la personalización y la socialización del hombre, se constituye en un derecho del hombre y debe ser impartida desde la infancia.

Sin embargo como una muestra de que la inequidad de género aún persiste, se presenta como dato, en el presente estudio, que el 4,0% de mujeres gestantes, son analfabetas,

en una época en la cual el analfabetismo no debe existir pues sus efectos son nefastos tanto para la salud individual de la gestante como para cada uno de los integrantes de su familia, fundamentalmente de los más vulnerables que son los más pequeños e indudablemente del recién nacido cuya integridad física y mental dependen totalmente de su madre.

Aquella mujer que no posee ningún nivel educativo tiene mayores dificultades de inserción social no sólo a nivel personal (problemas de inclusión social, trabajo precario, alta morbilidad, etc.), sino también a nivel de su grupo familiar (nutrición, higiene, salud y escolaridad de los hijos, entre otros), y frente a la sociedad (pérdidas de productividad, altos costos para el sistema de salud).

En el área de la salud, las investigaciones demuestran que el analfabetismo produce serias limitaciones para la comprensión de mensajes y de conocimientos importantes para el autocuidado, especialmente de las mujeres, desencadenando problemas en la salud, higiene y nutrición de su hogar (34). Los efectos de estos problemas se pueden apreciar en el hogar, en el trabajo y en el comportamiento sexual y reproductivo.

Según el INEI (2013) Cajamarca es uno de los departamentos con mayor incidencia de analfabetismo con una tasa de 6,9%, siendo este uno de los indicadores negativos que más influyen en obstaculizar el desarrollo social, pues el capital humano no es aprovechado en su mayor potencial. Sostiene además que el analfabetismo es una condición de inequidad que imposibilita a las personas el acceso a las oportunidades que le ofrecen la sociedad y es al mismo tiempo una expresión educativa de la pobreza (30).

4.1.2. Nivel socioeconómico

Tabla 03. Nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	n°	%
C+	4	3,2
C	1	0,8
D	12	9,7
D+	61	49,2
E	46	31,7
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

Al analizar el nivel socioeconómico de las gestantes que constituyeron la muestra, como otro determinante social de la salud, se pudo determinar en el presente estudio que el 37,1% pertenece al nivel socioeconómico E y el 49,2% al estrato socioeconómico D+.

El nivel socioeconómico cobra importancia por sus implicancias en la salud sobre todo en la salud materna y perinatal pues generalmente está asociado al nivel educativo; mujeres de estratos bajos suelen tener también niveles educativos bajos y con ellos un menor nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma del embarazo, que obstaculizan un tratamiento de los mismos en caso se presenten.

Los datos difieren con los señalados por el APEIM (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, 2013, niveles socioeconómicos) quien indica que en Cajamarca, la población que pertenece al estrato E es 72,6% y el porcentaje de población que pertenece al estrato D es 16% (35), no obstante la diferencia en cifras

porcentuales, la realidad refleja un alto índice de pobreza, la misma que se constituye en un factor determinante para la precaria salud materna y perinatal (35).

El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la OMS, señala que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud porque son estos los que pueden originar las desigualdades de salud (33).

Lip y col. (2005) asimismo afirma que el nivel de ingreso de las personas es uno de los determinantes importantes de la salud, pues otorga capacidades adquisitivas diferenciadas de bienes y servicios, entre ellos los relacionados con la salud (33).

Wagstaff y cols. (2004) señalan en el análisis de su estudio que muchos aspectos tienden a mejorar con los mayores ingresos económicos, como la ingesta calórico-proteica, la probabilidad de atención especializada por profesional médico durante el embarazo y el parto, la probabilidad de vacunación antitetánica, la disminución de la contaminación dentro del hogar. Además también existe un vínculo entre nivel socioeconómico y nivel educativo y la tendencia de las mujeres con niveles socioeconómicos bajos a tener un menor nivel de educación constituye una de las explicaciones clave de por qué las mujeres y los niños mueren o están desnutridos (36).

Tabla 04. Tenencia de vivienda de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.

Tenencia de vivienda	n°	%
Alquilada	40	32,3
Propia	48	38,7
Familiar	36	29,0
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

En el presente estudio el 38,7 % de las mujeres gestantes, refirió contar con vivienda propia, generando en ellas sentimientos de seguridad y orgullo al decir “mi casa”, muchas mujeres minimizan algunas molestias habituales del embarazo al decorar su casa o se sienten con mayor confianza para descansar rutinariamente, acciones que son indispensables durante el embarazo para conseguir mejores resultados en la salud materna y perinatal; el 32,3 % de mujeres vive en casa alquilada lo cual significa vivir en estado de alerta y estrés por el gasto permanente, de cada mes, con un monto que va a mermar la economía del hogar, repercutiendo en menores posibilidades de invertir en el autocuidado de su salud, el 29,0 % refiere vivir en casa de familia, probablemente se trate de parejas jóvenes que aún no tienen los recursos necesarios para la adquisición de una vivienda propia, teniendo que someterse en muchas ocasiones a las condiciones de los dueños de la vivienda que por lo general es la familia política, y a la intromisión de estos en la relación de pareja y la crianza de los niños, hechos que pueden deteriorar las relaciones familiares del nuevo hogar.

La tenencia de vivienda es un indicador del nivel socioeconómico, y también amerita un análisis, porque no es sólo un bien que las personas poseen, sino que juega un rol más trascendente en la calidad de vida de sus propietarios, Westaway (2006), referido

por Hills (2007) señala que la satisfacción con la vivienda es el predictor más importante de la satisfacción en la vida de las personas (37). Hills sostiene que la posesión de un bien es un importante componente del sentido del individuo mismo y la más directa evidencia es encontrada en la naturaleza de las percepciones y luego afirma: la vivienda, no escapa de este concepto, poder llamar a ese espacio que se habita “mi casa” permite al individuo sentirse confiado, con derechos y sobre todo orgulloso. Tener una casa propia le dará un sentido de logro al sentir que se alcanza una de las metas personales y financieras más deseadas lo que contribuirá a una mejor calidad de vida para toda la familia (37).

Cada individuo o, al menos, cada familia tienen la necesidad de un hogar propio donde asentar su vida. La adquisición de una vivienda digna se ha convertido en un derecho imprescindible en toda sociedad que se precie de desarrollada.

Castro y García (2003), señalan que la vivienda constituye la principal área de convivencia de la familia, así como el privilegiado espacio de relación interpersonal y de privacidad (38), siendo esta última difícil de alcanzar por los dos últimos grupos de mujeres que viven en viviendas alquiladas o de familia.

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos sostiene además, que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda...”* (39).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2005), también, sostiene que el acceso a una vivienda de calidad es un derecho de todo ser humano lo que va a condicionar a tener o no una vida próspera por lo que sugiere que se debe invertir en la

disponibilidad y la asequibilidad de viviendas y que además cuenten con las condiciones necesarias para ser habitadas (40).

Desde esta perspectiva, la vivienda al mismo tiempo de ser una necesidad básica debe cumplir ciertos requisitos para que consiga el propósito de elevar la calidad de vida de sus habitantes entrando en el detalle de que esta debe ser de calidad, asignándole las condiciones físicas, propicias para que sea considerada como tal, además debe contar con los servicios básicos como agua, electricidad y alcantarillado para eliminación de excretas.

En el presente estudio se ha podido determinar que el 90% de viviendas de las mujeres gestantes, tiene el piso de tierra, o cemento, sin enlucir, con una marcada diferencia porcentual respecto del informe presentado por la ENDES (2013) a nivel nacional quien encontró un menor porcentaje de hogares que tienen piso de tierra/arena respecto con lo observado en la ENDES (2009) (30,5 y 38,1%, respectivamente), incrementándose en pisos de losetas, terrazos o similares; cemento/ladrillo y láminas asfálticas, vinílicos o similares (30).

Según la OMS (2005) las condiciones de la vivienda han sido reconocidas desde hace tiempo como una de las principales determinantes sociales de la salud humana. La falta de higiene y de condiciones sanitarias, la falta de acceso a personas con discapacidad, el diseño urbano inadecuado, y el hacinamiento son algunos de los peligros a la salud a los que se está expuesto en la vivienda. De igual forma la precariedad de la vivienda de interés social en los países de América Latina y el Caribe (ALC) puede estar afectando la salud de millones de personas. El ruido, la humedad, el plomo, el monóxido de carbono, las partículas, los compuestos orgánicos volátiles, el radón, los desastres naturales, la falta de higiene y de condiciones sanitarias, la falta de acceso a personas

con discapacidad, el diseño urbano inadecuado y el hacinamiento son algunos de los peligros a la salud a los que se está expuesto en la vivienda (41).

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005), también considera que determinados bienes y servicios, tales como el acceso a agua potable o la asistencia sanitaria, forman parte de las necesidades básicas del ser humano y la sociedad. Dichos bienes y servicios deben estar a disposición de todo el mundo, con independencia de su capacidad de pago. Por tanto, en esos casos, ha de ser el sector público, y no el mercado, quien garantice una oferta y un acceso adecuados (42).

Tabla 05. Servicios básicos en las viviendas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Servicios básicos	n°	%
Ninguno	2	1,6
Agua potable solamente	12	9,7
Agua y desagüe	2	1,6
Agua, desagüe y Energía Eléctrica	79	63,7
Agua y Energía Eléctrica	25	20,2
Energía Eléctrica solamente	4	3,2
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

Se puede evidenciar en el presente estudio que 62,9% de viviendas de las gestantes del estudio, tiene los tres servicios básicos, 20,2% tiene solo agua y luz eléctrica y 9,7% tiene solamente agua.

Es importante realizar este análisis teniendo en cuenta que los servicios básicos constituyen necesidades elementales del ser humano que deben ser satisfechas para conseguir un desarrollo sostenible además de ser esenciales para la salud humana, sobre todo el agua y el alcantarillado.

Según ENDES (2013) entre los servicios básicos, destaca la energía eléctrica como el servicio de mayor cobertura en los hogares del país. En Cajamarca menos del 75% de los hogares tenían acceso a este servicio (30).

En lo que respecta al agua potable los datos presentados en el presente estudio (62,9%) son similares por los de ENDES (2013), quien señala que a nivel nacional, el 79,9% de los hogares utilizaba el agua de red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda incluyendo pilón/grifo público, para beber (30).

La OMS (2012) informa que el 11% de la población mundial (783 millones de personas) no tiene acceso aún al agua potable, y miles de millones no reciben todavía servicios de saneamiento. Afirma también que el acceso al agua potable y al saneamiento constituye un derecho indispensable para tener una vida con dignidad humana; y su abastecimiento a los sectores carentes de este servicio constituye un elemento importante para reducir la pobreza en los países del mundo entero (43).

La falta de agua es un indicador de pobreza de una población o familia que carezca de este vital elemento, genera mayor vulnerabilidad a las enfermedades gastrointestinales las mismas que pueden conllevar a estados graves de desnutrición mayormente en niños generando limitaciones en su desarrollo, sobre todo cognitivo, disminuyendo así su capacidad de insertarse en el mundo laboral con éxito.

Al respecto la OMS (2014) estima que gran parte de las enfermedades en el mundo en desarrollo, son causadas por la falta de agua limpia y saneamiento adecuado, siendo ésta una de las causas principales de enfermedades y muertes sobre todo en los niños (44).

4.2. Indicadores de la salud materna perinatal

4.2.1. Indicadores de la salud materna

Tabla 06. Estado nutricional pregestacional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Estado Nutricional	n°	%
Bajo peso	7	5,6
Normal	65	52,4
Sobrepeso	40	32,3
Obesidad	12	9,7
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

La OMS (2008) establece indicadores de la salud materna y perinatal en torno a los cuales se ha centrado la presente investigación; Uno de los cuales es el estado nutricional de la gestante la cual es de suma importancia para evaluar el resultado del nacimiento del futuro bebé; además existe una interacción entre el peso pregestacional y la ganancia de peso durante el embarazo. En el presente estudio se ha podido determinar que el 5,6% de mujeres gestantes iniciaron su embarazo con bajo peso; el 32,3 % lo iniciaron con sobrepeso y el 9,7% con obesidad; es decir que el 47,6% de mujeres inició su embarazo con un estado nutricional no adecuado el mismo que repercute negativamente en la salud materna y perinatal.

En medicina materno fetal la valoración nutricional es un criterio ampliamente utilizado con fines pronósticos y de manejo clínico, la desnutrición materna tradicionalmente ha

sido considerada un factor de riesgo para el normal desarrollo del feto, de igual modo el sobrepeso y la obesidad materna también representan mayor riesgo perinatal, aumentando el riesgo en términos de macrosomía y partos distócicos. Además, la persistencia de sobrepeso materno en el posparto aumenta el riesgo materno de diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas (45).

Álvarez (2008) también hace referencia a ello, manifestando que la nutrición materna antes y durante el embarazo es reconocida como un factor determinante del resultado del nacimiento, menciona que varios estudios han demostrado la importancia que representa el peso pre gestacional y la ganancia de peso durante el embarazo para evaluar el riesgo del resultado del embarazo. Mujeres con peso bajo para la talla, al comenzar el embarazo, tienen incrementado el riesgo de resultados adversos; en las adolescentes, está asociado con nacimientos pre término (46).

Los trabajos de Kramer y cols. Referido por Donoso (2008), mostraron que los factores nutricionales maternos eran los determinantes más importantes de retardo del crecimiento intrauterino simétrico (RCIU) en países en desarrollo, y que estos factores por sí solos, eran los responsables del 50% de las diferencias en la frecuencia de Restricción del Crecimiento Intra Uterino entre los países industrializados y en desarrollo (47).

