

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS AL
INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL.C.S. BAÑOS DEL INCA -
CAJAMARCA, 2019.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: YANET BUSTAMANTE VÁSQUEZ

Asesora:

Dra. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ

Cajamarca – Perú

2021

COPYRIGHT © 2021 by
YANET BUSTAMANTE VASQUEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

**DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS AL
INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL. C.S. BAÑOS DEL INCA -
CAJAMARCA, 2019.**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:
Bachiller: **YANET BUSTAMANTE VÁSQUEZ**

JURADO EVALUADOR

Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz
Asesora

Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva
Jurado Evaluador

Dra. Carmen Del Pilar Villalobos Sousa
Jurado Evaluador

Mg. Amanda Elena Rodriguez Sánchez
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2021



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Siendo las 17 horas del día 29 de abril de dos mil veintiuno, reunidos a través de meet.google.com/orz-boet-iam, creado por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA**, **Dra. CARMEN DEL PILAR VILLALOBOS SOUSA**, **Mg. AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**, y en calidad de Asesora la **Dra. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS AL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL. C.S. BAÑOS DEL INCA - CAJAMARCA, 2019.**, presentada por la **Bach. en Obstetricia YANET BUSTAMANTE VÁSQUEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó **.....aprobar con 18.....** con la calificación de Dieciocho..... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia YANET BUSTAMANTE VÁSQUEZ.**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 6.30 pm. horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz
 Asesora

.....
Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva
 Jurado Evaluador

.....
Dra. Carmen Del Pilar Villalobos Sousa
 Jurado Evaluador

.....
Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez
 Jurado Evaluador

DEDICATORIA

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial que me acompaña y siempre me levanta de mi continua tropiezo.

A mis padres, con mucho cariño por brindarme su tiempo y un hombro para descansar, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías, tristezas.

A mis hermanos y a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado apoyándome y lograr que este sueño sea realidad.

AGRADECIMIENTO A

Mi alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme aceptado ser parte de ella y abierto sus puertas de su seno científico para formarme profesionalmente.

Mis maestros, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Mi asesora, la Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz, quien me brindó su valiosa y desinteresada orientación.

Cada una de las mujeres que han constituido parte del estudio.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación, he logrado importantes objetivos, como culminar el desarrollo de esta tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.

La autora

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO A.....	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS- FOTOS.....	ix
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Justificación e importancia de la investigación	3
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.1.1 Antecedentes Internacionales	5
2.1.2 Antecedentes nacionales	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	8
2.2.1. Determinantes sociales de salud- referencial histórico.....	8
2.2.1.1. OMS acerca de los determinantes sociales de salud	9
2.2.1.2. Comisión sobre determinantes sociales de salud en el Perú.....	15
2.2.2. Atención prenatal	15
2.3. Bases legales	24
2.4. Bases conceptuales	26
2.5. Hipótesis	27

2.6. Variables/categorías.....	27
2.7. Operacionalización de variables.....	28
CAPÍTULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO	29
3.1. Diseño de investigación	29
3.2. Población de estudio.....	29
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	30
3.4. Unidad de análisis.....	30
3.5. Muestra o tamaño muestral (cálculo)	30
3.6. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	31
3.8. Validez y confiabilidad del instrumento	31
3.9. Procesamiento y análisis de datos.....	32
3.10. Consideraciones éticas	32
CAPÍTULO IV	34
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	34
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	34
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	44
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	69
Anexo 1. Resultados de los jueces expertos	70
Anexo 2. Resultados de la prueba piloto	71
Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos	72
Anexo 4. Consentimiento informado.....	74

ÍNDICE DE TABLAS- FOTOS

Tabla 1. Incidencia de gestantes para atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.....	34
Tabla 2. Políticas públicas e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019	36
Tabla 3. Cultura, valores e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.....	37
Tabla 4. Posición socioeconómica e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.....	38
Tabla 5. Circunstancias materiales e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.	39
Tabla 6. Factores conductuales y biológicos e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.....	41
Tabla 7. Factores psicosociales e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.....	42
Tabla 8. Sistema de salud e inicio de la atención prenatal. Centro de salud baños del inca, 2019.	43
Foto 1. Determinantes sociales de la salud- OMS.....	11

LISTA DE ABREVIACIONES

APN:	Atención prenatal
ALC:	América latina y el caribe
APS:	Atención primaria de salud
CDSS:	Comisión de los determinantes sociales de salud
CS:	Centro de salud
DSS:	Determinantes sociales de salud
DNI:	Documento nacional de identidad
EG:	Edad gestacional
ENDES:	Encuesta demográfica y de salud familiar
FUM:	Fecha de última menstruación
FPP:	Fecha probable de parto
HCE:	Historia clínica electrónica
HC:	Historia clínica
INEI:	Instituto nacional de estadística e informática
JUNTOS:	Programa nacional de apoyo directo a los más pobres
MEF:	Mujer en edad fértil
MINSA:	Ministerio de salud
MAIS BFC:	Modelo de atención integral basado en la familia y comunidad
OMS:	Organización mundial de la salud
OPS:	Organización panamericana de la salud
ONU:	Organización de las naciones unidas
ODS:	Objetivos del desarrollo sostenible
SIS:	Seguro integral de salud
SSR:	Salud sexual y reproductiva

RESUMEN

La atención prenatal es la estrategia que los organismo de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación monitorizada, parto y puerperio en óptimas condiciones para el binomio madre- niño. **Objetivo:** Analizar los determinantes sociales de salud con el inicio de la atención prenatal en el Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 236 gestantes; que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, la técnica utilizada fue la encuesta, y el cuestionario como instrumento; validándose a través del juicio de expertos y prueba piloto;

procesando los datos mediante del programa Excel. **Resultados:** De las mujeres entrevistadas, 50,8% acudió en el I° trimestre; 49,2% y 8,5% (II°- III° trimestre); asociada principalmente con la no planificación de ésta, poco apoyo de los programas sociales, insuficiente nivel educativo, ingreso monetario mensual menor del mínimo vital, amas de casa, y que habitan en su mayoría de la zona rural con sobrecarga familiar, de religión no católica, en la que la idiosincrasia influye negativamente (83%) en la actitud de las gestantes para iniciar la APN, a pesar de contar en su mayoría con el SIS.

Conclusiones: Se comprobó la hipótesis que existe relación significativa entre los determinantes sociales de salud y el inicio de la atención prenatal; asimismo el inicio de la atención prenatal de acuerdo al trimestre de gestación, resultó que en su mayoría fueron del I°, seguido del II° y III° respectivamente.

Palabras claves: Atención prenatal, determinantes sociales de salud

ABSTRACT

Prenatal care is the strategy that health agencies offer mothers to guarantee a monitored pregnancy, delivery and puerperium in optimal conditions for the mother-child binomial.

Objective: To analyze the social determinants of health with the beginning of prenatal care at the Baños del Inca Health Center, 2019. Materials and methods: An observational, descriptive, correlational and cross-sectional study, the sample consisted of 236 pregnant women ; who met the inclusion and exclusion criteria, the techniques used were: observation, survey, and the questionnaire as an instrument; validated through expert judgment and pilot test; processing the data using the Excel program.

Results: Of the women interviewed, 50.8% attended the 1st; 49.2% and 8.5% (2nd - 3rd quarter); associated mainly with not planning it, low social support (social programs), lower educational level, monthly monetary income less than the vital minimum, housewives, and who live mostly in the rural area with family overload, no religion Catholic, in which idiosyncrasy has a negative influence (83%) on the attitude of pregnant women to start the APN, despite the majority having the SIS. Conclusions: The hypothesis that there is a significant relationship between the social determinants of health and the initiation of prenatal care was verified; Likewise, the incidence regarding the beginning of prenatal care according to the trimester of gestation, it turned out that the majority were of the 1st, followed by the 2nd and 3rd respectively

Keywords: Prenatal care, social determinants of health

INTRODUCCIÓN

Ha transcurrido ya mucho tiempo desde la identificación de las relaciones entre la estructura social y la situación de salud de las personas, familias, grupos y comunidades, pues grande ha sido el interés de los investigadores en el campo de la salud al considerarse ésta como una condición necesaria para que las comunidades progresen y compitan, en un mundo mucho más dinámico, interrelacionado, y equitativo (1). Se han estudiado varios modelos para lograr analizar los determinantes sociales de la salud (DSS). El modelo creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), demuestra que los principales determinantes de salud, no se relacionan directamente con los sistemas sanitarios; sino también con el ingreso económico, educación, derechos humanos, el acceso a servicios básicos, situación ambiental, entre otros (1).

La OMS es un referente mundial en cuanto a temas de salud, en el 2005 elaboró un informe en la que evalúa el impacto de los DSS y realiza recomendaciones para atajar las causas de las desigualdades con el objetivo de mejorar las condiciones de vida diaria y lograr la equidad en salud. este organismo ha seguido trabajando y la 62° Asamblea Mundial de la Salud (2009), trató sobre “reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, instando a los estados miembros a luchar contra este problema (2).