Donoso (2008), en un meta análisis, encontró que un peso inferior a 54 kg al iniciarse el embarazo estaba asociado a un riesgo relativo de 1,25 para tener recién nacidos pre término (47).

**Tabla 07. Vacuna antitetánica en gestantes atendidas en el centro de Salud
Simón Bolívar. Cajamarca, 2013.**

Dosis de vacuna antitetánica	n°	%
Ninguna	23	18,5
Dosis incompleta	54	43,6
Dosis completa	47	37,9
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

En el presente estudio el 37,9% de mujeres gestantes recibieron sus dosis completas (dos dosis) durante el embarazo, el 43,5% recibió una sola dosis y un significativo porcentaje (18,5%) no recibió ninguna dosis, este último dato posiblemente ligado al desconocimiento de la importancia de esta vacuna para la protección del futuro bebé

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las medidas de preservación de la salud del niño por nacer, pues evita que éste contraiga tétanos neonatal por contaminación al momento del corte del cordón umbilical.

La (OMS) estima que otro indicador de la salud materna y perinatal lo constituye la vacunación antitetánica en virtud de que existe la probabilidad de aseverar que si las tasas de mortalidad neonatales recientes son altas, independientemente del peso al nacer, el tétanos neonatal podría ser una causa de esto, pues las muertes por tétanos suben generalmente en la segunda semana de vida (13).

En la ENDES (2013), se muestra que el 56,1% de mujeres con una nacida o nacido vivo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta recibieron dos o más dosis de la

vacuna antitetánica en su último embarazo. Este porcentaje es mayor en comparación con la ENDES (2009) (54,0%). El porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente fue protegido contra el tétanos alcanzó el 82,1% (30).

La OMS (2006) recomienda que toda mujer embarazada debe recibir dos vacunaciones antitetánicas para proteger a la niña o niño por nacer; sin embargo recomienda también que la madre tenga cinco dosis en toda su vida, cuatro en los diez años anteriores al embarazo, tres en los últimos cinco años o dos vacunas en los últimos tres años o durante el embarazo.

Un factor que debe ser considerado mientras se estima la cobertura de Toxoide Tetánico (TT2) es que las mujeres que han recibido tres dosis de toxoide tetánico en los últimos 5 años están protegidas durante el embarazo actual. Para aquellas que no han recibido el toxoide tetánico antes, la segunda dosis debe ser recibida a (o antes de) las 36 semanas, para dar de 2 a 4 semanas de tiempo para transmitir inmunidad al recién nacido y, particularmente, al prematuro.

Tabla 08. Controles pre natales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Controles pre natales	n°	%
Ninguno	6	4,8
1 - 3	12	9,7
4 - 5	20	16,1
6 - +	86	69,4
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

En el presente estudio se ha identificado que el 69,4% de mujeres ha tenido de 6 controles a más, el 16,1%, 4-5 controles y 9,7% de 1-3, datos que difieren de los presentados por el INEI (2013) que informa que el 98,4% de mujeres tuvieron algún control pre natal por personal de salud; lo que constituyó un aumento sobre el 94,5% encontrado durante la ENDES (2009). Desagregando este indicador, se observaron avances entre la ENDES (2009) y la ENDES (2013), subió la atención realizada por obstetriz, de 58,2 a 59,1%. La atención prenatal por médico presenta una tendencia a aumentar, de 28,9% en la ENDES (2009), a 32,3% en la ENDES (2013).

El número de controles pre natales durante el embarazo, otro indicador de la salud materna y perinatal, cobra importancia por la magnitud de la implicancia que tiene en la prevención de complicaciones obstétricas y perinatales y en la identificación de signos y síntomas de alarma del embarazo que, de no ser tratados oportunamente pueden traer consigo la muerte materna y la del niño por nacer.

Toda gestante debe ser educada en la importancia que tiene el control prenatal, ellas deben saber que el control prenatal se constituye en una estrategia fundamental dirigida

a la vigilancia del embarazo, a la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de las complicaciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna como son la preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto.

El Ministerio de Salud (2006) define al control pre natal como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" (48) y considera que constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2006).

En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia. En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro controles pre natales; por su parte el Ministerio de Salud considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación (49).

El control pre natal es muy importante para la salud de la madre y del hij@, pretende alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, conseguir una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, y mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control de crecimiento y desarrollo del niño, el fomento de la actitud hacia la lactancia materna exclusiva, dar a conocer el plan

de vacunación, etc. todos efectos beneficiosos y cuyo propósito es contribuir a la disminución de los altos índices de morbi mortalidad materna y perinatal.

Durante el control pre natal, la mujer embarazada es examinada y sometida una batería de análisis para detectar situaciones que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. También se le aconseja acerca de cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o nacida. De igual forma en aquellas mujeres que acuden a sus controles se puede asumir que consumen hierro y ácido fólico durante el embarazo con el fin de prevenir cualquier anemia nutricional durante el periodo de gestación en caso de que los nutrientes disponibles no sean suficientes para mantener un desarrollo adecuado del niño y un buen estado de la madre.

El hecho de que una mujer acuda a un control pre natal es indicativo de que ya es capaz de decidir sobre su propia salud, aspecto muy importante, porque permitirá que la mortalidad materna disminuya en razón de la primera demora: “demora en reconocer signos y síntomas ominosos”. Sin embargo es preciso recalcar que para que esto último ocurra, el control prenatal debe ser de calidad y utilizando un sistema de réplica por parte de la gestante en cuanto al reconocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, el parto y el puerperio.

A nivel de Cajamarca, el número de controles pre natales se ha incrementado gracias, en parte, al aseguramiento de la población al Seguro Integral de Salud (SIS), que brinda atención gratuita a las gestantes, y al interés que tiene la gestante de oír los latidos cardiacos de su bebé o conocer el sexo de éste y es que como parte de la batería de análisis se realizan hasta tres ecografías durante toda la gestación con este fin.

De otra parte, la población femenina en edad reproductiva, sobre todo de la zona rural en cierta magnitud ya está interiorizando la importancia de acudir a un establecimiento de salud para su control pre natal, pues luego del parto muchas de ellas ya tienen pensado utilizar algún método de planificación familiar, es decir que a la fecha las mujeres ya vienen logrando cierto empoderamiento en su salud, constituyéndose en un logro significativo, para disminuir las brechas de inequidad de género que existen en la actualidad.

UNICEF (2013), respecto a los controles pre natales afirma que se estima que por lo menos 20% de las enfermedades que sufren los niños y niñas menores de cinco años en todo el mundo, están relacionadas con la salud y nutrición deficientes de sus madres, así como con una pobre atención durante el embarazo y los primeros días de vida del recién nacido (50).

Sin embargo en el presente estudio el 4,8% de mujeres no tuvo ningún control, cifra superior a la reportada a nivel nacional por ENDES (2013) quien señala que 1,7% de mujeres no tuvieron control pre natal, constituyéndose en un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, por las implicancias negativas que trae consigo (30).

El Control Pre Natal inadecuado o nulo conlleva a mayores tasas de partos pre término, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), recién nacidos pequeños para la edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (51).

Tabla 09. Complicaciones obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Complicaciones obstétricas	n°	%
Preeclampsia	21	16,9
Rotura prematura de membranas	2	1,6
Anemia	6	4,8
Ninguna	95	76,6
Total	124	100.0

Fuente: información recolectada por la autora

Se puede observar en la presente tabla que el 16,9% de gestantes presentaron preeclampsia ya sea de forma moderada o severa. La pre eclampsia es un grave problema de salud pública por las implicancias negativas que tiene en la salud materna y perinatal; es en alto grado prevenible; sin embargo no deja de estar presente, lo que da muestra de las desventajas que padecen las mujeres en la sociedad, evidenciando claramente que siempre existe un atentado de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Morir en el proceso de crear nueva vida humana resulta inadmisibles; injusta recompensa para la madre, consecuencia sorpresiva y dolorosa para la familia y se constituye en un drama social de innegables consecuencias, que se asocia muy frecuentemente a mortalidad perinatal y mortalidad infantil, trayendo como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general (21).

Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres. Estos niños reciben menos cuidados, menos educación y tienen un rendimiento escolar más bajo, los recién nacidos que sobreviven a la muerte de su

madre tienen menor posibilidad de sobrevivir, estos mueren no sólo por la carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también por las carencias afectivas y de protección (52).

La preeclampsia en el Perú (2014), es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes y se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) (53).

Las DIRESA (2014) reportaron como principales causas de muerte en la última década las mismas que para el año 2007: hemorragias (41%), hipertensión inducida por el embarazo (19%) (28).

El 1,6% de gestantes de la muestra tuvo rotura prematura de membranas (RPM), complicación grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. Se puede entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre antes de las 34 sem es desfavorable, y peor aún antes de las 32 sem, pues la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.

El 4,8% de gestantes en el presente estudio, presentó anemia, la misma que cobra importancia por las complicaciones que pueden presentarse en el parto y post parto debido a la pérdida sanguínea que se presenta.

4.2.2. Indicadores de salud perinatal

Tabla 10. Peso de los recién nacidos hijos de madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Peso recién nacido	n°	%
Menor de 2500	14	11,3
2500 - 4000	110	88,7
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

Se puede apreciar en la presente tabla que el 88,7% de recién nacidos, hijos de las mujeres gestantes del estudio tuvo un peso dentro de los parámetros normales, es decir entre los 2,500 y los 4000 gr.; un significativo porcentaje (11,3%), de recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer (< 2,500 gr.)

El aporte de nutrientes en el feto depende entre otros del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo feto placentario. En el caso de la preeclampsia el flujo feto placentario está disminuido, posiblemente el grupo de recién nacidos de bajo peso probablemente sean hijos de madres pre eclámpticas o con ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.

ENDES (2013), en su informe indica que entre las niñas y los niños que fueron pesados al nacer, un 6,9% pesó menos de 2,5 kg. Este porcentaje fue ligeramente mayor al 6,4% encontrado en el año 2009. En Cajamarca, informó que, 10,1% nacieron con ese peso,

con una diferencia porcentual de 1,2 puntos respecto a los encontrados en el presente estudio (30).

Estudios realizados por el Instituto de Investigación Nutricional Perú, señala que en el año 2007 a nivel nacional, el 7,8% de los neonatos tuvieron bajo peso al nacer, mientras que Vélez y cols., en su estudio realizado en Colombia encontraron que la prevalencia fue de 17% para recién nacidos con bajo peso al nacer. El control pre natal inadecuado, el hábito de fumar y la presencia de alguna patología materna durante la gestación presentaron asociación con el bajo peso al nacer (54).

El bajo peso al nacer cobra importancia ya que la tasa de neonatos con un peso menor a 2,500 gr. en una población, constituye un buen indicador de un problema de salud pública que incluye la malnutrición materna a largo plazo, una mala salud y una atención de salud deficitaria. Individualmente, el bajo peso al nacer, representa un importante mecanismo de predicción de la salud del recién nacido y su supervivencia (55).

El recién nacido con bajo peso constituye uno de los más importantes problemas de salud pública, las causas pueden estar dadas por patología en la madre, en la placenta o en el feto.

También es importante realizar un análisis de esta situación ya que la mortalidad perinatal en los niños con bajo peso al nacer es de 10-20 veces mayor que en los niños con un peso adecuado para su edad gestacional.

El bajo peso al nacer es un indicador sanitario, pero también un indicador de nivel de vida, está asociada a mayor edad de la madre, analfabetismo de esta, y a los quintiles de mayor pobreza (E y D), y a la inadecuada o nula atención pre natal (21).

Se estima que por cada recién nacido que muere, existe un mortinato. Estas muertes intrauterinas y neonatales en su mayoría son el resultado de los mismos factores que causan la muerte y la discapacidad en las madres.

Tabla 11. Apgar de los recién nacidos, hijos de madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Apgar del recién nacido	n°	%
7 – 10	118	95,2
4 - 6	05	4,0
0 - 3	01	0,8
Total	124	100.0

Fuente: información recolectada por la autora

En el presente estudio el 95,2% de recién nacidos tuvo un score de Apgar al minuto de 7-10, se trata de neonatos nacidos en óptimas condiciones, que no requieren reanimación neonatal, solo necesitan de los cuidados inmediatos de un recién nacido; estos niños mayormente son hijos de madres sin complicaciones obstétricas, el 4,0% de recién nacidos tuvo un score de Apgar al minuto de 4-6; son niños con diagnóstico de asfixia severa, los cuales requieren de reanimación neonatal, las madres de estos niños probablemente han tenido algún tipo de complicación como la pre eclampsia, el 0,8% de recién nacidos tuvo un score de Apgar de 0-3 correspondiente a un diagnóstico de asfixia severa.

El test de Apgar, administrado a los recién nacidos al minuto de nacimiento y cinco minutos, es otro indicador de salud perinatal, el cual es un método rápido y práctico para evaluar objetiva y sistemáticamente al recién nacido inmediatamente luego del nacimiento, y su propósito es ayudar a identificar a aquellos que requieran resucitación y predecir su supervivencia en el periodo neonatal.

El Score de Apgar es el mejor predictor de sobrevivencia neonatal, según investigaciones realizadas, entre ellos uno publicado en el año 2001 en el New England Journal Of Medicine, donde se comparó a éste con el estado ácido base sanguíneo en la arteria umbilical en 145.000 neonatos (9% de pre término y 91% de término) (56).

En el presente estudio en el periodo de tiempo de la recolección de la información no se evidenció ninguna muerte perinatal, a pesar de que en Cajamarca la mortalidad perinatal es de 16 por mil nacidos vivos (30).

Tabla 12. Complicaciones neonatales de los hijos de madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, 2013

Complicaciones neonatales	n	%
Bajo peso al nacer	5	4,0
Prematuridad	9	7,3
Asfixia	3	2,4
Sepsis	3	2,4
Postmadurez	1	0,8
Ninguno	103	83,1
Total	124	100

Fuente: información recolectada por la autora

En la presente tabla se puede evidenciar que el 83,1% de recién nacidos, hijos de mujeres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, no presentaron ninguna complicación; sin embargo el 7,3% fueron prematuros, el 4,0% tuvieron bajo peso al nacer, el 2,4% tuvo asfixia y el 2,4% sepsis, solamente el 0,8% fueron prematuros.

Estas complicaciones presentan alta morbimortalidad en los niños a futuro, sobre todo si el tratamiento no es el óptimo. Los recién nacidos con bajo peso (aquellos que pesan menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognitivas (57).

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido (57).

La prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales; la asfixia por su parte también puede presentar complicaciones como la encefalopatía hipóxico isquémica neonatal la misma que puede ser causa de morbimortalidad y discapacidad ulterior en el niño, asociado a importantes implicaciones médicas, sociales y legales.

Estas complicaciones están presentes en madres que a su vez han tenido algún tipo de complicación durante el embarazo y que al mismo tiempo tienen un número reducido de controles prenatales o no lo han tenido.

4.3. Relación entre los Determinantes sociales de la salud y los indicadores de la salud materna.

Tabla 13. Estado nutricional según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	Estado Nutricional (IMC)								Total	
	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	4,0
Primaria Incompleta	0	0,0	10	52,6	7	36,8	2	10,5	19	15,3
Primaria Completa	2	8,3	12	50,0	8	33,3	2	8,3	24	19,4
Secundaria Incompleta	2	11,1	9	50,0	6	33,3	1	5,6	18	14,5
Secundaria Completa	0	0	16	57,1	8	28,6	4	14,3	28	22,6
Superior Técnica incompleta	1	14,3	4	57,1	2	28,6	0	0,0	7	5,6
Superior Técnica Completa	0	0	5	50,0	3	30,0	2	20,0	10	8,1
Superior Universitaria Incompleta	1	12,5	3	37,5	3	37,5	1	12,5	8	6,5
Superior Universitaria Completa	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0	0,0	5	4,0
Total	7	5,6	65	52,4	40	32,3	12	9,7	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 14,094$$

$$p < 0,945$$

Se puede apreciar en los presentes datos que del 22,6% de gestantes con nivel educativo secundaria completa, el 28,6% presenta sobrepeso y el 14,3% obesidad. Del 19,4% de gestantes con nivel educativo primaria completa, el 33,3% tuvo sobrepeso, el 8,3% bajo peso y el 8,3%, obesidad.

Al analizar estos datos puede evidenciarse en el presente estudio que, estos porcentajes pertenecen a un grupo de mujeres con niveles educativos bajos en quienes hay hábitos alimenticios poco saludables que las lleva al bajo peso o al sobrepeso u obesidad.

Del 4,0% de gestantes sin ningún nivel educativo, el 80% tiene un estado nutricional normal y el 20% sobre peso a diferencia del grupo de gestantes con nivel educativo superior universitario completo, que del 4,0%, el 40,0% tiene un estado nutricional normal, el 40% tiene sobrepeso y el 20% bajo peso; ello se debe probablemente a un régimen laboral que condiciona una dieta desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino; alto consumo de comidas rápidas, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos; y aquellas con bajo peso probablemente tienen dietas hipocalóricas; asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas esotéricas muy restrictivas y no balanceadas.

El nivel educativo influye en el estado nutricional materno porque mejora el acceso de las mujeres a la información y a su habilidad para optar por dietas saludables que le permitan ganar el peso recomendado por los diferentes organismos encargados de la salud, ya que es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente; sin embargo en algunas ocasiones el régimen laboral de gestantes que trabajan no les permite llevar precisamente una dieta saludable.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables nivel educativo y estado nutricional.

Tabla 14. Vacunación antitetánica según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	Vacuna Antitetánica						Total	
	Ninguna		Dosis Incompleta		Dosis Completa		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Analfabeta	4	80,0	0	0	1	20,0	5	4,0
Primaria Incompleta	0	0,0	9	47,4	10	52,6	19	15,3
Primaria Completa	4	16,7	5	20,8	15	62,5	24	19,4
Secundaria Incompleta	1	5,6	12	66,7	5	27,8	18	14,5
Secundaria Completa	6	21,4	12	42,9	10	35,7	28	22,6
Superior Técnica incompleta	2	28,6	3	42,9	2	28,6	7	5,6
Superior Técnica Completa	1	10,0	8	80,0	1	10,0	10	8,1
Superior Universitaria Incompleta	4	50,0	4	50,0	0	0,0	8	6,5
Superior Universitaria Completa	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	4,0
Total	23	18,5	54	43,5	47	37,9	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 43,375$$

$$p \leq 0,000$$

Se puede observar en la presente tabla que del 22,6% de gestantes con nivel educativo, secundaria completa, el 42,9% tiene incompleto el número de dosis de toxoide antitetánico, el 21,4% no tiene ninguna dosis, y solamente el 35,7% tiene sus dosis completas.

Del 4,0% de gestantes con nivel educativo superior, solamente el 20% refirió no haber recibido ninguna dosis de toxoide antitetánico; comparativamente con el 4,0% de gestantes sin ningún nivel educativo, que el 80,0% de ellas, no recibió ninguna dosis.

En el área de la salud, las investigaciones demuestran que el analfabetismo produce serias limitaciones para la comprensión de mensajes y de conocimientos para el autocuidado, especialmente el de las mujeres, desencadenando problemas en la salud (58). En efecto, Las personas, en especial las madres, que no han sido alfabetizadas son más proclives a poseer inadecuadas prácticas de nutrición e higiene en el hogar. Se ha comprobado que las mujeres alfabetizadas o que están participando en programas de alfabetización poseen mejores conocimientos y comportamientos acerca de la salud que las analfabetas. Además tienen más posibilidades de adoptar medidas de salud preventiva como la vacunación antitetánica (34).

A nivel nacional los diferenciales según características de la mujer fueron notorios por nivel de educación. Así, las mujeres sin educación recibieron dos o más inyecciones en un 47,3%, en comparación con el 52,6% de las mujeres con educación superior (30).

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables vacunación antitetánica y nivel educativo ($p = 0,000$).

Tabla 15. Número de controles pre natales según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	Número de controles prenatales								Total	
	Ninguno		1-3		4-5		6 a +		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Analfabeta	0	0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	4,0
Primaria incompleta	1	5,3	1	5,3	6	31,6	11	57,9	19	15,3
Primaria Completa	2	8,3	2	8,3	2	8,3	18	75,0	24	19,4
Secundaria incompleta	0	0	0	0	1	5,6	17	94,4	18	14,5
Secundaria completa	1	3,6	5	17,9	4	14,3	18	64,3	28	22,6
Superior Técnica	2	11,8	3	17,6	1	5,9	4	64,7	17	13,7
Superior universitaria	0	0	0	0	5	38,5	8	61,5	13	10,5
Total	6	4,8	12	9,7	20	16,1	86	69,4	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 37,308$$

$$p \leq 0,041$$

En la presente tabla se puede evidenciar que del 10,5% de gestantes con nivel educativo superior, el 38,5% tiene de 4-5 controles y el 61,5% tiene de 6 a más controles, ninguna gestante ha dejado de asistir a sus controles pre natales.

Del 4,0% de gestantes sin ningún nivel educativo, el 20,0% tuvo solamente de 1-3 controles; mientras que del 10,5% de gestantes con nivel educativo superior el 38,5% tuvo de 4 a 5 controles y el 61,5% tuvo más de 6 controles. Sin embargo se encontró que del 13,7% de gestantes con educación superior técnica, el 11,8% de mujeres, no tuvo ningún control pre natal, es probable que se trate de mujeres procedentes de la zona rural, provenientes de un estrato social emergente, con conocimientos propios de

su zona basada en la medicina tradicional y que aún muestra resistencia a la medicina occidental, de allí la importancia de establecer una atención con enfoque intercultural.

El Ministerio de Salud (2009) afirma que el nivel de educación de la gestante juega un rol importante en la atención de control pre natal; la atención por profesionales de la salud cubre al 77% de gestantes sin educación, pero llega al 98% entre las gestantes con educación superior; en el parto institucional, el 93% es de gestantes con educación superior mientras que de las gestantes sin educación solo llega al 15% (21).

Ponce y cols. (2010), en su estudio “factores asociados al cumplimiento del control pre natal”, afirma que existen gestantes con creencias y prácticas tradicionales que no cumplen con el control prenatal, resultado que está relacionado con el bajo nivel educativo de las gestantes y la de sus familiares. Generalmente los familiares desconocen las medidas preventivas de salud y las enfermedades, relacionándole con causas sobrenaturales como castigo divino o daño de tipo físico como golpes o caídas. En su estudio encontró que el 60% de gestantes no cumplen con el control prenatal. Concluyó que la educación se correlaciona positivamente con una actitud favorable hacia el cuidado de la salud, es decir, mientras más educación tenga la gestante y sus familiares, más optimistas se mostrarán hacia la mantención y recuperación de la salud (59).

Ramos y cols. (2007), determinaron en su estudio que el factor educación es uno de los más importantes porque el nivel académico de las embarazadas influye en la búsqueda de una atención calificada y oportuna para su embarazo, encontraron que el 16% de mujeres que dijeron que el control pre natal no era importante, no tenían conocimiento sobre lo que es en sí el control pre natal o para qué sirve (32).

Es preciso determinar que lo más importante del Control pre natal no es el número de controles que tenga la gestante sino la mayor concentración de actividades en cada uno de ellos, incluyendo un abordaje al aspecto cultural, rescatando las prácticas tradicionales positivas y eliminando las negativas y sobre todo educando a la mujer en el reconocimiento de signos y síntomas de alarma a fin de evitar complicaciones.

La educación y un sistema de salud eficaz y eficiente, durante el embarazo, el parto y el puerperio y en la atención perinatal disminuirán significativamente las altas tasa de mortalidad materno perinatal.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables número de controles pre natales y nivel educativo ($p = 0,041$).

Tabla 16. Complicaciones obstétricas según nivel educativo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	Complicaciones del embarazo								Total	
	Ninguno		Preeclampsia		RPM		Anemia			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	2	40,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	5	4,0
Primaria Incompleta	16	84,2	3	15,8	0	0,0	0	0	19	15,3
Primaria Completa	21	87,5	3	12,5	0	0,0	0	0	24	19,4
Secundaria Incompleta	13	72,2	4	22,2	1	5,6	0	0,0	18	14,5
Secundaria Completa	18	64,3	5	17,9	1	3,6	4	14,3	28	22,6
Superior Técnica incompleta	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	7	5,6
Superior Técnica Completa	9	90,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	10	8,1
Superior Universitaria Incompleta	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	8	6,5
Superior Universitaria Completa	4	80,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	5	4,0
Total	95	76,6	21	16,9	2	1,6	6	4,8	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 90,960$$

$$p \leq 0,928$$

Al relacionar el nivel educativo y las complicaciones durante el embarazo, se ha podido determinar en el presente estudio que del 4,0% de gestantes sin ningún nivel educativo, el 40%, presentó pre eclampsia y el 20% anemia; sin embargo del 6,5% de gestantes con nivel educativo superior universitaria incompleta, un significativo porcentaje (25,0%) también tuvo preeclampsia, de igual forma del 4,0% de gestantes con superior universitario completo igualmente el 20,0% presentó anemia.

Estos datos que muestran complicaciones obstétricas, tanto en mujeres sin nivel educativo como en aquellas con niveles educativos altos, permiten determinar que las complicaciones obstétricas no discriminan nivel educativo alguno.

Sin embargo, aunque la mayoría de las complicaciones obstétricas no se pueden predecir ni prevenir, pueden ser tratadas una vez detectadas, por lo tanto todas las mujeres deben tener acceso a los cuidados obstétricos de emergencia, tal como lo define la OMS (2014). Con servicios adecuados muchas de las complicaciones que aparecen en el periodo intraparto pueden tratarse con intervenciones costo efectivas siempre que estas formen parte de un paquete de intervenciones que llegue a las mujeres que las necesitan, lo importante es que la gestante sepa identificar los signos y síntomas de alarma, hecho que se va a conseguir siempre y cuando la mujer tenga conocimiento de éstos lo que se conseguirá, si la mujer recibe atención pre natal.

Aun así, es necesario precisar que mientras los Cuidados Obstétricos de Emergencia son necesarios, pueden no ser suficientes ya que las mujeres con complicaciones pueden enfrentar diversas barreras para utilizarlos: económicas, estructurales o culturales, estas últimas condicionadas por los roles tradicionales de género o por la desvalorización del equipo de salud de las creencias de determinado grupo cultural.

Según el modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal propuesta por UNICEF (2008), referidos por Romero y cols. (2010), los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados: los inmediatos (que provienen del individuo), los subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y las jurisdicciones) y los básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco fue concebido para valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así

como para la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal (60).

Como factores inmediatos, UNICEF (menciona a los factores congénitos, las conductas de cuidados de la salud, las enfermedades infecciosas y el estado nutricional y como factores subyacentes a la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados, la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, condiciones medioambientales deficientes, servicios de atención primaria de la salud inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal (60).