La atención prenatal (APN) es la estrategia que los organismo de la salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación monitorizada, un parto y puerperio en óptimas condiciones para el binomio madre- niño; ya que por causas prevenibles relacionadas con dichos periodos del embarazo; cada día fallecen cerca de 1000 mujeres en el mundo, trayendo consigo irreversibles consecuencias psicosociales en la familia y a la colectividad, fenómeno que se agudiza en los países en vías de desarrollo (3), situación que se refleja en el sistema de salud de Baños del Inca. Para ello la APN reporta grandes

beneficios para las mujeres y los recién nacidos en términos de morbilidad y mortalidad; siempre y cuando se siga los lineamientos normativos (4).

Es necesario hacer más, y de manera diferente para lograr beneficios duraderos, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y de sus familias. Esto implica ir más allá de abordar los DSS (5). Asimismo la APN aún no cubre al total de gestantes, situación que se repite en Latinoamérica y son pocos los estudios que evalúan los determinantes que explican este fenómeno (6).

La investigación está estructurada de la siguiente manera: El capítulo I. Problema de investigación: incorpora el planteamiento, justificación, delimitación y los objetivos. Capítulo II. Marco teórico: marco teórico en el que se abordan los antecedentes, hipótesis, variables con su respectiva operacionalización. Capítulo III. Referente al Marco metodológico: comprende diseño de investigación, población en estudio, criterios de inclusión y exclusión, técnica, muestra, instrumento de recolección de la información, procesamiento, análisis de datos y las consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y discusión; y como último punto, se indica las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos del estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El presente trabajo de investigación tiene carácter de Salud Pública, debido a que trata sobre los DSS, los mismos que están relacionados con la Epidemiología Social, en la que se encuentran enmarcados los determinantes estructurales e intermedios, de acuerdo a la OMS; y a la vez, según los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) tienen relación directa con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), donde la mujer gestante debe recibir APN oportuna y de calidad (7).

La (APN) es uno de los servicios de promoción en salud más usados en el mundo y representa la piedra angular en el cuidado en la salud tanto de la madre como del recién nacido; según la OMS, existe consenso a nivel internacional que la APN temprana y suministrada por profesional de salud capacitado, puede mejorar los resultados materno perinatales (8).

En América, la reducción de la morbilidad maternooperinatal sigue siendo un reto persistente en muchos países; a pesar de que, manifestaron haber adoptado políticas, programas o planes con abordaje de género y salud. Todo ello, tiene implicancia en la capacidad de satisfacer las necesidades de las mujeres; por lo que, para mejorar la salud del binomio madre hijo, se debe identificar y eliminar obstáculos para el acceso a los servicios de salud con calidad en todos los niveles del sistema.

La desigualdad e inequidad nacional en razón de la morbilidad materno-perinatal es preponderante (9), situación que no es ajena en la provincia de Cajamarca y al Centro de Salud Baños del Inca, pues las gestantes que radican en esta jurisdicción suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, relacionadas a los DSS.

En el continuo de los servicios de atención en SSR, la APN representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención en salud, como la promoción, cribado, diagnóstico y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realiza en tiempo oportuno las atenciones obstétricas, ésta puede salvar vidas (10). Entonces, vigilar y promover el desarrollo normal del producto de la gestación a través de la adecuada APN, y con enfoque de los DSS, ayudará en la mejora de la calidad de vida para la mujer, familia y entorno; sobre todo en países en vías de desarrollo como el Perú, donde esta actividad de salud, constituye aún un campo débil en la atención materno-perinatal.

El ciclo que se crea a partir de esta dinámica, puede dar lugar a desigualdades en materia de salud, la misma que se concentra en algunos grupos poblacionales durante generaciones (11). La población que acude al C.S. Baños del Inca, tiene características peculiares, debido a que, en su mayoría son de zona rural, con alto índice de población gestante y que por tradición inician, en gran número, la APN a partir del segundo o tercer trimestre del embarazo, lo que podría afectar la salud materno-perinatal.

Para algunas embarazadas la maternidad significa desubicación cuando el embarazo no es deseado o interfiere con su proyecto de vida. Esto ocurre en un contexto de rechazo, sobre todo cuando no hay apoyo de la pareja, baja escolaridad, desempleo, falta de autonomía y de acceso a los servicios de salud, pues la madre experimenta incapacidad para defender sus derechos, tolerancia al maltrato, demora en el inicio de la APN y tiene dificultad para cumplir recomendaciones en salud (12). ¿Existe relación

entre los determinantes sociales de salud con el inicio de la atención prenatal del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2019?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Al abordar los DSS, se hace hincapié en la importancia de la acción multisectorial, inaceptabilidad de las marcadas inequidades en salud y ésta como un derecho humano; sobre la base de la equidad es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la deficiente salud de la población, mediante la investigación desde las ciencias sociales hasta la epidemiología (13).

En los últimos años, casi el 50% de gestantes que llegan a atenderse su embarazo en el C.S. Baños del Inca, lo realizan tardíamente (segundo y tercer trimestre), conllevando a que no se realice una APN reenforcada (7), lo que enfocándolo desde el punto de vista holístico, puede desencadenarse en morbilidad materno-perinatal, cooperando a tener altos costos sociales por la disminución en la calidad de vida, incremento del índice de pobreza, analfabetismo femenino, desnutrición materno-infantil, anemia, deserción escolar, problemas sociales, entre otros; además; pues resulta ser uno de los problemas más álgidos en Salud Pública y sobretodo en SSR.

Es de vital importancia que exista una participación multidisciplinaria para que los sectores: salud, educación, políticas públicas, economía, entre otros, se involucren y contribuyan a mejorar la salud materna, y no sea específicamente el sector salud el único responsable en dicha jurisdicción, sabiendo que la morbilidad materno-perinatal es multicausal.

Los resultados de la investigación servirán para que los decisores de los servicios de salud replanteen sus planes y de mejora o las estrategias de APN; asimismo será la base para trabajos de investigación a posteriori, los que continuarán con la pesquisa, llevándolo a nivel epidemiológico más complejo y con carácter preventivo promocional; indicando, que en el C.S. Baños del Inca y Región Cajamarca no cuentan con estudios similares;

además brindando así la oportunidad de medir las múltiples facetas de los resultados a través de los indicadores en materia de SSR: quiénes somos, cómo vivimos y morimos, y qué eventos y circunstancias influyen con los DSS, tanto a nivel individual como colectiva de las gestantes.

1.3.Delimitación de la investigación

La investigación se realizó en la jurisdicción del Centro de Salud Baños del Inca, distrito del mismo nombre, provincia y región Cajamarca, institución que según el mapeo geográfico consta de dieciséis sectores en la cual las gestantes acuden a recibir atención integral durante este periodo; es un establecimiento de categoría I-4 según el nivel de capacidad resolutive, contando con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud. El estudio buscó analizar los DSS con el inicio de la APN, durante los meses de abril a setiembre del 2019.

1.4.Objetivos de la investigación

1.4.1. General

- Analizar la relación de los determinantes sociales de salud con el inicio de la atención prenatal en el Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

1.4.2. Epecíficos

- Especificar el inicio de la atención prenatal según el trimestre.
- Identificar los determinantes sociales intermedios de salud con del inicio de la atención prenatal.
- Distinguir los determinantes sociales estructurales de salud con del inicio de la atención prenatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Machado, S., et al. (2017), Colombia, estudiaron los factores relacionados con la falta de asistencia a la APN y sus consecuencias en el binomio madre - hijo, concluyendo que existen factores personales relevantes como: desmotivación por el estado anímico, problemas familiares y de pareja (92,9%), sociales: como el poco apoyo emocional de la familia y pareja (47,6%) e institucionales: las gestantes indicaron no haber recibido preparación física para el parto (74,7%) (14).

Poffald, L., et al. (2016), Chile, se analizó las barreras y facilitadores de acceso a la APN en adolescentes, como resultado se tuvo que la negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para ingresar a control en el grupo de acceso tardío; no se identificaron facilitadores. Para mantenerse en control, todas las participantes identifican como facilitador contar con una figura de apoyo. La vulnerabilidad familiar y social explica que algunas adolescentes ingresen a control tardíamente (15).

Cáceres, M., et al. (2015), Colombia, en el estudio incluyeron 391 gestantes, con edades entre 18 y 43 años. El inicio tardío se dio en el 29,7% (IC95%: 25,2-34,5) de las gestantes. Estuvo asociado con estrato bajo. Razón de prevalencias ([RP] = 1,57; IC 95%: 1,08-2,56), falta de afiliación a la seguridad social al inicio del embarazo (RP=2,73;

IC95%: 2,04-3,67), la baja escolaridad (RP = 1,46; IC 95%: 1,02-2,16) y la edad entre 18 y 24 años (RP= 1,53; IC 95%: 1,12-1,70). Fueron factores protectores el recordar la fecha de la última regla (RP=0,48; IC95%: 0,32-0,71) y tener pareja estable (RP=0,82; IC 95%: 0,64-0,98) (16).