La salud materno-perinatal sigue siendo uno de los temas más preocupantes en el Perú de este nuevo siglo. Aunque la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2013) revela avances significativos en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres durante la década pasada, los niveles de mortalidad aún continúan siendo muy altos, y las desigualdades por nivel socioeconómico, aparecen como intolerables para una sociedad democrática.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables complicaciones del embarazo y nivel educativo ($p \leq 0,928$).

Tabla 17. Estado nutricional según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Estado Nutricional (IMC)								Total	
	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
C+	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
C	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
D+	0	0,0	6	50,0	6	50,0	0	0,0	12	9,7
D	3	4,9	29	47,5	19	31,1	10	16,4	61	49,2
E	2	4,3	27	58,7	15	32,6	2	4,3	46	37,1
Total	7	5,6	65	52,4	40	32,3	12	9,7	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$X^2 = 29,493$

$p \leq 0,003$

En los presentes datos se puede evidenciar que del 49,2% de mujeres gestantes del nivel socioeconómico D, 47,5% tiene un estado nutricional normal; el 37,1% tiene sobrepeso, bajo peso el 4,9% y 16,4% presentan obesidad; del 37,1% de gestantes que pertenecen al nivel socioeconómico E, el 58,7% tiene un estado nutricional normal; mientras que el 32,6% tienen sobrepeso y el 4,3% bajo peso.

Como puede observarse el nivel socioeconómico influye en el estado nutricional; sin embargo en torno a la alimentación, sobre todo en zonas rurales, existen una serie de patrones culturales, entre ellos están el hecho de que “*el varón es el que debe de comer en mayor cantidad y mejor porque él es el que trabaja y el que aporta a la economía del hogar*”, “*es más importante tomar “la sopa” que comer un plato de segundo*”; no

consumir la carne porque la “*sustancia está en el caldo*”, todos ellos, hábitos que van en detrimento del estado nutricional materno.

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), las campañas sanitarias del siglo **XIX** y gran parte del trabajo de los fundadores de la salud pública moderna reflejan que eran conscientes de la estrecha relación entre la posición social de las personas, las condiciones de vida y sus consecuencias para la salud. Rudolf Virchow (1821-1902) preguntaba: ¿"No comprobamos que las enfermedades del pueblo nos llevan siempre a los defectos en la sociedad". La investigación epidemiológica reciente ha confirmado el papel central de los factores sociales y ambientales en las grandes mejoras de salud registradas en la población de los países industrializados a principios del siglo XIX (61).

Por su parte la OMS (2005) señala: “*parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud*” (33).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables nivel socio económico y estado nutricional según lo indica el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p = 0,003$)

Tabla 18: Vacunación antitetánica según nivel socioeconómico en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Vacuna Antitetánica						Total	
	Ninguna		Dosis Incompleta		Dosis Completa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
C+	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	3,2
C	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
D+	2	16,7	7	58,3	3	25,0	12	9,7
D	8	13,1	32	52,5	21	34,4	61	49,2
E	12	26,1	12	26,1	22	47,8	46	37,1
Total	23	18,5	54	43,5	47	37,9	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 15,473$$

$$p \leq 0,051$$

Puede evidenciarse en la presente tabla que del 49,2% de mujeres gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico D, el 52,5% recibió una sola dosis de toxoide antitetánico, mientras que el 13,1% no recibió ninguna, solamente el 34,4% de ellas recibió dosis completa de la vacuna antitetánica; del 3,2% de mujeres pertenecientes al nivel socioeconómico C+ que en el presente estudio es el más alto nivel socioeconómico, ninguna mujer ha dejado de recibir alguna dosis de toxoide antitetánico.

ENDES (2013) informa los diferenciales según características de la mujer por quintil de riqueza y nivel de educación de la madre. Así, las mujeres ubicadas en el quintil superior recibieron dos o más inyecciones en un 49,8%, en comparación con el 57,8% de aquellas del quintil inferior. El 53,0% de mujeres con educación superior y el 60,4% de aquellas sin educación fueron inmunizadas, señala además que las diferenciales

según características de la mujer no fueron muy notorios en este caso. Así, el 50,3% de las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza (Estrato A) y el 54,1% de aquellas del quintil inferior (Estratos E y D) fueron inmunizadas (30).

Con ello se puede constatar que a mayor nivel socioeconómico es posible un mejor cumplimiento del calendario de vacunas sobre todo del toxoide antitetánico que sirve para prevenir el tétanos neonatal.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables nivel socioeconómico y vacunación antitetánica tal y como lo indica el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p = 0,051$).

Tabla 19. Número de controles pre natales según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Número de controles prenatales								Total	
	Ninguno		1- 3		4-5		6 a más		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
C+	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4	3,2
C	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,8
D+	1	8,3	2	16,7	0	0,0	9	75,0	12	9,7
D	2	3,3	5	8,2	10	16,4	44	72,1	61	49,2
E	3	6,5	5	10,9	9	19,6	29	63,0	46	37,1
Total	6	4,8	12	9,7	20	16,1	86	69,4	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 5,588$$

$$P \leq 0,935$$

Se puede observar en los datos que anteceden que del 49,2% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico D, el 8,2% tuvo de 1 a 3 controles, el 16,4% de 4-5 y el 72,1% de 6 a más controles, Del 3,2% de mujeres gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico C+, el 75% ha tenido más de 6 controles pre natales y el 25% de 4-5; del 37,1% de gestantes del nivel socioeconómico E, el 6,5% de mujeres refiere al momento del parto, no haber tenido ningún control pre natal; de igual forma del 9,7% de mujeres del nivel socioeconómico D+, el 8,3% también refirió no haber tenido ningún control.

Es evidente que el nivel socioeconómico tiene que ver con el número de atenciones pre natales que recibe la mujer, pues un nivel bajo, como ya se mencionó en tablas anteriores, está asociado a niveles educativos, también, bajos que no le permite interiorizar la importancia que tienen estos para su embarazo, ni las complicaciones que pueden prevenirse o ser diagnosticadas precozmente en un control pre natal; de otra

parte por lo general estas mujeres probablemente dependan económicamente de sus parejas u otros familiares y por lo tanto carecen de poder de decisión para acudir a un establecimiento de salud a recibir atención especializada en su embarazo.

Sandoval (2004) en su estudio “atención prenatal, parto institucional y atención pos parto en el Perú, afirma que la educación de la madre, considerada una variable de estatus de la mujer, resultó ser un fuerte predictor de la atención materna, y provee apoyo para la perspectiva de empoderamiento. La educación estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud, tanto para acudir a sus controles prenatales como para la atención del parto en un establecimiento de salud por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, tendrá mayor conocimiento de la disponibilidad de los servicios de salud como de los beneficios que producen su uso. El acceso a hospital, y el nivel socioeconómico de la madre son predictores significativos y muestran una fuerte asociación con la atención materna. Esta asociación es similar a la encontrada en estudios que muestran la misma relación con la mortalidad materna (62).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables nivel socio económico y vacunación antitetánica tal y como lo indica el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p = 0,935$).

Tabla 20. Complicaciones maternas presentes según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Complicaciones del embarazo								Total	
	Ninguno		HIG		RPM		Anemia			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
C+	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0	4	3,2
C	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,8
D+	11	91,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	9,7
D	46	75,4	10	16,4	1	1,6	4	6,6	61	49,2
E	34	73,9	10	21,7	1	2,2	1	2,2	46	37,1
Total	95	76,6	21	16,9	2	1,6	6	4,8	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$X^2 = 145,358$

$p = 0,000$

En el presente estudio se encontró que del 49,2% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico D, el 16,4% presentó preeclampsia, el 6,6% anemia y el 1,6% rotura prematura de membranas; del 9,7% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico D+, el 8,3% tuvo pre eclampsia y del 37,1% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico E, el 21,7% tuvo preeclampsia; el 2,2% tuvo rotura prematura de membranas y un porcentaje similar, 2,2%, cursó su embarazo con anemia; deduciendo que a menor nivel socioeconómico son mayores las probabilidades de presentar complicaciones durante el embarazo.

El nivel socioeconómico está vinculado a la presencia de complicaciones maternas de manera directa, probablemente por hábitos nutricionales poco saludables, déficit de algunos nutrientes, especialmente oligoelementos que son fundamentales en el embarazo, pocos o ningún control pre natal, etc.

Maradiegue (2005) sostiene que en el mundo el 99% del millón de defunciones maternas ocurren en los países con ingresos bajos o medios, mostrando claramente que el nivel socioeconómico tiene una clara influencia en las complicaciones maternas (12).

Karam (2007) en su investigación sobre aspectos sociales de la mortalidad materna, encontró que de las mujeres que fallecieron por causas maternas 75,8% eran de un nivel bajo y 24,2% de nivel medio (31).

Una de las complicaciones maternas que mayor mortalidad ocasiona es la preeclampsia cuya complicación más grave es el síndrome de HELLP, en Cajamarca la tasa de mortalidad materna por esta complicación es alta, a pesar de que las enfermedades hipertensivas se pueden prevenir mediante el control prenatal y se pueden tratar si son diagnosticadas a tiempo.

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005) señala que la muerte materna es una tragedia, pues implica que por cada mujer que muere, muchas más sufrirán una serie de consecuencias que tendrán repercusiones en el resto de su vida, entre otras, la pérdida de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos, pueden prevenirse; condena a la orfandad a niños pequeños y destruye una familia. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta el incremento en la morbi-mortalidad infantil, la deserción escolar, la desintegración de la familia y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Otro componente de esta tragedia que representa la muerte materna es que estas mujeres no mueren como consecuencia de alguna enfermedad, sino durante el proceso normal de procreación de un ser humano (61).

Por lo tanto desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, la mortalidad materna es considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad en el ámbito social de la humanidad, así como de la situación que la mujer guarda en la sociedad y en cuanto al acceso a los servicios de salud, sociales, de alimentación y de oportunidades económicas.

Del Carpio (2013), precisamente señala que la calidad de vida y de salud de las mujeres están, en gran medida, influenciadas por muchos factores, entre ellos los culturales, socioeconómicos, educativos, y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico, por lo tanto sugiere que es importante la identificación de las gestantes de mayor riesgo y con signos de alarma (63).

Afirma además, que con el enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia propuestos por Maine se pueden reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones y si a estas intervenciones se agrega la educación para que la mujer conozca sus derechos y se empodere para ejercerlos, se podría lograr un mayor descenso de la mortalidad materna (63), poniendo de manifiesto que la educación juega un rol importantísimo en la mejora de la salud materna.

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables complicaciones del embarazo y nivel socioeconómico ($p = 0,00$).

4.3.2. Relación entre los determinantes sociales de la salud y los indicadores de salud perinatal.

Tabla 21. Peso del recién nacido según nivel educativo de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	Peso del Recién Nacido				Total	
	Menor de 2500		2500 - 4000		n°	%
	n°	%	n°	%		
Analfabeta	0	0,0	5,0	100,0	5	4,0
Primaria Incompleta	3	15,8	16	84,2	19	15,3
Primaria Completa	4	16,7	20	83,3	24	19,4
Secundaria Incompleta	1	5,6	17	94,4	18	14,5
Secundaria Completa	5	17,9	23	82,1	28	22,6
Superior Técnica incompleta	1	14,3	6	85,7	7	5,6
Superior Técnica Completa	0	0,0	10	100,0	10	8,1
Superior Universitaria Incompleta	0	0,0	8	100,0	8	6,5
Superior Universitaria Completa	0	0,0	5	100,0	5	4,0
Total	14	11,3	110	88,7	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 6,500$$

$$p \leq 0,579$$

En la presente tabla se ha identificado que del 18,6% de gestantes con algún nivel educativo superior, el 100% tuvo recién nacidos eutróficos, es decir un peso entre 2,500 a 4,000 gr. ninguna de estas mujeres tuvo recién nacidos con bajo peso, son mujeres pertenecientes a niveles socioeconómicos más altos con mayor capacidad de conseguir una dieta más balanceada y al mismo tiempo, probablemente, con mayores conocimientos sobre autocuidado de su salud.

De igual forma del 4,0% de gestantes sin ningún nivel educativo, también el 100% tuvo recién nacidos eutróficos, es probable que en este caso haya influenciado el control prenatal en donde se da consejería sobre una nutrición adecuada.

Una publicación de UNICEF de 2006, expresa que todos los años nacen en el mundo más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 5.5 libras, lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir una tasa que duplica el nivel de los países industrializados que es de 7%.

Según el “Estado Mundial de la Infancia 2007” de UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas -alrededor de 146 millones- que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. Para los niños y niñas cuya situación alimentaria es deficiente, enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias pueden ser fatales (64).

López y cols. (2004), en un estudio realizado sobre algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer encontraron que el nivel de escolaridad que predominó en las madres fue de preuniversitario con 51,3% seguido de las de secundaria con el 32,17 % (65).

Hacer un análisis del peso del recién nacido cobra importancia porque aquellos, que nacen con bajo peso son más propensos a presentar hipoglicemia en ayuno, los primeros días de vida; en estos niños el depósito hepático de glucógeno está agotado, no se puede llevar a cabo la glucogenólisis, principal fuente de glucosa para el recién nacido y con ello un deterioro físico y mental, aumentando la morbilidad perinatal (66).

**Tabla 22. Apgar del recién nacido según nivel educativo de las madres
atendida en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013**

Nivel educativo	Apgar del RN						Total	
	7-10		4-6		0-3		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Analfabeta	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0
Primaria Incompleta	16	84,2	2	10,5	1	5,3	19	15,3
Primaria Completa	22	91,7	2	8,3	0	0,0	24	19,4
Secundaria Incompleta	17	94,4	1	5,6	0	0,0	18	1,5
Secundaria Completa	28	100,0	0	0,0	0	0,0	28	22,6
Superior Técnica incompleta	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	5,6
Superior Técnica Completa	10	100,0	0	0,0	0	0,0	10	8,1
Superior Universitaria Incompleta	8	100,0	0	0,0	0	0,0	8	6,5
Superior Universitaria Completa	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0
Total	118	95,2	5	4,0	1	0,8	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 11,685$$

$$P \leq 0,765$$

Se puede apreciar en esta tabla que del 22,6% de gestantes con nivel educativo secundaria completa, del 5,6% con superior técnica incompleta; del 8,1% con superior técnica completa; del 6,1% con superior universitaria incompleta y del 4,0% de gestantes con superior universitaria completa; el 100% de sus recién nacidos tuvo al nacimiento una score de Apgar de 7-10; Sin embargo puede observarse que del 1,5% de gestantes con secundaria incompleta, solamente el 94,4% de sus recién nacidos tuvo un Apgar de 7-10, el 5,6% de recién nacidos tuvo un score de Apgar de 4-6; del 19,4% de gestantes con primaria completa, solamente el 91,7% de recién nacidos tuvo Apgar de 7-10, el 8,3% un Apgar de 4-6 y del 15,3% de gestantes con primaria incompleta,

solamente el 84,2% tuvo un score de Apgar de 7-10, el 10,5% tuvo un Apgar de 4-6 y el 5,3% un Apgar de 0-3. La excepción lo constituyó el grupo de gestantes sin ningún nivel educativo (4,0%), cuyos recién nacidos en el 100% tuvieron un Apgar de 7-10.

El Apgar del recién nacido se ve influenciado directamente por el nivel educativo de la madre; ya que se ha determinado que las mujeres con bajos niveles educativos tienen menor número de controles pre natales, por consiguiente mayor probabilidad de que se presente alguna complicación sobre todo la pre eclampsia que es aquella que mayores complicaciones neonatales trae consigo, entre ellas la asfixia.

No existen estudios específicos que correlacionen el nivel educativo con el Apgar del recién nacido, sin embargo si los hay con la mortalidad perinatal e infantil. ENDES (2013) En su informe indica que el nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres sin educación tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (32 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios superiores (16 por mil) (30).

Dammert (2001), referido por Lip y col. (2005) encontró que hay una relación directa entre el nivel educativo de la madre del recién nacido y la Tasa de Mortalidad Infantil, mostró que aquellos niños de madres sin educación formal o con apenas educación primaria tienen una duración de vida menor comparados con aquellos que tienen madres con educación secundaria o superior. Numéricamente, la Tasa Mortalidad Infantil en los productos de madres sin educación fue aproximadamente 64 muertes por cada mil nacidos vivos, y de 25 muertes por cada mil nacidos vivos si la madre tiene educación superior (33).

La Fleur y Vélez (2014), afirman que un incremento en los años de escolaridad de la madre: reducen la probabilidad de muerte infantil en niños menores de 5 años (67)

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables Apgar del recién nacido y nivel educativo ($p \leq 0,765$).

Tabla 23. Complicaciones neonatales, según nivel educativo de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel educativo	Ninguno		BPN		Prematuridad		Asfixia		Postmadurez		Sepsis		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Analfabeta	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0
Primaria incompleta.	14	73,7	2	10,5	0	0,0	3	15,7	0	0,0	0	0,0	19	15,3
Primaria completa.	18	75,0	0	0,0	3	12,5	0	0,0	1	4,2	2	8,4	24	19,4
Secundaria incompleta	16	88,9	1	5,6	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	14,5
Secundaria completa	23	82,1	2	7,1	3	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	22,6
Superior técnica incompleta	6	85,7	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	5,6
Superior técnica completa	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	8,1
Superior universitaria incompleta	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	8	6,5
Superior universitaria completa	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0
Total	103	83,1	5	4,0	9	7,3	3	2,4	1	0,8	3	2,4	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 61,113$$

$$p \leq 0,579$$

Un indicador importante de salud perinatal lo constituyen las complicaciones neonatales, en el presente estudio el 16,9% de recién nacidos, hijos de las gestantes de la muestra, tuvieron una o más de una complicación; del 22,6% de gestantes con secundaria completa, el 10,7% de sus recién nacidos fueron prematuros y el 7,1% presentó bajo peso al nacer; del 19,4% de gestantes con primaria completa el 12,5% de sus recién nacidos fueron prematuros, el 8,4% presentó sepsis en los primeros días de vida, y el 4,2% fueron post maduros; del 15,3% de gestantes con primaria incompleta

el 15,7% de sus recién nacidos presentó asfixia al nacimiento (el 10,5% tuvo asfixia severa y el 5,3% asfixia grave, asociada a prematuridad); el 10,5% de sus recién nacidos tuvo bajo peso al nacer.

Las complicaciones neonatales cobran interés por la morbilidad subsecuente que puede asociarse a cada una de las complicaciones o inclusive asociarse a mortalidad incrementando los índices de morbi mortalidad neonatal.

Los bebés nacidos con bajo peso pueden verse afectados por diversos problemas de salud, tales como retraso mental, parálisis cerebral y mal funcionamiento de los pulmones, la vista y el oído.

En cuanto a la prematurez, esta sigue siendo la causa principal de morbimortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80% de las muertes neonatales. El neonato prematuro tiene una probabilidad 180 veces más de morir que el feto a término y la posibilidad de presentar lesiones residuales a corto y largo plazo también es mucho más frecuente la parálisis cerebral. Retinopatía, displasia broncopulmonar, etc. (10).

Los recién nacidos postérmino por su parte, tienen mayor riesgo de presentar hipoglicemia en las primeras 12-24 horas de vida, debido a una menor reserva de glucógeno hepático y un incremento de la tasa metabólica por la hiperactividad que con frecuencia presentan estos recién nacidos (68).

En el caso de la sepsis neonatal, la mortalidad es alta dependiendo del peso del recién nacido, En Madrid el grupo de hospitales Castrillo (2008) han registrado una mortalidad del 11,8% (78 fallecidos de 662 RN con sepsis) (69). La asfixia perinatal es una

situación de hipoxia que si se mantiene en el tiempo puede producir la muerte del recién nacido o dejar secuelas neurológicas significativas.

El nivel educativo, en el presente estudio no tienen influencia en las complicaciones neonatales, sin embargo aquellas mujeres con mayores niveles educativos estarán en mejores condiciones de pedir ayuda profesional de urgencia y ser más solícitos con el personal de salud en cargo del cuidado de los recién nacidos; por su parte ENDES (2013) afirma que el nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: las/os niñas/os de madres sin educación tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (34 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios secundarios (15 por mil) (30).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables complicaciones neonatales y nivel educativo ($p \leq 0,579$).

Tabla 24. Peso del recién nacido según nivel socioeconómico de las madres, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Peso del RN				Total	
	Menor de 2500		2500-4000			
	n	%	n	%	n	%
C+	0	0,0	4	100,0	4	3,2
C	0	0,0	1	100,0	1	0,8
D+	1	8,3	11	91,7	12	9,7
D	5	8,2	56	91,8	61	49,2
E	8	17,4	38	82,6	46	37,1
Total	14	11,3	110	88,7	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 3,034$$

$$p \leq 0,552$$

Puede evidenciarse en los presentes datos que del 49,2% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico E, el 8,2% tuvieron recién nacidos de bajo peso; del 9,7% de gestantes de este mismo nivel, también tuvieron recién nacidos de bajo peso en el 8,3% de igual forma del 37,1% de gestantes de este nivel socioeconómico, el 17,4% también tuvieron recién nacidos de bajo peso; del 3,2% de gestantes del nivel socioeconómico C+, 100% tuvieron recién nacidos con un peso normal (2,500-4000 gr.).

Junto con la prematuridad, el bajo peso al nacer (BPN), es el factor predictivo más fuertemente asociado a mortalidad; por lo que ha quedado demostrada una relación inversamente proporcional entre el peso al nacimiento y la mortalidad neonatal. Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre.

Las mujeres de niveles socioeconómicos más altos pueden acceder a una mejor nutrición que, de hecho, permitirá un mejor aporte calórico - proteico al feto y un mayor peso al nacimiento.

Según ENDES (2013), Entre las niñas y los niños que fueron pesados al nacer, un 7,3% pesó menos de 2,5 Kg. Este porcentaje fue ligeramente mayor al 6,4% encontrado en el año 2009. Al mismo tiempo, el porcentaje de recién nacidas o nacidos que fueron pesados aumentó de 89,6% en el año 2009 a 93,2% en el año 2013. Sin embargo, este comportamiento fue menor entre las madres sin educación (67,3%), con seis y más hijas e hijos (78,3 por ciento), pertenecientes al quintil inferior de riqueza (30).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables peso del recién nacido y nivel socioeconómico ($p \leq 0,552$).

Tabla 25. Apgar del recién nacido, según nivel socioeconómico de las madres atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Apgar al minuto del RN						Total	
	7-10		4-6		0-3		n	%
	n	%	n	%	n	%		
C+	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	3,2
C	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
D+	12	100,0	0	0,0	0	0,0	12	9,7
D	60	98,4	1	1,6	0	0,0	61	49,2
E	42	91,3	3	6,5	1	2,2	46	37,1
Total	118	95,2	5	4,0	1	0,8	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

$X^2 = 8,495$

$p \leq 0,387$

Se aprecia en la presente tabla que del 49,2% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico D, el 98,4% de recién nacidos tuvieron un score de Apgar de 7-10 al nacimiento solamente el 1,6% de recién nacidos tuvo un Apgar de 3-4; mientras que del 37,1% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico E, el 91,3% de recién nacidos tuvo un score de Apgar de 7-10, el 6,5% un Apgar de 4-6 y el 2,2% un Apgar de 0-3. Quedando claro que a mayor nivel socioeconómico, mejor condición del recién nacido al nacimiento, reflejado por mayores puntajes de Apgar.

Los niños que tienen un score de Apgar bajo en el primer minuto de vida generalmente son hijos de madres que han tenido alguna complicación materna en el embarazo y estas están directamente relacionadas con el bajo nivel socioeconómico.

Generalmente las condiciones de un parto normal sin complicaciones que culmina con un producto en buenas condiciones se refleja en el puntaje Apgar asignado al recién nacido. El niño normal nacerá con una puntuación entre 7 –10.

Guildea, referido por Gonzáles y cols. (2006), ha reportado que la muerte fetal está incrementada en áreas muy deprimidas socialmente, esto es refiriéndose a poblaciones de bajos recursos, bajo nivel educativo, mujeres solas o abandonadas, con poco o nulo acceso a los servicios de salud⁵ y el medio más eficaz para disminuir resultados negativos en el producto consistiría en mejorar la condición socioeconómica de la mujer (70).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables Apgar del recién nacido y nivel socioeconómico de la madre, según lo indica el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p = 0,387$)

Tabla 26. Complicaciones neonatales según nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Nivel Socioeconómico	Complicaciones neonatales												Total		
	Ninguno		BPN		Prematuridad		Asfixia		Postmadurez		Sepsis		n°	%	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%			
C+	3	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0	4	3,2
C	1	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,8
D+	11	91,7	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	12	9,7
D	55	90,2	2	3,3	4	6,5	0	0	0	0	0	0	0	61	49,2
E	33	73,9	3	6,5	4	8,7	3	6,5	1	2,2	2	2,2	2	46	37,1
Total	103	83,1	5	4	9	7,25	3	2,41	1	0,8	3	2,41	3	124	100

Fuente: información recolectada por la autora

$$X^2 = 26,978$$

$$p \leq 0,719$$

Se observa en la presente tabla que del 49,2% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico D, el 90,2% de recién nacidos no tuvieron ninguna complicación, el 3,3% tuvieron bajo peso al nacer (BPN), y el 6,5% fueron prematuros; en cambio del 37,1% de gestantes del nivel socioeconómico E, el 73,9% de neonatos no presentaron ninguna complicación, el 6,5% tuvieron bajo peso al nacer, el 8,7% prematuridad, el 6,5% asfixia, el 2,2% post madurez y el 2,2% sepsis.

Omariba y otros, referidos por Pacheco (2013), en su estudio sobre mortalidad en Kenya, estimaron que un niño nacido en el estrato socioeconómico bajo tenía 7% más de probabilidad de morir que un niño de clase media, contrario a los infantes de la clase alta cuya probabilidad era un 22% menor (71).

Según ENDES (2013) a nivel nacional se presenta una mayor Tasa de Mortalidad Perinatal en el quintil inferior de riqueza (18 por mil); y la menor en el cuarto quintil y quintil superior de riqueza (11 por mil cada uno) (30).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables complicaciones neonatales y nivel socioeconómico de la madre, según lo indica el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p \leq 0,719$).

4.4. Otros indicadores de salud materna

Tabla 27. Preferencia de lugar de atención de parto por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2013

Preferencia de atención de parto	n°	%
Domicilio	10	8,1
Hospital	66	53,2
Puesto de Salud	12	9,7
Centro de salud	32	25,8
Clínica	3	2,4
Es Salud	1	,8
Total	124	100,0

Fuente: información recolectada por la autora

En la presente tabla se observa que el 53,2% de gestantes, tiene preferencia por ser atendida en el Hospital; el 25,8% prefiere a un Centro de Salud y el 9,7% en un Puesto de Salud.