Marrugo, C. (2015), Colombia, en su estudio formuló cuyo objetivo fue estimar y analizar los determinantes individuales y de contexto que inciden en el uso de los servicios prenatales (controles prenatales) por parte de las mujeres colombianas en estado de embarazo. Con respecto a los determinantes se encontró que la riqueza, la educación y la edad de la madre, la afiliación al sistema general de seguridad social en salud tienen impacto sobre el uso de los servicios de atención prenatal, además se indicó que las diferencias en el número de APN son significativas según la posición socioeconómica del hogar, indicando que las mujeres que pertenecen a quintiles más altos, tienen mayor probabilidad de acceder a un número óptimo de controles. La educación juega un papel fundamental, generando conciencia sobre la importancia de asistir a estos chequeos que terminan con una buena atención al momento del parto y postparto (17).

Rodríguez, P., et al. (2014), Colombia, en el estudio los resultados fueron: dificultad en la movilidad como principal causa para inasistencia, determinantes de salud asociados con mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales como: estrato socioeconómico bajo, distancia de la vivienda respecto al sitio de atención y alta puntuación en escala de riesgo biopsicosocial. En conclusión, las barreras económicas, geográficas y socioculturales afectan la acebilidad de la APN (18).

Miranda, C. (2014), Colombia como resultado se obtuvo que las gestantes que no asistían a la APN citaron como razones: porque deben hacer mucho trámite (47,1% (8)), por haber perdido la cita (23,5% (4)), porque creen no necesitar el control porque habían tenido hijos sin problemas (23,5% (4)), y porque creen que es muy temprano para iniciar el control (5,9% (1)). Acerca del uso de la APN se encontró que el 75,6% (552) hace uso adecuado de este servicio (19).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Meza, S., (2017), Lima, realizó un estudio, en el que se concluyó que existe factores de riesgo que conllevan a una APN inadecuada, en los factores personales fue el poco apoyo de la pareja, la dificultad del cuidado de sus hijos, factores sociales fueron dificultad obtener permiso en el trabajo y el ambiente inadecuado de la consulta y en los factores institucionales fue la ausencia de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención y los gastos para exámenes no disponibles (20).

Reyes, A y Siccos, T., (2016), Cusco, en el estudio los resultados hallados fueron: falta de información sobre APN y conocimiento sobre la importancia de acudir a una primera atención oportuna, conllevó a que las gestantes tengan una APN inoportuna. Así también, se obtuvo en las entrevistas que, existen limitantes como es el acceso al establecimiento de salud, demorando más de dos horas para llegar al C.S., reciben maltrato por parte del personal de salud y temor, por lo que la gestante no acuda a sus próximas APN (21).

Oliva,w., (2016), Iquitos, en el estudio concluye que el embarazo no deseado, la distancia al C.S. y falta de pareja, son factores que condicionan el inicio tardío de la APN (22).

Rondón, A. (2015), Tacna, realizó un estudio y entre los principales resultados, se encontró que, entre las gestantes con APN tardío, el 57% son adultas jóvenes con edades entre 18 y 29 años, el 39% tienen secundaria completa; el 75% presentó anemia de las cuales el 80% presentó anemia leve y un 16% anemia moderada, concluyendo que la APN tardía se relaciona significativamente con la anemia, infección del tracto urinario, e infección de transmisión sexual, en grávidas del establecimiento de Salud de Cono Norte de Tacna (23).

2.1.2 Antecedentes locales

Céspedes, C. (2017), Cajamarca, el objetivo de la investigación fue determinar los factores sociodemográficos asociados al acceso a la APN, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, en la que se encontró que el mayor porcentaje de gestantes en el presente estudio que accedieron a la APN, perteneció al grupo etario de 20-34 años, la mayoría tuvo secundaria completa, convivientes, procedentes de la zona urbana, amas de casa y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo inferior, la mayoría de gestantes acudió a la atención prenatal en forma temprana, la mayoría de gestantes tuvo una asistencia prenatal inadecuada, considerando el número ideal de APN, Solamente se encontró asociación significativa entre las variables número de atenciones prenatales y el nivel socioeconómico (24).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Determinantes sociales de salud- referencial histórico

Los DSS han sido sometidos a diversas transformaciones a lo largo de la historia de la humanidad. Las culturas más antiguas consideraban que la pérdida de salud se debía al castigo de los dioses u otras situaciones semejantes; en la era Hipocrática, se atribuía a características internas (raza, sexo y edad) y externas (mala alimentación, venenos, aire corrompido, etc.). Las épocas siguientes, hasta fines del siglo XIX, consideraban la perspectiva de un modelo biológico o higienista, que sostenía que existen organismos agresores en el medio externo causando enfermedad en el individuo (17) (20).

Desde las primeras décadas del siglo XIX se estableció la relación entre condiciones de vida de las personas y su estado de salud, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación, de los pobres que trabajaban en las fábricas urbanas europeas. A partir de la segunda mitad del siglo XX, se estableció un concepto integral de salud, que se enmarcan en los DSS como características que influyen en la salud y que interactuando

en distintos niveles de organización, determinan el estado de salud individual y poblacional (26).

A mediados de los 60' se veía que los modelos dominantes de salud pública y médicos, no satisfacían las necesidades más urgentes de las poblaciones pobres y desfavorecidas, entonces la necesidad hizo que las comunidades y trabajadores de salud, buscaran curativa urbana. Es cuando surgió un interés renovado por la dimensión social, económica y política de salud, restando importancia a la tecnología médica, disminuyendo enormemente la confianza en los profesionales médicos (27).

Es así que, investigadores y tomadores de decisión se interesan por las circunstancias o condiciones sociales, culturales, económicas, ambientales, políticas y geográficas que de una u otra manera influye en la salud de los individuos y comunidades. De esta manera, a partir de la década del 70', se desarrollaron diferentes modelos que buscaron explicar, desde el contexto de las políticas públicas y vida cotidiana, la importancia que tienen en el proceso de producción social de la salud (28). En este contexto, surgieron varios enfoques de salud, que la OMS los denominó DSS (2005).

2.2.1.1. OMS acerca de los determinantes sociales de salud

Por encargo de la Asamblea Mundial de Salud, la OMS, establece en el 2005, la Comisión de los DSS. La que se organizó en redes del conocimiento, cuyos integrantes formularon recomendaciones sobre intervenciones para mejorar la salud y reducir las inequidades a partir de la revisión de evidencias existentes. Comisión con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria; además para mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas (29) (30).

Desde Alma Ata, pasando por el famoso informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, reforzada por la Declaración de

Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales. La CDSS de la OMS, integrada por connotados académicos y políticos, han denominado a los DS como “las causas de las causas” de la enfermedad (27).

Estos determinantes son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas (políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (31), que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez, de políticas adoptadas. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (32).

Los DSS repercuten directamente en la salud, permiten predecir la mayor proporción de varianza del estado de salud (inequidad sanitaria, estructuran los comportamientos relacionados con la salud, interactúan mutuamente en la generación de salud) (30). En su Marco Conceptual elaborado por la CDSS incluyen aspectos relacionados con la organización de la sociedad (determinantes estructurales) que determinan las desigualdades en salud (económico, social y tecnológico); así como aspectos relacionados con las condiciones materiales en que las personas viven y se desenvuelven, circunstancias psicosociales, factores comportamentales, biológicos, sistema de salud y cohesión social/capital social (determinantes intermediarios) (27) (33).

A partir de la óptica del Marco Conceptual sobre los DSS, existe una corresponsabilidad en los procesos de salud-enfermedad. Por un lado, es necesario el conocimiento de la población sobre comportamientos que favorezcan la salud. Por el otro, existe una carga importante de responsabilidad social, en el sentido de crear condiciones que propicien espacios y entornos saludables, es decir, realizar acciones intersectoriales para

modificar las condiciones de riesgo en que vive la población y proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (33).