Se creyó conveniente realizar un análisis individual de otro determinante de la salud materna y perinatal, como es el acceso a servicios de salud por parte de las gestantes a fin de asegurar una maternidad segura y saludable; además de la perspectiva de un empoderamiento de la mujer como derecho humano y como vía para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y un desarrollo sostenible.

Estas cifras significan un cambio de actitud y comportamiento de las mujeres hacia una propensión de autocuidado de su salud, muy importante desde el punto de vista de la salud preventiva y promocional y cuyo resultado va a trascender en beneficio no solo

de la salud materna sino también de la salud perinatal, con una tendencia creciente a la disminución de los altos índices de mortalidad materna y perinatal.

El documento *“las mujeres dan vida para el desarrollo”* señala que dentro de los servicios de salud materna subsisten desigualdades evidentes: en el caso de las mujeres más favorecidas económicamente, más del 80,0% de los partos fueron atendidos por personal capacitado, mientras que para las mujeres más pobres esta cifra fue de apenas del 31% (72).

En Europa y Asia Central el 99,7% de mujeres con mayor poder adquisitivo atendieron sus partos por personal capacitado y un 82,7% de las mujeres pobres lo hizo también de esta manera. En tanto que, en América Latina únicamente el 40,2% de mujeres pobres y el 94,3% de las mujeres más favorecidas económicamente fueron atendidas por personal capacitado, lo que hace evidente las desigualdades que viven las mujeres latinoamericanas en materia de salud materna (72).

En suma, dice el documento, “la mala salud materna es el reflejo de la pobreza persistente y de la desigualdad de género”. Cuando las mujeres están en situación de inferioridad y no tiene el poder suficiente para tomar las decisiones que afectan su vida, es muy probable que las madres padezcan de mala salud (72). Situación que cambia de manera importante cuando las mujeres tienen poder de decisión en el hogar, acceso a la educación y a oportunidades económicas. Están mejor preparadas para acceder a los servicios de salud y a utilizarlos antes, durante y después del embarazo y parto.

En el presente estudio, también puede observarse que el 8,1% de mujeres prefieren ser atendidas en su domicilio por partera tradicional o por algún familiar, hecho que amerita un análisis ya que confluyen diversas causas, unas dependientes de la gestante o su

entorno familiar como la persistencia de algunos patrones culturales que giran en torno a la atención del parto; el bajo nivel educativo de la mujer gestante que minimiza la posibilidad de alguna complicación durante el parto o postparto; y otras dependientes de los servicios de salud ya que en algunos establecimientos sigue existiendo maltrato y discriminación hacia pacientes procedentes de la zona rural o hacen prevalecer la atención occidentalista del parto, precisamente al consultar a las gestantes sobre la preferencia del lugar para ser atendidas en su parto, algunas de ellas respondieron que preferían su casa porque en el establecimiento de salud no las trataban bien.

Según ENDES (2013) el 88,6% de los últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la ENDES 2013 tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta proporción se incrementó en 6,6 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009 (82,0%). La ocurrencia del parto en casa bajó de 16,7% en la ENDES 2009 hasta 10,6% en la ENDES 2013 (30).

El bajo nivel educativo generalmente está asociado a falta de recursos económicos que también se constituye en una limitante para no acudir a los establecimientos de salud; sin embargo en la actualidad existe el Sistema Integral de Salud (SIS) diseñado como parte de una estrategia para eliminar la barrera económica en el acceso a atenciones médicas prenatales, de parto y posparto. El SIS ha sido exitoso en la afiliación de madres gestantes, especialmente en las áreas urbanas. En el presente estudio el 83,1% de gestantes cuentan con Seguro Integral de Salud. El desafío actual es ampliar su cobertura en las áreas rurales en donde precisamente la mujer aún es atendida en su parto en domicilio.

Las mujeres con complicaciones pueden enfrentar una barrera adicional para utilizar los servicios de salud que son las culturales estas últimas condicionadas en parte por la

desvalorización del equipo de salud de las creencias de las mujeres sobre todo de aquellas de la zona rural y también porque no siempre son ellas quienes pueden tomar una decisión, sino que de hecho, la toma de decisiones lo realiza otra persona que bien puede ser el esposo, la suegra, u otros familiares y que en caso de complicaciones van a poner en riesgo la salud de la gestante y del niño por nacer.

Un estudio realizado en Nepal reveló que las mujeres que gozaban de un poder considerable en la toma de decisiones tenían doble probabilidad de dar a luz en un establecimiento de salud, comparado con aquellas cuyo poder de toma de decisiones era más limitado (72).

El Ministerio de Salud de Nicaragua (2009) ha elaborado una estrategia para mejorar la atención del parto, la que se fundamenta en el respeto a las mujeres, reconociendo sus tradiciones culturales, mediante la negociación entre usuarias, líderes y personal de salud, a fin de incluir, entre otras acciones, la modificación o adecuación de las prácticas obstétricas/neonatales y el buen trato durante la atención, sobre la base de su derecho a recibir los cuidados de salud indispensables, durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, con calidad y calidez, que les garanticen una maternidad segura (73).

La modificación de las prácticas obstétricas/neonatales se enfoca hacia la eliminación de barreras culturales existentes en los servicios de salud, durante el parto, tales como: impedir el acompañamiento, permitir sólo la posición ginecológica, prohibir las tomas de infusiones de hierbas, imponer el tipo de alimento, no proporcionar información, tratar con descortesía e irrespeto, etc., las cuales son señaladas por las mujeres, porque les dificultan y, en el peor de los casos, les impiden hacer valer su derecho a recibir la atención en salud (3).

Al concluir la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y la salud materna y perinatal se puede decir que la mortalidad perinatal, primera causa de mortalidad infantil está determinada en gran medida por las condiciones de la salud materna, las cuales a su vez se ven influenciadas por el nivel educativo y el nivel socioeconómico que ocasionan una falta de empoderamiento de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos que las hace vulnerables a diferentes eventos negativos.

En diferentes niveles, social, académico, político, etc. es creciente el reconocimiento de que la problemática de la salud materna y perinatal requiere una intervención integral que va más allá del sector salud, en tanto factores sociales como la educación, el nivel socioeconómico que juegan un papel muy importante. Pero, no menos importantes lo es su cultura y como parte de ella sus creencias y costumbres, en torno del embarazo, parto y puerperio así como de los cuidados al recién nacido.

**ANALISIS CUALITATIVO DE LA INFLUENCIA DE LOS
DETERMINANTES CULTURALES EN LA SALUD MATERNA Y
PERINATAL.**

En esta sección se hace un análisis cualitativo de los determinantes culturales que influyen en la salud materna y perinatal de las mujeres gestantes y sus recién nacidos, atendidos en el Centro de Salud Simón Bolívar teniendo en consideración que en este caso particular, confluye el hecho de que la maternidad, siendo un fenómeno social, también se configura a través de significaciones culturales del imaginario social que no necesariamente tienen relación directa con la maternidad en términos biológicos, sino que son el producto de una operación simbólica que le da significado a la dimensión materna de la feminidad y por ello, son portadoras de sentido. Por tanto, la salud materna constituye un fenómeno socio-cultural que contempla valoraciones, creencias y construcciones sociales subyacentes a procesos de índole macro.

Rodríguez, (2008) afirma que la manera en que las mujeres, y la comunidad perciben su entorno físico, social, y la forma como viven y se relacionan con él, están determinadas por la cultura que es una manera de codificar la realidad (1).

Precisamente en el marco de un enfoque integral de la salud materna que converge con el de los determinantes socioculturales es posible propiciar la reflexión sobre las prácticas tradicionales y creencias de las gestantes sobre el embarazo, el parto, el puerperio y la atención al recién nacido, propias de una cultura, que aunque cada día va siendo más occidentalista, aún conserva algo del pasado que contó con muchas creencias en salud sobre todo en torno a la salud materna.

La persistencia de prácticas de salud propias de los sistemas andinos, pese a la imposición del paradigma biomédico occidental a través de los servicios de salud pública, se explica por los procesos de aculturación, además de la adopción de nuevos patrones culturales que surgen como consecuencia de la modernización y la globalización aplicadas a la salud. Estas prácticas que no son exclusivas de la población rural, sino que también están presentes en la urbana gracias a la transmisión de conocimientos de generación en generación.

Concepto de salud materna por la gestante

Fue de interés conocer la concepción que tienen las gestantes sobre la salud materna, se encontró que la mayoría, la define en una forma tradicionalista como *“estar bien”, “bienestar de la madre”, “No estar enferma durante el embarazo”*

Una definición más amplia se la obtuvo de una gestante de nivel educativo superior quien manifestó: *“la salud materna es bienestar de la madre, no tener problemas durante el embarazo, económicos, psicológicos de violencia u otros problemas de salud; que nos atiendan bien para no tener problemas durante el embarazo” (Carmen);*

Algunas gestantes amplían este conocimiento llevándolo al cuidado de la embarazada. Juana: *“...es cuidarnos cuando estamos embarazadas, no tomar agua fría, es descansar para da a luz normal”;*

Sin embargo ninguna mujer, incluyó como parte de la salud materna un antes o un después del embarazo, ni mucho menos la inclusión de la salud del niño por nacer.

Según Rodríguez (2008), para la cosmovisión andina la salud es el “estar bien” o Allicai, en equilibrio con la naturaleza, con los otros seres vivos y con los otros humanos. El centro de todo es la naturaleza, la Pachamama y lo que ella encierra (1)

Las concepciones tradicionales sobre la salud y la enfermedad no satisfacen en absoluto las actuales exigencias que se deben tener en cuenta en lo que respecta a la salud materna para cumplir con uno de los objetivos de desarrollo del milenio propuesto por la ONU “*mejorar la salud materna*”.

Percepción de los signos y síntomas de alarma del embarazo

Al averiguar sobre los problemas que podrían tener durante el embarazo se determinó que las mujeres no tienen un conocimiento amplio sobre los signos y síntomas del embarazo, solo han memorizado tres o cuatro de ellos como: pérdida de líquido, sangrado vaginal, presión alta o dolor de cabeza.

María: *“durante el embarazo que le suba la presión como a mi cuñada, casi se muere, le dolía la cabeza y le dio ataques, eso es lo más peligroso que puede pasar, también que no se mueva el bebito porque puede estar enfermo adentro”*

Josefina: *“... que tenga hemorragia, infección a los riñones, que no coma, da vómitos y náuseas y eso puede hacer daño al bebito y se puede morir”*

“Los vómitos y las náuseas son feasas, me dolía el pecho al vomitar, dolor de cabeza, cólera también”

Que no pueda comer por los vómitos, que le dé el aire y que se resfríe, que no tome agua fría porque si no le duele la barriga”

El frío y el calor son parte de un sistema de clasificación cultural que no alude a cualidades de temperaturas medibles, sino a una concepción teórica de la medicina mesoamericana, así como de su visión del mundo en general. La dicotomía frío-caliente forma parte de una categoría de opuestos complementarios que regulan todos los aspectos de la vida humana, entre los que se encuentran la alimentación, las enfermedades y sus remedios y la salud.

A diferencia de la teoría hipocrático-galénica, en la cosmovisión mesoamericana la clasificación de los alimentos residió en un sistema dicotómico de opuestos complementarios frío y caliente que no sólo se relacionó con las nociones médicas sino con una forma dual de concebir el cosmos a partir de la idea de que el mundo estaba dividido por un plano horizontal que separaba el cielo – habitado por el Gran Padre de cualidad caliente – de la tierra – inframundo- donde se alojaba la Gran Madre de cualidad fría (74).

Otras apreciaciones fueron:

Que le dé hemorragia es peligrosa o que se hinche y se muera

La mujer puede tener hinchazón de piernas, hemorragia que vote al niño”

“Que no pueda comer, que todo lo arroje, que le venga sangre, que le venga agua, que no se mueva el bebe”

Algunas mujeres también relacionan los problemas maternos con los perinatales

“Pueden ser las hemorragias, la presión alta durante todo el embarazo, o al bebé que se envuelva con el cordón, que el líquido entre a sus ojitos, que pueda tener malformaciones”

“Nos podemos rasgar o se puede morir el bebe cuando pasa su hora”

No conocer en su totalidad los signos y síntomas del embarazo influye naturalmente en la salud materna ya que sus acciones van a centrarse solamente en aquellos que han aprendido e interiorizado, pudiendo pasar, otros, por desapercibidos y que en muchas ocasiones son estos precisamente los que generan desenlaces lamentables.

La OMS en su nuevo modelo sobre control pre natal dice que la instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería enfocarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia (75).

De otra parte todos los consejos verbales indicados por el personal de salud, deben estar acompañados por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones simples redactadas en el idioma local aún para las mujeres analfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos frecuentemente las pueden leer. Cuando sea necesario, se debe disponer de materiales apropiados para un público sin ningún grado de instrucción, tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita.

Se torna comprensible encontrar estos resultados en cuanto a conocimientos de signos y síntomas de alarma pues la población pertenece a estratos socioeconómicos bajos (D y E) los mismos que están asociados a bajos niveles educativos.

Medina y col (2009) en su estudio encontraron como resultados que los pobladores reconocen algunas señales de peligro en el embarazo, como el sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico (2).