❖ **Determinantes estructurales**

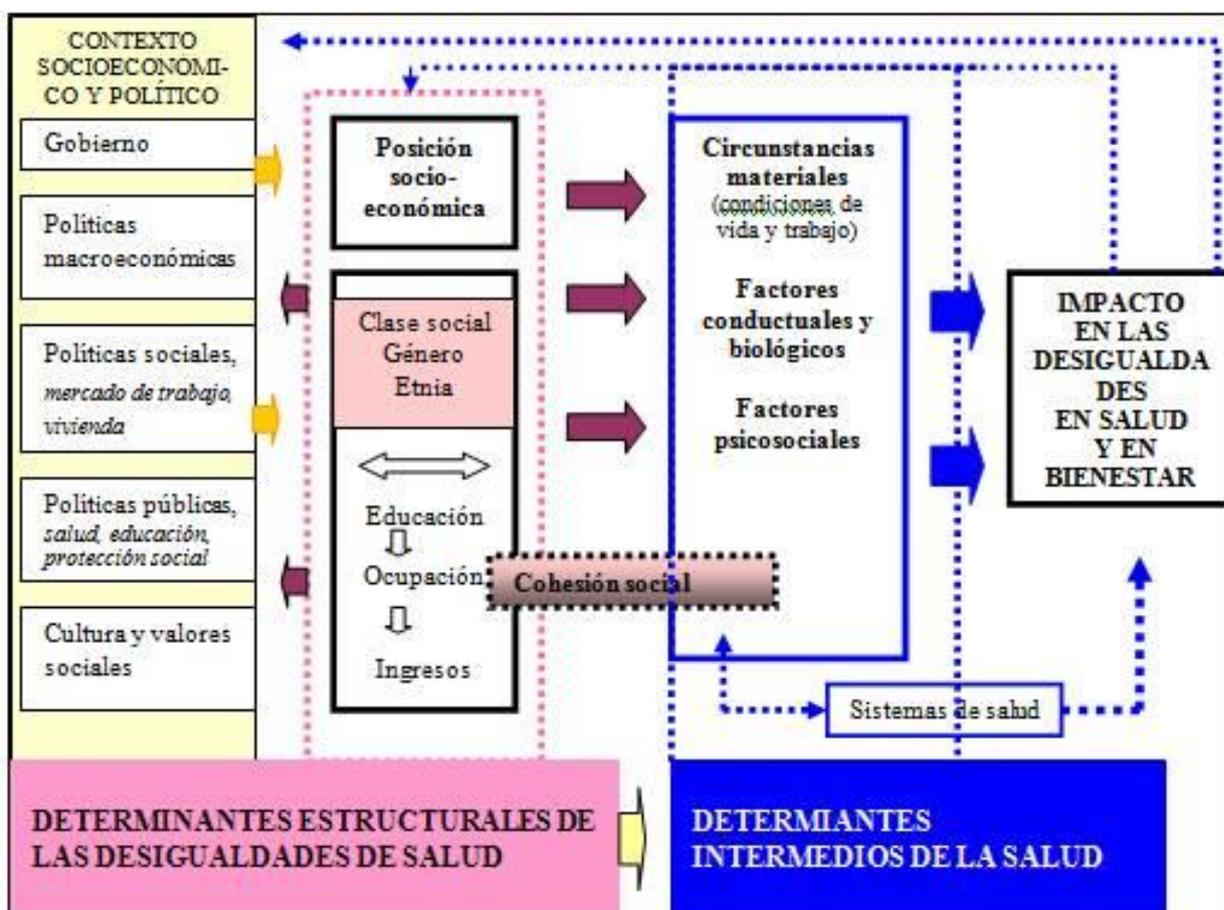


Foto 1. Determinantes sociales de la salud- OMS (34).

Está constituido por aspectos relacionados con la estructura de la sociedad que determinan las desigualdades en salud. Es decir, son aspectos que pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, mayores oportunidades para recuperar o mantener la salud. Ambos dependerán de la posición social, pues grupos sociales con mayor acceso a recursos materiales, sociales, educacionales, entre otros, pueden presentar contextos menos vulnerables o con mayores posibilidades para recuperar o mantener su salud (33), entonces estos

determinantes están dados por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros (30) (35).

El contexto socioeconómico y político, se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia y la corrupción, el poder de los sindicatos, etc.; b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo, se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud (34).

La posición socioeconómica, incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres y las personas de raza blanca. La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con

el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias» (34).

Estos determinantes históricamente, incluyen al gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política (transparencia, corrupción, poder de sindicatos, etc.), políticas macroeconómicas y sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social); los valores sociales y culturales, como el valor que la salud y servicios de salud tienen para la sociedad, deben ser también considerados. El modelo incluye a los actores económicos y sociales como por ejemplo las grandes corporaciones, recursos materiales y tecnológicos, y cumplimiento de normas y estándares internacionales de derechos humanos. Finalmente, destacar la influencia de las relaciones externas, políticas y económicas mantenidas con otros países (36).

Los determinantes estructurales son muy importantes porque influyen significativamente en la estratificación, distribución de ingresos y discriminación. La estratificación de la población configura las oportunidades y resultados en salud, ya que sitúa a las personas en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos. Según la posición en la sociedad, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud, influyendo a través de factores más específicos o intermedios (determinantes intermedios) como las condiciones de trabajo y vivienda, disponibilidad alimentaria, factores conductuales (estilos de vida) y psicosociales, o los propios sistemas de salud. El menor y baja calidad del acceso a los servicios de salud, para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en peores consecuencias de los problemas incidentes en salud y bienestar (35) (36).

❖ **Determinantes Intermedios**

Estos determinantes, están dados por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona (2), la estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales (30) (34). En tal sentido, al sistema de salud se le atribuye la responsabilidad de desempeñar una función activa para reducir las inequidades, no sólo a través del acceso equitativo a los servicios de atención (acceso y cobertura), sino también en la planificación y ejecución de programas de salud pública, con una adecuada gerencia de la intersectorialidad (33).

Transversalmente a estos dos determinantes estructurales e intermedios encontramos a la cohesión y el capital social, puntos centrales de las políticas de salud, que se refieren al establecimiento de relaciones de cooperación entre ciudadanos e instituciones. Es decir, el Estado debe asumir la responsabilidad de desarrollar un sistema más flexible que facilite espacios concretos de participación de los ciudadanos, lo que implica una redistribución del poder, que permita a la comunidad poseer un alto nivel de influencia en la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas que afectan su bienestar y calidad de vida (Figura 1). Es importante resaltar que los determinantes intermedios van a afectar la salud, en mayor o menor grado, dependiendo de la posición

social, puesto que los individuos según su posición social tendrán diferentes exposiciones ante las condiciones que pueden perjudicar su salud y por tanto, presentarán diferente vulnerabilidad, la cual determinará diferentes consecuencias ante los daños a la salud, incluyendo consecuencias económicas y sociales, así como resultados diferentes en salud (33).

2.2.1.2. Comisión sobre determinantes sociales de salud en el Perú

En el Perú, en los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de salud con orientación moderna, que trasciende los ámbitos de la educación sanitaria individual o simple aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta o estilo de vida de cada individuo. Las autoridades del MINSA, con clara visión de sus contenidos, han impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con los DSS y su aplicación en el campo de la salud pública. Algo se ha avanzado en la nada fácil tarea de traducir esta concepción en la práctica sanitaria. El camino es todavía muy largo, y lo más importante y difícil de mover son las concepciones enraizadas y esquemas teóricos medicalizados en los que se mueve buena parte de los salubristas, personal de salud y políticos (38).

2.2.2. Atención prenatal

El MINSA la define como “La vigilancia y evaluación integral de la gestante y feto, que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido, sin deterioro de la salud de la madre” (39). Asimismo la OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (40).

Con el fin de permitir que la evaluación de la gestante sea óptima, rápida y acertada emitiendo un diagnóstico adecuado luego de realizar un acto médico al usarse mecanismos de interoperabilidad con SIS, RENIEC, CNV, HISMINSA, en el Primer nivel, existe una herramienta informática asistencial y administrativa, que es el Sistema de

Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) del MINSA; enfocándose el profesional de la salud de forma prioritaria a la atención del paciente, reduciendo los tiempos de espera y trabajo administrativo (41). Por otro lado, la maduración del SIHCE Primer Nivel - MINSA, como la implementación de la firma digital, siendo este un requisito para ser considerado con un Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica– SIHCE, según la definición indicada en el Reglamento de la Ley N° 30024 (42)

2.2.2.1. Atención prenatal reenfocada. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, educación para el autocuidado y participación de la familia; así como, para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (43).

2.2.2.2. Características de la APN

- **Precoz.** La primera APN se debe realizar dentro del primer trimestre de la gestación de esta manera prevenimos que el embarazo no presente ninguna complicación temprana. Además, es muy importante esta primera visita para identificar las gestantes de alto riesgo en el abandono de APN. La primera consulta deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos (44).
- **Periódico.** El número de atenciones y visitas varía de acuerdo al tipo de gestantes de bajo o alto riesgo (44).
- **Completo.** Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud (44).

- **Amplia cobertura.** En la medida que el control de las gestantes sea de carácter integral (que todas tengan un control prenatal adecuado) mayor será el impacto positivo en el bienestar materno y del recién nacido (44).

2.2.2.3. Inicio de la APN

La APN debe iniciarse en cuanto exista probabilidad razonable de embarazo. Los objetivos principales son: definir el estado de salud de madre y feto, calcular la edad gestacional e iniciar un plan de atención obstétrica continua. El plan inicial para la atención subsiguiente varía desde consultas de rutina relativamente infrecuentes hasta la hospitalización pronta por enfermedad materna o fetal grave (45). También, detectar factores de riesgo que puedan requerir una supervisión adicional, oportunidad de identificar cualquier dificultad social y analizar los deseos de los padres en relación con el embarazo y parto (46).

Durante la atención, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo (47). También se le aconseja acerca de cómo alimentarse durante el embarazo, síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o nacida, además se orienta a la madre sobre temas de planificación familiar. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019; es importante que la primera visita de APN se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y parto (44) (48).

2.2.2.5. Información para la gestante en el inicio de la APN

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos,

tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.

- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio, brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Informar sobre los beneficios del seguro integral de salud.
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita (44) (45) (49).