Preferencias de las gestantes para ser atendidas en su parto

Se puede apreciar que ha mejorado, la preferencia de las mujeres por acudir a un establecimiento de salud para ser atendidas en su embarazo o parto; en el presente estudio, las gestantes dieron las siguientes manifestaciones:

“He preferido venir a Simón Bolívar porque es mejor, hay doctores para que me atiendan”

“Quiero dar a luz en el Hospital porque allí nos ayudan, nos ponen ampollas para dar rápido a luz”

Yo he querido dar a luz en mi casa como mis hijos anteriores, pero me han referido a Simón Bolívar porque dice la “enfermera” de Chanta que me puedo morir dando a luz.

En el Centro de Salud porque me atienden mejor que en la casa, si se complica acá es mejor.

En el hospital es mejor dar a luz, en la casa se siente más dolor.

En el hospital, porque se complica y te hacen cesárea.

En el hospital porque hay equipos buenos para que nos atiendan

En la posta Simón Bolívar porque siempre he dado a luz allí y atienden bien, las señoritas son buenas.

En el Centro de Salud Simón Bolívar porque nos tratan bien, dejan entrar a la familia y me sentía segura.

Creencias populares de las gestantes acerca del embarazo

La demanda de los servicios de un establecimiento de salud por parte de las mujeres gestantes procedentes sobre todo de la zona rural, no significa el abandono de sus costumbres y tradiciones relacionadas con la salud, por el contrario, junto a sus expectativas de acceder a servicios públicos, perviven sus prácticas ancestrales propias en salud; acuden a sus controles pre natales, pero siguen yendo al mismo tiempo a la partera para averiguar la posición y el sexo del bebé, y que la “acomoden” o la “ciernan”. Sin embargo estas mujeres tienen temor de comentar estos hechos al personal de salud.

La mayoría de gestantes conciben al embarazo como un evento natural en la vida de la mujer, no perciben que éste pueda constituirse en un factor de riesgo para su salud y por tanto no consideran mayores prohibiciones, pero sí es considerado un estado particular dentro de la condición de salud, y que es necesario cuidarse.

Luz: Cuando estamos embarazadas tenemos que ir a nuestros controles, comer más de lo normal para alimentarlo al bebe, cuidarnos, no alzar peso y cosas riesgosas, puede ser que suframos un accidente” Se enfría la sangre y duele.

Estudios recientes (por ejemplo Lartigue Becerra, T. 2001; Hecker, A. et al 2006; entre otros, referido por Castellano (2011) señalan cómo para algunos individuos el embarazo es visto como una situación de vulnerabilidad y “amenaza” en relación a la salud de la mujer, que le impone límites y moderaciones para atender esa situación de “riesgo”. En otras sociedades y grupos, el embarazo es visto como un evento natural en la vida de la mujer, sin acarrear mayores problemas de salud y por tanto no se concibe como

necesario un sistema de prohibiciones estricto, aunque sí es considerado un estado particular dentro de la condición de salud (3).

En la actualidad algunas mujeres de una u otra forma se percatan de la inequidad que existe en torno a la salud materna. *“En el campo las personas sufren pasan su embarazo trabaja y trabaja”*

También existen otras creencias por parte de otras mujeres hasta cierto punto paradójicas a las anteriores, respecto de algunas prácticas como por ejemplo cargar peso:

“...cuando más peso alzas, los dolores son menos y das a luz normal, se ensanchan las caderas y podemos dar a luz de inmediato” y es que tal como lo afirma Castellano (2010), las creencias moldean las actitudes con respecto a la salud pero no necesariamente se traducen en comportamientos acordes a dichas creencias (3).

Creencias sobre la alimentación durante el embarazo

Respecto de la nutrición aún persisten las creencias que la mujer debe comer “por dos”, es decir que toman importancia a la cantidad, más no a la calidad; sin embargo surgen otras creencias, ya modernas que se combinan en el imaginario social de su mundo entre lo que afirma el persona de salud y las suyas.

“...no debo comer cosas enlatadas, dulces, hot dog, porque da mala formación al bebe y porque mucho dulce puede dar anemia a nosotros o al bebe”

Felícita: *“yo como porque tengo hambre, a cada rato quiero comer”*

Ponce en su estudio encontró que la mayoría de gestantes refirió "comer doble" (59.9%) (59).

Es importante resaltar el hecho de algunos comportamientos de las gestantes, relativos a la alimentación durante la gestación, ya que los mismos determinan la nutrición de la madre, en algunos casos de manera beneficiosa y en otras de forma negativa como el no consumir carne u otros alimentos con contenido proteico porque le tienen “asco”, pero no sustituyen la carencia de este producto con otros de igual calidad.

Uso de plantas medicinales en el trabajo de parto

En cuanto al parto las mujeres antes de ir al establecimiento de salud en su mayoría acostumbran tomar infusiones de plantas como la albahaca o el toronjil o bien de algunos productos como el olluco o *“caldillo de huevos”*.

Juana relata: *“cuando me comenzaron los dolores para librar, le dije a mi marido que ponga a hervir albahaca con ollucos, antes de irnos al hospital, en la posta las enfermeras me dijeron “para que has tomado eso, por eso tus dolores avanzan, pero todavía no es el tiempo y te tienes que esperar. Si quieres ándate al baño para que lo votes todo lo que has tomado”*.

El personal de salud, según lo referido por las gestantes, no respetan sus tradiciones está, probablemente por desconocimiento ya que en la academia las enseñanzas para el manejo del trabajo de parto solamente es base a la medicina farmacológica, no obstante que se debiera rescatar el uso de las plantas medicinales por parte de las familias de la gestante, teniendo en cuenta que la maternidad debe ser atendida bajo el enfoque de interculturalidad.

“...la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan... se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado... o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades.” (73).

El enfoque intercultural supera contraposiciones y concibe a la salud como un derecho...toma en cuenta la manera que los pueblos tienen de entender la vida

El parto es considerado por gran parte de las mujeres como una enfermedad, aún en la presente década se las escucha decir: *yo me voy a enfermar en el Centro de Salud Simón Bolívar o yo me quiero enfermar en mi casa*, al averiguar el origen de estos conceptos, las gestantes afirman que es por el hecho de permanecer en cama haciendo reposo por varios días, según sus tradiciones.

Otro hecho es que ciertos patrones culturales en algunas mujeres están cambiando, algunos años atrás se consideraba totalmente normal la muerte de un recién nacido, si así sucedía, era atribuible a la Divina Providencia, ahora ya existe una mayor preocupación por el bienestar del niño por nacer.

“Yo quise dar a luz en mi casa con partera pero me dijo la enfermera que es peligroso porque soy primeriza y puedo ser estrecha y el bebito no va a poder nacer por eso mejor he venido a dar a luz en Simón Bolívar”

“Yo voy a dar a luz en el Centro de Salud, porque hay obstetras que atienden bien, también atienden a los bebés”.

El Seguro Integral de Salud (SIS), también es una política que ha ayudado en los últimos años a la institucionalización del parto ya que se ha eliminado la barrera económica

“He venido a dar a luz en Simón Bolívar porque acá estoy asegurada”

Castellano (2011), señala que en el caso de la salud materna confluye el hecho de que si bien existen diferentes referencias en la literatura en torno a las implicancias de las creencias y prácticas populares en el continuo del proceso salud enfermedad de la mujer embarazada así como de la salud fetal y neonatal, las mismas son parciales y correspondientes a grupos poblacionales específicos (3).

El puerperio en la percepción de las gestantes

El puerperio también es visto como una enfermedad por las puérperas porque tienen interiorizada la creencia que solo se puede estar en cama cuando se está enfermo. *“estoy enferma porque nos hace estar en cama” “conforme me siento mejor ya me levanto”*

Esta es una práctica no muy favorable para la evolución de la puérpera y se constituye en un factor de riesgo, ya que la deambulacion precoz, luego del parto, disminuye la incidencia de problemas vasculares de los miembros inferiores como trombosis venosa y embolismo pulmonar, el estreñimiento, la retención de orina y se acelera la recuperación del estado general (76).

Creencias populares en el puerperio

Existen ciertas creencias en el cuidado del puerperio como el hecho de comer mote: *“Comemos mote para que se pelen sus ojitos del bebé porque nacen con una telita en los ojos”*. Es decir que toda mujer, según esta creencia debe comer mote (con cáscara) de esta forma estarían protegiendo la salud visual del niño. No existe evidencias científicas que intenten demostrar el significado de esta creencia popular pero de ninguna forma es una práctica nociva para la salud de la madre y pudiera permitírseles

a los familiares llevar este alimento al establecimiento de salud, donde está la puérpera, como una muestra de respeto a sus cultura.

Salud perinatal

La salud del recién nacido está íntimamente relacionada con la salud materna y, aunque las causas médicas inmediatas de las muertes maternas y perinatales son diferentes, las causas básicas y los factores subyacentes son muy similares; sin embargo también hay creencias y prácticas tradicionales referente al cuidado del recién nacido, algunas de ellas perjudiciales.

Baño del recién nacido

“A las diez de la mañana me dieron el alta y llegando nomás a mi casa, la bañé, estaba muy aburrida del sucio, su cabeza pegándose de lo que solo le habían limpiado”

Esta práctica realizada por algunas madres no es beneficiosa para el recién nacido ya que con el baño se elimina el vórnix caseoso el cual es una materia derivada de las glándulas sebáceas y de los productos de descomposición de la epidermis fetal que tiene como función aislar del frío, también según algunos autores afirman que tiene una función protectora frente a las infecciones y una función nutritiva de la piel además de favorecer la curación de lesiones cutáneas (77).

Las madres realizan esta práctica, porque el personal de salud no brinda indicaciones sobre este aspecto tan importante

La teoría señala que manera de bañar a un bebé antes de la caída del cordón es distinta a como se hace posteriormente. La razón es que, para evitar posibles infecciones y que

el ombligo se mantenga lo más seco posible para su correcta cicatrización, no conviene sumergir el cuerpo del bebé en el agua. Antes de la caída del cordón umbilical es preferible no bañar al bebé por inmersión.

Cuidado del muñón umbilical

Las mujeres del estudio reconocen que han sido instruidas en como curar el cordón umbilical; sin embargo algunas madres permitieron que la partera retire el clamp del cordón umbilical y lo vuelvan a ligar con un pabilo, según refieren para que se caiga rápido; con un considerable riesgo de que se pueda presentar una onfalitis y posteriormente una sepsis.

Felicita:” ... a los 6 días, caty, me fui a la partera para que me ajuste mi cintura, pero me dijo que todavía no era tiempo, lo revisó a mi hijita y me dijo que porque no lo habían amarrado el ombligo con hilo, ella lo amarró con un pabilo y a los dos días se cayó (8 días)”.

De igual forma no suelen utilizar alcohol, sino que recurren a la misma leche materna para que se seque el muñón.

Enfermedades del recién nacido

La punzada

Las madres, refiere que cuando sus niños se enferman, primero acuden a la partera, pues tienen la creencia de que pueden estar con “la punzada”

“Cuando llora, su espaldita suena como agujas, mi suegro lo chupa masticando del mismo muro, con el muro sale la enfermedad y se echa a la candela, cuando está el mal suena como si fuera tostando cancha, después se va el mal”

El empacho

Otro problema que aquejan los recién nacidos es el “*empacho*” que lo reconocen porque el niño llora, no defeca y no quiere lactar, también la cura lo tiene la partera o un familiar conocedor de estos males

“mi suegro primero lo tantea, duro dice que está su barriga, lo soba con leche la barriga y lo hace orinar, vuelta la partera lo soba la barriga con aceite de oliva”

Antropológicamente, el empacho es una enfermedad que se presenta frecuentemente entre la población infantil, se atribuye a la existencia de algún residuo de alimento u otro material pegado al estómago o intestino su origen se relaciona con sus características de los alimentos digeridos por ejemplo: fruta verde, pan, galletas; comer chicle, papel o tierra: o bien por alteraciones en el horario de alimentación. El empacho puede estar acompañado de diarrea, decaimiento general con presencia de vómito, fiebre, ojos hundidos, inapetencia y pérdida de peso. El tratamiento terapéutico incluye tanto masajes (tronar el empacho), purgas e infusiones de algunas plantas (78).

Mal de ojo

Una molestia habitual tanto en la zona urbana como en la rural en los niños es el mal de ojo

Cuando esta ojeao lo limpian con huevo, con periódico.

Otros problemas de salud en el recién nacido

“pa lo que orina verde, le preparo la yerba cocinándolo, se llama culen, una taza es para que tome la mamá andella le damos una cucharita o unas gotitas.

Un aspecto muy importante para la mejora de la salud materna y perinatal, como se ve en el presente estudio es la calidad del servicio fundamentalmente el trato del personal de salud, conocer sus creencias y tradiciones respetando aquellas prácticas que no ocasionan daño y buscando estrategias para que la madre comprenda que existen algunas prácticas que no son beneficiosas ni para su salud ni para la de su recién nacido.

CONCLUSIONES

1. Como determinantes sociales de la salud materna se estudió el nivel educativo y el nivel socioeconómico encontrando que la mayoría de gestantes tiene secundaria completa, así como el mayor porcentaje de ellas pertenece al nivel socioeconómico D+.
2. Existe relación significativa entre el determinante social de la salud nivel educativo y la vacunación antitetánica como indicador de la salud materna y entre el determinante social nivel socioeconómico y los indicadores de salud materna: estado nutricional y complicaciones del embarazo.
3. Se verificó parcialmente la hipótesis planteada determinando que existe un alta correlación (que varía entre 0,000 y 0,003) entre los determinantes sociales de la salud y la salud materna
4. Como determinantes culturales, se identificaron costumbres, prácticas y conocimientos en las gestantes, tales como: perciben al embarazo y al parto como una enfermedad, reconocen la presión arterial alta, la pérdida sanguínea por vía genital y la hinchazón de las extremidades como signos de alarma del embarazo.