2.2.2.6. Riesgo del inicio tardío de la atención prenatal

El iniciar atenciones prenatales a partir del segundo trimestre de gestación, posibilita la ejecución no oportuna de acciones de protección y recuperación de la salud. Además, no permite la detección temprana de embarazos que tengan algún riesgo incrementado el padecer alguna complicación: Mayor número de abortos, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, aumento de partos pretérminos, cuidados insuficientes a la madre y feto, ausencia de ecografía precoz (dudas con edad gestacional y malformaciones embrionarias), complicaciones asociadas: anemia, hipertensión arterial, preeclampsia, infecciones urinarias, enfermedades, hemorragias del tercer trimestre con peores consecuencias, miedo y temores a volver a embarazarse; posibles dificultades con la pareja, aumento de la morbilidad materna y perinatal (44) (50). Pues la APN está enfocada en la búsqueda constante de factores de riesgo y no sólo debería ser una constante actualización de signos vitales de la gestante. No sólo está el aspecto obstétrico; sino también la evaluación de la condición médica, lo que condiciona a la

muerte materna indirecta. Para ello, el profesional que realiza esta actividad debe tener las competencias necesarias para poder orientar, referir o manejar dichos problemas según sea el caso. Intervenir sobre los factores de riesgo de la gestante, es uno de los objetivos más importantes del control prenatal, para disminuir la morbilidad y mortalidad en este periodo de la mujer fértil (51).

2.2.2.7. Recomendaciones para mejorar la APN

La APN tiene como meta la detección temprana de complicaciones durante el embarazo, y siendo que la mayor parte de las morbilidades y mortalidades maternas se pueden prevenir, es necesario que todas las mujeres tengan acceso a una APN de calidad durante el embarazo; así como, para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación (52), ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, detección y prevención de enfermedades, prestación de asesoramiento para planificación familiar y apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (53). Entre 2007 y 2014, únicamente el 64% de las embarazadas asistieron al mínimo de CPN recomendado por la OMS, posteriormente fueron cuatro; ya en el 2016, la OMS publicó una guía sobre cuidado prenatal para una experiencia positiva del embarazo, que incluye 49 recomendaciones para el cuidado de rutina de la gestante con la finalidad de reducir la probabilidad de complicaciones durante la gestación y mejorar el cuidado materno. Este documento recomienda incrementar a ocho a las APN mínimos durante la gestación, dado que este aumento está asociado con una reducción de la probabilidad de muertes perinatales y señala que las APN deben incluir componentes tales como la asesoría sobre dieta saludable y nutrición óptima, actividad física, información sobre consumo de tabaco y sustancias, prevención de malaria y VIH, análisis de sangre y vacunación contra el tétanos, ultrasonido fetal, consejería, entre otros (54).

Las investigaciones en salud, indican que una mayor frecuencia de APN de las mujeres y adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad

de muertes prenatales, existiendo más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas (47) (54).

Con el nuevo modelo se incrementan las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, se mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios y embarazadas, y se aumenta la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo. En este modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación (53) (49) (45).

En Perú, en cuanto a la APN, se reportó que el 97,5% de los últimos embarazos recibieron atención por personal calificado, siendo además que el 88,9% de mujeres gestantes recibieron de seis a más controles, que es el número mínimo de atenciones requerido durante una gestación por la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna del Ministerio de Salud del Perú. Si bien en el Perú se han presentado progresos en cuanto a la salud materna de su población, existen grupos que presentan una mayor carga de enfermedad por este problema como los habitantes de zona rural, sierra y selva y de menores quintiles de riqueza. Asimismo La suspensión de las APN debido a problemas de pandemia el el 2020 por ejemplo, resultó en la cifra más alta de muertes maternas de los últimos ocho años, en su mayoría prevenibles, retroceder tantos años en uno es una brutalidad, debido a las malas decisiones del Minsa señalan investigadores en salud pública del país (55).

2.2.2.8. Justificación del control de embarazo en la atención primaria de salud

El seguimiento de gestaciones de bajo riesgo desde atención primaria supone beneficios: a) Para la embarazada: Mejor accesibilidad horaria y geográfica. mayor contacto con actividades complementarias del centro de salud (planificación familiar, educación maternal, programa de control del niño sano) (46), mayor satisfacción de la mujer. b) Mejor integración del proceso dentro de la historia clínica para el servicio de

salud: Disminución de coste económico, optimización de recursos (menor saturación de servicios de Obstetricia), elevada rentabilidad de las medidas preventivas durante el embarazo. Existen programas dirigidos a este grupo de población que son considerados como prioritarios desde la mayoría de instituciones gestoras de salud el control del proceso, desde atención primaria de salud (APS).“La morbimortalidad maternoneonatal es evitable, amplios estudios avalan que la intervención es eficaz y que la inversión en maternidad sin riesgo, no sólo reducirá la mortalidad y discapacidad materno infantil, sino que también, contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, familias y comunidades” (56). Entonces el cumplimiento de una adecuada APN es una garantía dentro del Programa Materno Infantil para lograr niños sanos y madres saludables, por lo que debe realizarse con el mayor rigor y cumplimiento establecido. Llevar adelante de manera correcta la metodología establecida de la APN y cumplirla constituye una prioridad para lograr aún mejores resultados en el binomio materno infantil (52).

2.2.2.9. Derechos y responsabilidades en la atención materna

a) Privacidad y Confidencialidad

- La confidencialidad respecto al motivo de su atención, así como los registros del mismo y la comunicación de su caso o del recién nacida/o se cumpla en todos los servicios del establecimiento de salud.
- Ser examinada ella y/o su recién nacida/o en consultorios que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Aceptar o rechazar la presencia de personas, que no estén directamente involucradas en su atención o en la de su recién nacida/o.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen físico, el tratamiento o el procedimiento, que puedan traducir en caso hable otro idioma.

- Permanecer con ropa de exámen, bata u otra vestimenta, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento ginecológico u obstétrico (44).

b) Información

- Recibir información completa, actualizada y en su idioma sobre su estado de salud y el de su recién nacida/o, debiendo verificar que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidados de su recién nacida/o.
- Recibir información sobre los requisitos y procedimientos a seguir para la afiliación y atención por el Seguro Integral de Salud (SIS) o Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
- Solicitar y recibir, un informe médico (diagnóstico, indicaciones, resultado de análisis, procedimientos y tratamiento), así como la epicrisis.
- Que se le brinde información sobre su estado de salud y de la/el recién nacida/o (motivos de atención, diagnósticos y tratamientos), a las personas que ella autorice, excepto en los casos que la ley lo señale.
- Que el personal de salud que está a cargo de su atención esté debidamente identificado.
- Conocer quién/quienes son los profesionales responsables de los procedimientos de atención o tratamiento (44).

c) Seguridad en la atención

Recibir atención mediante prácticas que cumplan los estándares sanitarios correspondientes en cada nivel de atención de los establecimientos de salud.

Que las instalaciones de los establecimientos de salud cuenten con las medidas de privacidad, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal y la de su recién nacida/o (39).

d) Comunicación

Hablar sólo con las personas que estén oficialmente relacionados/as con su atención, o la de su recién nacida/o, evitando el trato con visitantes no autorizados por la paciente.

Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización en los establecimientos de salud (44).

e) Toma de decisiones

- Tomar decisiones relacionadas con el tratamiento o atención de salud de ella o su recién nacida/o, a través del consentimiento informado y voluntario, de ser el caso.
- No ser sometida, ella o su recién nacida/o, a ningún procedimiento sin su consentimiento informado y voluntario.
- No ser sometida a presión alguna para elegir un método anticonceptivo de inmediato sobre todo después del parto o aborto.
- Consultar con otros profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.
- Rehusar su participación en actividades de investigación, actividades de docencia o actividades de entrenamiento clínico, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud o participar voluntariamente luego de haber dado consentimiento informado (44).

f) Rehusar a recibir tratamiento

Rehusar la atención o tratamiento en cualquier momento después de haber recibido la información completa, siempre y cuando no se encuentre en situación de emergencia (riesgo de fallecimiento o daño permanente) ella, el producto de la concepción o su recién nacida/o, en estos casos, se debe informar a la fiscalía de prevención del delito (44).

g) Respeto y Dignidad

- Recibir trato respetuoso y amable de parte del personal de salud en todo momento y bajo todas las circunstancias.
- Que en la atención se respeten las creencias, religión, valores y actitudes propias de su cultura (44).

h) Identidad

Toda madre debe recibir gratuitamente el certificado de nacimiento de su recién nacida/o en los establecimientos de salud, ya sea de parto institucional o domiciliario, condición indispensable para la inscripción en el registro civil. En los casos de parto institucional se debe entregar el certificado de nacimiento al alta de la puérpera (44).

i) Reclamo

Presentar reclamo o queja sobre su inconformidad por la atención recibida tanto por ella como por su recién nacida/o (44).

2.3. Bases legales

- **Constitución Política del Perú- 1993.** Establece en el artículo 6° que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsable. Por otro lado, en el artículo 7° se reconoce que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud. Además, los artículos 9°, 10° y 11° de la Constitución contienen obligaciones que orientan la labor del Estado para asegurar la efectividad del derecho a la salud (57).
- **Ley N° 26842- 1997 (Ley general de salud).** La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla (58).