Tienen ciertos cuidados en el embarazo como: no alzar peso, no tomar agua fría; en el trabajo de parto utilizan algunas plantas como la albahaca (*Ocimum basilicum*) y el olluco (*Ullucus tuberosus*) que ayudan a la dilatación

En el puerperio acostumbran comer mote para proteger la vista del recién nacido; acuden a la partera para “ajuste de la cintura”, el baño del recién nacido para ellas debe ser precoz, y señalan que la ligadura del cordón umbilical del recién nacido debe ser con pabilo, no aceptan la utilización del clamp.

Las principales enfermedades que afectan la salud del recién nacido son: “la punzada”, “el empacho”, “el mal de ojo” y acuden a la partera o algún familiar para su tratamiento, recurriendo a prácticas como “sacar la punzada con muro”, “sobar con aceite de oliva la barriga del bebé” y limpiar con huevo o periódico para sacar el mal de ojo. También usan el culen (*Psoralea glandulosa*) que debe tomar la madre cuando el recién nacido “orina verde”

SUGERENCIAS.

1. A la Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud, incorporar en alguna de sus asignaturas el tema de los determinantes sociales de la salud, ya que en la actualidad es un enfoque prioritario en el Plan Estratégico del Ministerio de Salud y una política establecida por la OMS con el objetivo de luchar contra la inequidad existente en los pueblos, en torno a la salud.
2. A los doctorandos que tengan inquietud por estos temas, realizar nuevas investigaciones con otros determinantes sociales de la salud como condición de la vivienda, condiciones de trabajo, redes de apoyo social, acceso a un seguro de salud, etc.
3. Al personal de Salud, mejorar el trato a las gestantes y cumplir con las políticas del Ministerio de Salud de brindar atención con enfoque intercultural y adecuación cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez L. Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Tesis. Córdoba; 2008.
2. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Revista cultural electrónica:construyendo nuestra interculturalidad. 2009 Noviembre; 5(5).
3. Castellano G, Heinsen J, Soledad N. Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad. Tesis doctoral. Montevideo: Universidad de la República, Departamento de Medicina Preventiva y Social y Unidad de Sociología de la Salud; 2011.
4. Darias S, Rodríguez J, Wamala S. Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular. Tesis doctoral. Canarias: Universidad de la Laguna, Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales; 2009.
5. Organización Panamericana de la Salud. Género, Mujer y Salud en las Américas. Primera ed. Gómez E, editor. Washington,D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993.
6. Salas C, Álvarez L. Educación para la salud. Segunda ed. México: Pearson Educación; 2004.
7. Álvarez F. Epidemiología general y clínica Bogotá: Ecoe Ediciones; 2009.
8. Cordero L, Luna A, Vattuone M. Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna. Lima: Banco Interamericano de Desarrollo, BID; 2010.

9. Pérez A, Donoso E. Obstetricia. Tercera ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2011.
10. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. Sexta ed. Bogotá: Distribuna Ltda; 2006.
11. Cunningham G. et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera ed. Rouse D, Rainey B, Spong C, Wendel G, editors. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
12. Maradiegue-Méndez E. Mortalidad materna: la infección como causa. Acta Médica Peruana. 2005 Abril; XXII(2).
13. Organización Mundial de la Salud. sitio web de la Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2008 [cited 2012 Mayo 15. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.
14. Tarlov A. social determinants of health: the sociobiological translation. In Barragán H. Chile; 2006.
15. Ministerio de Salud. Marco estratégico para el Acuerdo Nacional en Salud al 2021. Lima; 2012.
16. Girón P. Los determinantes de la salud percibida en España. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Enfermería; 2010.
17. Vega R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009 Junio; 8(16).
18. Gonzáles R. La medicina social ante el reporte de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina Social. 2009 Junio; 4(2).
19. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. sitio web de alames. [Online]; 2009 [cited 2012 Mayo 14. Available from: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>.

20. Álvarez L. Los Determinantes Sociales de la Salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia Política Salud*. 2009 Diciembre; 8(17).
21. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Primera ed. Bachmann E, editor. Lima: ARTPRINT; 2009.
22. Puga C. *Hacia la Sociología*. Cuarta ed. Bernardino G, editor. México: Prentice Hall; 2007.
23. Lara R. *Medicina y Cultura*. Primera ed. Plaza, editor. México, D.F.: Plaza y Aldés; 1999.
24. Hernández N. [Online]; 2013 [cited 2013 Febrero 2. Available from: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. Quinta ed. Mares J, editor. Chile: Mc Graw Hill; 2010.
26. López H. *Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto*. México, D.F.; 2009.
27. CEPAL. *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*; 2010.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *inei.gob.pe*. [Online]; 2010 [cited 2012 Octubre 13. Available from: http://desa.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf.
29. OMS. *Sito web de la OMS*. [Online]; 2014 [cited 2014 Setiembre 20. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
30. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima; 2013.

31. Karam M, Bustamante P, Capuzano M, Camarena A. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*. 2007 Octubre; 2(4).
32. Ramos M, Choque R. La educación como determinante social de la salud en el Perú. Organización Panamericana de la Salud; 2007.
33. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Organización Panamericana de la Salud; 2005.
34. Martínez R, Fernández A. Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. Santiago de Chile; 2010. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/37895/dp-impacto-social-economico-analfabetismo.pdf>.
35. APEIM. Niveles socioeconómicos 2013. Técnico. Lima; 2013.
36. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J. Salud Infantil: consecuencias de la pobreza. *American Journal of Public Health*. 2004 Mayo; 94(5): p. 726-736.
37. Hills J. End and means; the future roles of social housing in England. ESCR Research Center for Analysis of social Exclusion. 2007.
38. Castro H, García P. La vivienda económica y su transformación. Docencia. 2003 Febrero; 3(7).
39. Organización de las Naciones Unidas. Sitio Web de la ONU. [Online]; 2009 [cited 2012 Mayo 10. Available from: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>.
40. Organización Mundial de la Salud. sitio web de la Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2008 [cited 2012 Mayo 15. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.

41. Equipo de vigilancia epidemiológica comunitaria y ASIS. Vivienda saludable y tenencia adecuada de animales. Bogotá: Hospital de Chapinero; 2014.
42. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.; 2009.
43. Organización Mundial de la Salud. sitio web de la Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2012 [cited 2012 Octubre 16. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.
44. OMS. Progresos sobre el agua potable y saneamiento. Técnico. Ginebra; 2012.
45. Lagos R, Ossa X, Bustos L, Orellana J. Indices antropométricos para la evaluación de la embarazada y el recién nacido: cálculo mediante tablas bidimensionales. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2011; 76(1): p. 26-31.
46. Álvarez R. Medicina General. Segunda ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
47. Donoso E, Espinoza R. Efecto de algunas variables nutricionales maternas sobre el peso del recién nacido de término. Revista Latinoamericana Perinatológica. 2008; 8(90).
48. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: derecho de todas las mujeres. Lima; 2006.
49. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Lima: Quebecor World Perú S.A.; 2004.
50. UNICEF. Objetivos de desarrollo del milenio; 2013. Available from: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>.
51. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana. 2011 Octubre; 22(4).
52. Gallego L, Velez G, Agudelo B. Panorama de la Mortalidad Peruana. 2006.

53. Távara L. Manejo de las principales causas de mortalidad materna. Acta Médica Peruana. 2005; XXII(2).
54. Vélez M, Barros F, Echavarría L, Hornaza A. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados. Unidad de atención y protección materno infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 57(4).
55. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra; 2003.
56. Luna D. ¿Qué es el Score de Apgar? IntraMed. 2005 Mayo; 3(2).
57. UNICEF. Bajo peso al nacer. 2011.
58. Naciones Unidas/ CEPAL/UNESCO. Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. Santiago de Chile; 2009.
59. Ponce J, Melgarejo E, Rodríguez Y, Guibovich D. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal: Ancash. Cuba Salud. 2010.
60. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Sitio web del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. [Online]; 2010 [cited 2012 Mayo 15. Available from: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_3.pdf.
61. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Organización Mundial de la Salud; 2005.
62. Sandoval V. [<http://iussp2005.princeton.edu/papers/50273>]; 2004.
63. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú. 2000-2013. Rev. Perú Med. Exp Salud Pública. 2013; 30(3): p. 461-463.

64. UNICEF. Estado mundial de la infancia. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género. Informe técnico. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; 2007.
65. López J, Lugones M, Valdespiro L, Virella J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2004; 30(1).
66. Paisán G. Protocolos de diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008.
67. LaFleur M, Vélez J. Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras. Investigación. Honduras; 2014.
68. Guzmán J, Carrasco R, Gómez E, Herrainz C, Tofé I. Embarazo prolongado: RN posmaduro. In Protocolos de diagnóstico terapéuticos de la AEP: Neonatología. Madrid; 2008.
69. Fernández B, López J, Coto G, Ramos A, Ibáñez A. Sepsis del recién nacido. In Protocolos de diagnóstico terapéutico de la AEP:Neonatología. Madrid; 2008. p. 189-206.
70. Gonzáles G. et al. Características de la gestación, del parto y recién nacido en la ciudad de Huaraz, 2001-2005. Acta Médica Peruana. 2006; 23(3): p. 137-143.
71. Pacheco J. Determinantes socioeconómicos de la educación, la mortalidad y el acceso al agua potable y el saneamiento en Nicaragua: un análisis econométrico. Investigación. Nicaragua; 2013.
72. Torres G. Mala salud materna, reflejo de pobreza y desigualdad de género. México. D,F.; 2007.

73. UNICEF. Diálogo Intercultural para la Atención del Parto, entre la Comunidad y el Personal de Salud. Proyecto de mejoramiento de la atención en salud. 2009 Marzo.
74. Coria M. Medicina, cultura y alimentación: la construcción del alimento indígena en el imaginario médico occidental a través de la visión del doctor Francisco Hernández. *Anales de Antropología*. 2014; 48(1).
75. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual de la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal Ginebra; 2003.
76. Pagés J. *Obstetricia moderna*. Tercera ed. Caracas: Mc-Graw Hill; 2011.
77. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*. Primera ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
78. Gómez G, González S, Hernández L, Ponce C. El empacho, mal de ojo, ussto, quebrada de anginas, plantas medicinales frías y calientes y la limpia en el pueblo de Ahuatepec. *Tlahui Medic*. 2006; 18.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada señora, este es un cuestionario de recolección de datos, mediante en el cual se recabará información para determinar la influencia de los determinantes socioculturales de la salud en la salud materna y perinatal, se requiere por tanto de la mayor veracidad en sus respuestas.

I. DATOS GENERALES:

Edad:

15-19 () 20-24 () 25-29 ()

35-39 () 40-+ ()

Peso..... Talla.....

IMC:.....

II. DETERMINANTES SOCIALES

Nivel educativo

Analfabeta () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior técnica incompleta ()

Superior Técnica completa () Superior universitaria incompleta ()

Superior universitaria completa ().

Régimen de Tenencia de vivienda

Alquilada () Propia () Familiar ()

Acceso a servicios básicos

Agua potable () Alcantarillado () Luz eléctrica ()

Nivel socioeconómico

A () B () C () C+ ()
D () D+ () E ()

III. INDICADORES DE SALUD MATERNA

Estado nutricional

Bajo peso () Normal () Sobrepeso ()
Obesidad ()

Vacuna antitetánica

Ninguna () Dosis incompleta ()
dosis completa ()

Número de controles pre natales

Ninguno () 1-3 ()
4-5 () 6-+ ()

Complicaciones obstétricas.....

IV. INDICADORS DE SALUD PERINATAL

Peso del recién nacido

Menor de 2,500 gr. () 2,500-4,000gr () De 4,000 gr.()

Apgar del recién nacido

7-10 () 4-6 () 0-3 ()

Complicaciones neonatales:.....

ANEXO 02

CUESTIONARIO AMAI

Pisos de la vivienda

Tierra () Cemento sin enlucir ()

Cerámico () Loseta () Parquet ()

Número de televisión a color..... Número de Computadoras.....

Número de focos.....Número de autos.....

Estufa.....Baños.....

Ducha..... N° de habitaciones.....

Grado de instrucción del jefe del hogar:.....

CANTIDAD	PUNTOS			
	TV A COLOR	AUTOMÓVIL	BAÑOS	COMPUTADORA
No tener	0	0	0	0
1	26	22	13	17
2	44	41	13	29
3	58	58	31	29
4	58	58	48	29

CANTIDAD	PUNTOS		
	PISO DIFERENTE DE TIERRA O CEMENTO	DUCHA	ESTUFA
No tener	0	0	0
Tener	11	10	20

ESCOLARIDAD	
NIVEL	PUNTOS
Sin instrucción	0
Primaria o secundaria completa o incompleta	22
Carrera técnica completa o incompleta	38
Superior universitaria completa o incompleta	52
Postgrado	72

CUARTOS	
CANTIDAD	PUNTOS
0 A 4	0
5 a 6	8
7 Ó MÁS	14

FOCOS	
CANTIDAD	PUNTOS
6 - 10	15
11 - 15	27
16 - 20	32
21 - +	46

INTERPRETACIÓN

E	Hasta 60 puntos
D	Entre 61 y 101
D+	Entre 102 y 156
D	Entre 157 y 191
C+	Entre 192 y 241
A/B	Entre 242 y más