- **Ley N° 28048- 2003.** De protección a favor de la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto (59).
- **Ley N° 29344- 2010.** Tiene por finalidad resguardar y garantizar el derecho al acceso pleno y progresivo de toda persona al aseguramiento en salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y de participación (60).
- **Norma técnica 105- MINSA- 2013.** Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional y concepcional (prenatal, natal, postnatal) (39).
- **Ley N° 30367- 2015.** Que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso (90 días), el goce de descanso prenatal podrá ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado por el postnatal, a decisión de la trabajadora gestante (61).
- **Informe temático N° 27/2016.** Aborda el tema de la salud materna a partir de la definición conceptual, la revisión de indicadores sobre la mortalidad materna a nivel mundial y la legislación sobre los periodos de carencia o periodos de espera necesarios para la atención sanitaria de la maternidad en los sistemas de seguridad social en países de América Latina (62).
- **Ley N° 31051- 2020.** Ley que amplía las medidas de protección laboral para mujeres gestantes y madres lactantes en casos de emergencia nacional sanitaria (63).
- **Directiva sanitaria N° 97- 2020 MINSA/2020/DGIESP.** Directiva sanitaria para prevención y atención de la gestante con riesgo o infección por COVID 19 (54).

2.4. Bases conceptuales

- **Determinantes sociales de la salud.** Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (10).
- **Inequidad en salud.** Ausencia de diferencias en salud injusta y evitable entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Implica una dimensión ética (31) (41).
- **Gestante.** La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: Para la OMS, el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 ó 6 días después de la fecundación) (44).
- **Atención prenatal.** Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (50).
- **Edad gestacional.** Tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (44).
- **Inicio temprano de la atención prenatal.** Inicio de la APN realizada hasta antes de las 14 semanas de gestación (44).
- **Inicio tardío de la atención prenatal.** Se refiere al inicio de la atención prenatal desde las 14 semanas a más de gestación (44).

2.5. Hipótesis

Ho: Existe relación significativa entre los determinantes sociales de salud con el inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

Ha: No existe relación significativa entre los determinantes sociales de salud con el inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

2.6. Variables/categorías

Variable independiente

Determinantes sociales de salud

Variable dependiente

Atención prenatal

2.7. Operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ITEM	ESCALA	
INDEPENDIENTE	<p>DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Definición conceptual: Son las condiciones en los que las persona nacen, viven, trabajan, y envejecen, y que están relacionados con los aspectos socioeconómicos conductuales, psicosociales, ambientales y biológico (34).</p> <p>Definición operacional: Circunstancias que modelan el comportamiento de la salud en la sociedad.</p>	ESTRUCTURALES	POLÍTICAS PÚBLICAS	PROGRAMA SOCIAL	Comedor popular/ vaso de leche/ Juntos/ otros	Nominal	
				SEGURIDAD SOCIAL	SIS temporal/ SIS	Nominal	
			CULTURA Y VALORES	ESTADO CIVIL	Soltera/casada/conviviente/otros	Nominal	
				RELIGIÓN	Católico/no católica	Nominal	
				IDIOSINCRACIA	Por costumbre voy tardíamente a la APN/esposo se opone/familia discrepa/desconocía del embarazo/subestima la APN/otros	Nominal	
			POSICIÓN SOCIOECONÓMICA	NIVEL EDUCATIVO	Sin instrucción/primaria/secundaria/ superior	Ordinal	
				OCUPACIÓN ACTUAL	Ama de casa/trabajadora dependiente/trabajadora independiente	Nominal	
				INGRESO ECONÓMICO	Menor al mínimo vital/ mínimo vital/ mayor al mínimo vital	Ordinal	
			INTERMEDIOS	CIRCUNSTANCIAS MATERIALES	RESIDENCIA	Rural/ urbana	Nominal
					TIPO DE VIVIENDA	Unifamiliar/multifamiliar	Nominal
		TENENCIA EN LA VIVIENDA			Alquiler/propia/cuidador- alojado	Nominal	
		ENERGÍA ELÉCTRICA			SI/NO	Nominal	
		FUENTE DE AGUA PARA BEBER			Acequia/pozo/red pública/otros	Nominal	
		TIEMPO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			< 1 HORA/1- 2HORA/> 2 HORA	Intervalo	
		TRANSPORTE			Caminando/vehículo	Nominal	
		EDAD (AÑOS)			< 15/ de 15 a 24/de 25 a 34/de 35 a 44 /> de 45	Intervalo	
		PARIDAD			Nulípara/primípara/multípara/gran múltipara	Ordinal	
		ESTADO NUTRICIONAL			Bajo peso/normal/sobrepeso/obesidad	Ordinal	
		FACTORES CONDUCTUALES Y BIOLÓGICOS	APOYO PSICOLÓGICO	Padres/padres y hermanos/suegros/otros	Nominal		
			GESTACIÓN PLANIFICADA	Si/No	Nominal		
FACTORES PSICOSOCIALES	SISTEMA DE SALUD	BARRERAS EN LA ATENCIÓN	Servicio de admisión/ servicio de emergencia/ servicio de triaje/consultorio obstétrico/ninguno	Nominal			
DEPENDIENTE	<p>ATENCION PRENATAL Definición conceptual: Conjunto de intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal; a partir de los establecimientos de salud del primer nivel (39).</p> <p>Definición operacional: Son todas las intervenciones preventivas que se realizaran con las gestantes en estudio.</p>	ATENCION PRENATAL	EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	TEMPRANO	I trimestre (< 14 semanas)	Intervalo	
				TARDÍO	II trimestre (14-27 semanas)	Intervalo	
					III trimestre (28-40 semanas)	Intervalo	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de investigación

El tipo de estudio de la presente investigación corresponde a un estudio:

- **Observacional.** Porque el investigador no estableció ningún tipo de intervención en el grupo de estudio, los cuales se someten a las leyes naturales de evolución desde que interviene la causa hasta que se produce el hipotético efecto resultante.
- **Descriptivo.** Porque particularizó como se manifiesta determinado fenómeno y mide independientemente cada una de las variables en las gestantes que han acudido al Centro de Salud Baños del Inca para iniciar APN.
- **Corte Transversal.** Porque permitió estudiar las variables simultáneamente en determinado momento sin tener al tiempo en relación con la forma en que se dan los fenómenos.
- **Correlacional.** Porque buscó determinar la relación entre las variables de estudio, a través de una prueba estadística.

3.2. Población de estudio

Durante los dos últimos años se registraron un promedio de 370 gestantes que acudieron al Centro de Salud Baños del Inca para iniciar la APN, cantidad que es señalada como la población en el presente estudio de investigación.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

- Gestantes que se estén realizando sus atenciones prenetales en el Centro de salud Baños del Inca.
- Pertenecientes a todos los niveles de aseguramiento, que se atiendan en la institución de salud, entre los meses de julio a diciembre del año 2019.
- Gestantes que den su consentimiento para participar en el estudio.

b. Criterios de exclusión

Tener una limitación sensorial o comunicativa para contestar preguntas que impidiera responder una encuesta.

3.4. Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada una de las gestantes que estuvieron llevando su APN en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca; durante los meses de julio a diciembre del 2019.

3.5. Muestra o tamaño muestral (cálculo)

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

Donde:

N: 370 gestantes atendidas en los dos últimos años.

P: 0.500

Q: 0.500

E: error estándar: (0.0385)

Z: 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

Muestra: 236 gestantes

3.6. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo

La muestra estuvo constituida por todas las gestantes que acudieron al C.S. Baños del Inca a realizarse su APN; además debían cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, el cual estuvo constituido por un total de 236 gestantes.

3.7. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

La técnica utilizada fue la encuesta; y el cuestionario como instrumento para identificar los DSS relacionados al inicio de la APN, información que fue siendo recabada durante las atenciones prenatales que se realizó a la gestante en el C.S., o a través de visitas domiciliarias programadas, previa revisión de la tarjeta de la APN, bajo la supervisión de la investigadora.

El cuestionario consta de preguntas de las variables en estudio: referente a los factores socioeconómicos, condiciones materiales, conductuales y biológicos, psicosociales, sistemas de salud, culturales, que influyen en el inicio de la APN. Luego los datos fueron procesados estadísticamente, generando la información necesaria para la presente investigación.

3.8. Validez y confiabilidad del instrumento

- a) **Juicio de expertos.** El cuestionario tuvo como objetivo el de recoger información útil, se utilizó el criterio de tres investigadores en salud expertos en el tema, quienes con sus sugerencias brindaron mayor calidad y especificidad al instrumento. Tras la validación de los expertos se obtiene un promedio de 90,7%, el cual indica “Excelente” (66).
- b) **Prueba Piloto.** Se realizó con diez (10) gestantes de la jurisdicción del C.S. Baños del Inca con las mismas características de la muestra en estudio, pero sin pertenecer a ello, para determinar la confiabilidad se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach, en la cual se obtuvo un resultado de 0,825, permitiendo estimar la fiabilidad del instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan

el mismo constructo o dimensión teórica. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados (67).

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

3.9. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de los datos se realizó a través del programa Excel, para luego hacer una confrontación con la información del marco teórico. El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas para el análisis cuantitativo, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

3.10. Consideraciones éticas

- **Autonomía:** Permitió ver a la muestra en estudio como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones cuando brindaron la información al momento de ser encuestadas; además, es importante indicar que pudieron hacer cualquier pregunta sobre los procedimientos; y de ser el caso abandonar el estudio si así lo desee.
- **Confidencialidad:** Se usó el consentimiento informado para cada gestante incluida en el proceso de investigación; así como también, el permiso respectivo para ser publicada dicha información, pues no se tomaron los nombres de las participantes al momento de la presentación de los resultados para garantizar el anonimato de los participantes.

- **Beneficencia:** Se trató del deber ético de buscar el bien para las gestantes participantes en esta investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

3.11. Dificultades y limitaciones para el estudio

Ocasionalmente las gestantes no desearon participar en el estudio de investigación.

CAPÍTULO IV

En este capítulo se muestra los resultados de forma ordenada y relacionada con los parámetros métricos y criterios que permitieron realizar la encuesta, el análisis fue de acuerdo a los determinantes sociales de salud, según la clasificación de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (determinantes estructurales e intermedios).

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

Atención prenatal		nº	%
Inicio de atención	Temprana	120	50,8
	Tardía	116	49,2
Trimestre	I	120	50,8
	II	96	40,7
	III	20	8,5
Total		236	100,0

Fuente: Encuesta elaborada por la autora

De acuerdo con los resultados que se muestran en la Tabla 1 las gestantes que acudieron al Centro de Salud Baños del Inca para iniciar la APN, el 50,8% lo hizo temprano; más no así el 49,2%, que fue tardío; de este grupo, el 40,7% lo realizó en el II trimestre y 8,5% en el III°.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Céspedes (16), quien indica que la mayoría de gestantes acude en el I° trimestre.

El MINSA, busca que toda gestante acuda tempranamente a realizarse la APN (1° trimestre), con el fin de hacer un estudio de carácter preventivo e integral, evitando así complicaciones materno perinatales, o recibir el tratamiento oportuno si el caso lo amerite (39).

Tabla 2. Políticas públicas e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019

Políticas públicas	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardía		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%				
Programa social								
Comedor popular	0	0,0	2	0,8	2	0,8	X ² = 7,59	p= 0,049*
Vaso de leche	20	8,5	30	12,7	50	21,2		
Juntos	4	1,7	8	3,4	12	5,1		
Ninguno	96	40,7	76	32,2	172	72,9		
Seguro integral de salud								
SIS temporal	20	8,5	37	15,7	57	24,2	X ² = 7,47	p= 0,006*
SIS	100	42,4	79	33,5	179	75,8		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100,0		

Fuente: Encuesta elaborada por la autora

*p< 0,0

De acuerdo con los resultados mostrados en la Tabla 2, en relación al determinante políticas públicas con el programa social el 72,9% de gestantes no reciben ayuda social por parte del gobierno, por lo que, tan sólo el 40,7% acudieron pronto a recibir la APN, a diferencia del 32,2% que fue de manera tardía. Es probable que el programa social Vaso de Leche tenga influencia en la decisión de asistir rápido (8,5%) o tardíamente (12,7%) a la APN. Así mismo, el SIS que se muestra en la tabla (75,8%) indica 33,5% acudió a la APN tardíamente, no así el 42,4% que lo hizo oportunamente. Ahora bien, el 24,2% tuvo SIS temporal al momento de la primera atención, evidenciándose que acudió de modo tardío para la APN (15,7%).

Tabla 3. Cultura, valores e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019

Cultura, valores	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardía		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%				
Estado civil								
Soltera	12	5,1	21	8,9	33	14,0	X ² = 9,86	p= 0,020*
Casada	22	9,3	9	3,8	31	13,1		
Conviviente	86	36,4	84	35,6	170	72,0		
Otros	0	0,0	2	0,8	2	0,8		
Religión								
Católica	66	28,0	50	21,2	116	49,2	X ² = 3,34	p= 0,068
No católica	54	22,9	66	28,0	120	50,8		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100,0		
Idiosincrasia								
Por costumbre	-	-	30	25,9	30	25,9		
Esposo se opone	-	-	2	1,7	2	1,7		
Familia discrepa	-	-	4	3,4	4	3,4		
Desconocía el embarazo	-	-	35	30,2	35	30,2		
Subestima la APN	-	-	8	6,9	8	6,9		
Otros	-	-	37	31,9	37	31,9		
Total	-	-	116	100,0	116	100,0		

Fuente: Encuesta elaborada por la autora

*p< 0,05

En cuanto a los determinantes culturales como el estado civil de las gestantes que acudieron a la APN, el 72% refirió ser conviviente, de ellas, el 36,4% lo hizo en el I° trimestre, y un 35,6% de manera tardía. También, la religión no católica (50,8%) tuvo mayor influencia en la APN tardía (28%); en cambio, en la católica (49,2%), el mayor porcentaje (28%) si acudió prontamente a la APN. Asimismo, la idiosincrasia (por costumbre, desconocimiento del embarazo y otros), influye negativamente (83%) en la actitud de las gestantes para que acudan tempranamente a iniciar la APN.

Tabla 4. Posición socioeconómica e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019

Posición socioeconómica	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardía		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%				
Grado de instrucción								
Sin instrucción	0	0,0	4	1,7	4	1,7	X ² = 5,20	p= 0,158
Primaria	38	16,1	41	17,4	79	33,5		
Secundaria	54	22,9	50	21,2	104	44,1		
Superior	28	11,9	21	8,9	49	20,8		
Ingreso monetario mensual								
Menor al mínimo vital	94	39,8	87	36,9	181	76,7	X ² = 14,98	p= 0,001*
Mínimo vital	12	5,1	27	11,4	39	16,5		
Mayor al mínimo vital	14	5,9	2	0,8	16	6,8		
Ocupación actual								
Ama de casa	106	44,9	89	37,7	195	82,6	X ² = 27,69	p= 0,000*
Trabajador dependiente	0	0,0	21	8,9	21	8,9		
Estudiante	14	5,9	5	2,1	19	8,1		
Trabajador independiente	0	0,0	1	0,4	1	0,4		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100,0		

Fuente: Encuesta elaborada por la autora

*p< 0,05

En la tabla se evidencia que en los determinantes estructurales, como el grado de instrucción de las gestantes que acudieron para iniciar la APN, el 44,1% tuvo educación secundaria; de la cual, el 22,9% lo hizo en forma temprana y 21,2%, tardío. Asimismo, el ingreso monetario mensual de este grupo, el 76,7% percibía menos del mínimo vital; de ello, el 39,8% acudió tempranamente, más no así el 36,9% que fue tardíamente. En cuanto a la ocupación actual (82,6%), eran amas de casa; de las cuales 44,9% acudieron tardíamente y 37,7%, temprano.

Tabla 5. Circunstancias materiales e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019

Circunstancias materiales	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardía		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%				
Residencia								
Rural	100	42,4	104	44,1	204	86,4	X ² = 2,01	p= 0,156
Urbana	20	8,5	12	5,1	32	13,6		
Tipo de vivienda								
Vivienda unifamiliar	54	22,9	52	22,0	106	44,9	X ² = 0,01	p= 0,979
Vivienda multifamiliar	66	28,0	64	27,1	130	55,1		
Tenencia								
Alquiler	24	10,2	28	11,9	52	22,0	X ² = 0,61	p= 0,739
Cuidador/alojado	62	26,3	56	23,7	118	50,0		
Propio	34	14,4	32	13,6	66	28,0		
Energía eléctrica								
Si	106	44,9	103	43,6	209	88,6	X ² = 0,12	p= 0,912
No	14	5,9	13	5,5	27	11,4		
Fuente de agua para beber								
Acequia	0	0,0	2	0,8	2	0,8	X ² = 3,15	p= 0,370
Pozo	14	5,9	13	5,5	27	11,4		
Red pública	106	44,9	100	42,4	206	87,3		
Otros	0	0,0	1	0,4	1	0,4		
Tiempo de llegada al Centro de Salud								
< 1 hora	110	46,6	99	41,9	209	88,6	X ² = 4,18	p= 0,124
De 1 a 2 horas	10	4,2	14	5,9	24	10,2		
> 2 horas	0	0,0	3	1,3	3	1,3		
Medio de transporte								
Vehículo	96	40,7	101	42,8	197	83,5	X ² = 2,14	p= 0,144
Caminando	24	10,2	15	6,4	39	16,5		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100,0		

Fuente: Encuesta elaborada por la autora

En esta tabla, las condiciones materiales como determinantes intermedios, muestran que el 86,4% de gestantes residen en zona rural, de las cuales el 44,1% lo hizo tardíamente, y el 42,4% asistió tempranamente. En cuanto al tipo de vivienda asociado con el inicio de la APN, se encontró que el 55,1% era multifamiliar, de la cual el 28% lo realizó tempranamente, mientras que el 27,1% llegó tardíamente. También, el hallazgo referente a la tenencia de la vivienda, señala que el 50% estuvo como cuidadora o alojada, de ello, 26,3% fue de manera temprana, más no así el 23,7%. Además, el 88,6%

de gestantes, cuentan con energía eléctrica, de ello, el 44,9% acudió temprano a la APN, a diferencia del 43,6% que lo hizo tardíamente. De modo similar ocurrió con el acceso a la fuente de agua, en que ambos grupos (44,9 y 42,4%, respectivamente) lo reciben a través de la red pública de agua potable.

De acuerdo a los determinantes geográficos como tiempo de llegada al Centro de Salud, a la mayoría de gestantes les toma menos de una hora; sin embargo, tan sólo el 46,6% fueron a la APN lo más pronto posible, a diferencia del 41,9% que lo hizo tardíamente; a pesar que contaban con el servicio público de movilidad terrestre fluida (83,5%), un significativo 42,8% llegó tarde al inicio de la APN, más no así el 40,7%.

Tabla 6. Factores conductuales y biológicos e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019

Factores conductuales y biológicos	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardía		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%	nº	%		
Edad (años)								
Menor de 15	0	0,0	1	0,4	1	0,4	X ² = 2,64	p= 0,620
De 15 a 24	54	22,9	47	19,9	101	42,8		
De 25 a 34	50	21,2	53	22,5	103	43,6		
De 35 a 44	16	6,8	14	5,9	30	12,7		
Mayor de 45	0	0,0	1	0,4	1	0,4		
Paridad								
Nulípara	44	18,6	47	19,9	91	38,6	X ² = 20,66	p= 0,0001*
Primípara	30	12,7	28	11,9	58	24,6		
Múltipara	46	19,5	26	11,0	72	30,5		
Gran múltipara	0	0,0	15	6,4	15	6,4		
Estado nutricional (IMC)								
Bajo peso	24	10,2	3	1,3	27	11,4	X ² = 19,34	p= 0,0002*
Normal	50	21,2	64	27,1	114	48,3		
Sobrepeso	42	17,8	41	17,4	83	35,2		
Obesidad	4	1,7	8	3,4	12	5,1		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100		

Fuente: Encuesta elaborada por la autora

*p< 0,05

Teniendo en cuenta los determinantes conductuales y biológicos, con respecto a la edad de las gestantes que llegaron, para iniciar la APN, 43,6% fueron de 25 a 34 años, de las cuales 22,5% acudieron tardíamente y 21,2% lo hizo en el primer trimestre; evidenciándose que el 42,8% eran gestantes de 15 a 24 años, siendo el 22,9% de ellas, que concurren en el primer trimestre y el 19,9% de modo tardío. Asimismo, en cuanto a la paridad, el 38,6% eran nulíparas, de ello, el 19,9% acudió tardíamente, y el 18,6% lo realizó de manera temprana; así también, las múltiparas constituyeron el 30,5%, siendo el 19,5% que acudieron tempranamente a diferencia del 11% que asistió de manera tardía. Respecto al estado nutricional (IMC) de las gestantes en estudio, el 48,3% estuvo en condición de normal; de este porcentaje, el 27,1% acudió de modo tardío y el 21,2% lo hizo de manera temprana; notándose además un significativo 35,2% con sobrepeso.

Tabla 7. Factores psicosociales e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

Factores psicosociales	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardío		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%				
Apoyo psicológico								
Pareja	44	18,6	47	19,9	91	38,6	X ² = 25,93	p= 0,000*
Padres y hermanos	30	12,7	28	11,9	58	24,6		
Suegros	46	19,5	26	11,0	72	30,5		
Otros	0	0,0	15	6,4	15	6,4		
Gestación planificada								
Si	78	33,1	30	1,7	108	45,8	X ² = 36,40	p= 0,000*
No	42	17,8	86	36,4	128	54,2		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100,0		
Fuente: Encuesta elaborada por la autora							*p< 0,05	

Según los determinantes psicosociales como la gestación no planificada (54,2%) indica que el inicio de la APN, ocurrió tardíamente (36,4%) en contraposición del 17,8%, que fue temprano. Del mismo modo, el determinante apoyo psicológico que recibieron las gestantes que acudieron a la APN, se observó que el 38,6% fue de parte de su pareja, donde el 19,9% llegó tardíamente, en cambio el 18,6% lo realizó de manera oportuna.

Tabla 8. Sistema de salud e inicio de la atención prenatal. Centro de Salud Baños del Inca, 2019.

Sistema de salud	Atención prenatal				Total		Prueba Chi-Cuadrado	
	Temprana		Tardía		nº	%	Valor	p-value
	nº	%	nº	%				
Barreras de atención								
Servicio de admisión	0	0,0	5	2,1	5	2,1	X ² = 16,90	p= 0,001*
Servicio de emergencia	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Servicio de triaje	16	6,8	2	0,8	18	7,6		
Consultorio obstétrico	0	0,0	1	0,4	1	0,4		
Ninguno	104	44,1	108	45,8	212	89,8		
Total	120	50,8	116	49,2	236	100,0		

Fuente: Encuesta elaborada por la autora|

*p< 0,05

Respecto a las barreras en la atención a las gestantes, 89,8% indica que no las tuvieron; sin embargo, el 45,8% fueron gestantes que llegaron tardíamente para iniciar la APN, a diferencia del 44,1% que lo hizo de manera oportuna.

Entonces las barreras en la atención, tienen relación significativa ($p < 0,05$) con la APN, según la prueba del Chi-Cuadrado con 96% de seguridad.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Céspedes (24), quien indica que la mayoría de gestantes acude en el I° trimestre.

El MINSA, busca que toda gestante acuda tempranamente a realizarse la atención prenatal (I° trimestre), con el fin de hacer un estudio de carácter integral, preventivo; evitando así complicaciones materno perinatales, o recibir el tratamiento oportuno si el caso lo amerite. (39).

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Luego de tabular estadísticamente los datos, y dar como resultado la puntuación global de los DSS y su relación con el inicio de la atención de las gestantes que han acudido al Centro de Salud Baños del Inca durante el año 2019, se encuentran a las políticas públicas como determinante (Tabla 2), de la cual el indicador programa social señala que; el 72,9% no tiene acceso a ello, un 5,1% accede al programa social Juntos, 0,8% tiene Comedor Popular; asimismo, se evidencia que de este grupo las mujeres que acuden tardíamente en busca de APN, el 32,2% no tiene acceso a programas sociales, 12,7% accede a Vaso de Leche, mientras que 3,4% al programa social Juntos. Esta situación de percibir algún subsidio por parte del estado (programa social), no está siendo evidente en la población gestante, a pesar de su necesidad.

Asimismo en relación al tipo de seguro integral de salud, se muestra que el 75,8% ya cuenta con un seguro de salud previo al embarazo; así como, el 24,2% de la muestra, es asegurada temporalmente al momento que acude para la APN. Se evidenció además que de las gestantes que acudieron a partir del segundo trimestre de embarazo, el 15,7% ya contó con SIS previo, y 33,5% fueron aseguradas temporalmente al momento de su primera atención.

Entonces de acuerdo a los determinantes políticas públicas, tanto el programa social, y el SIS, tienen relación significativa ($p < 0,05$) con la APN, según la prueba del Chi-Cuadrado con 96% de seguridad.

Cáceres, et al. (68). En su estudio indicó que el inicio tardío de la APN se dio por la falta de afiliación a la seguridad social al inicio del embarazo; asimismo Meza (69), realiza un estudio, en el que concluye que existen factores de riesgo que conllevan a una APN inadecuada, como los sociales que indican falta de coordinación entre los servicios para la atención y gastos para exámenes no disponibles.

El acceso a los servicios de salud es una parte importante del derecho de las personas a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud. El contar con un seguro de salud, conlleva a la gestante que sus otros derechos humanos relacionados con su integridad no se vulneren y puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

En el centro de Salud Baños del Inca, toda gestante que inicia APN es afiliada (temporalmente) en el caso que no cuente con seguro previo, con el fin de tener la misma oportunidad de gratuidad respecto a las atenciones, tratamientos, entre otras actividades relacionadas al embarazo, parto y puerperio. A nivel nacional, según la ENDES 2019 (48), respecto a las mujeres en edad fértil el 73,6% tiene algún tipo de seguro, de zona urbana (70,9%) y la rural (86,2%).

En relación a los determinantes cultura, y valores (Tabla 3), se puede evidenciar que el estado civil de las gestantes que acuden para su primer control prenatal, el 72% refiere ser conviviente, de las cuales el 35,6% acude tardíamente; de las solteras (14%), el 8,9% lo hace tardíamente, de las casadas (13,1%), el 3,8% acude a partir del segundo trimestre de gestación.

Estos datos se relacionan a los encontrados por Rodríguez y col.(18), en el que concluye, que son los determinantes socioculturales los que afectan la accesibilidad del inicio oportuno a la APN.

Según los resultados del Censo 2017 (70), el número de estado civil conviviente se ha incrementado progresivamente, la información encontrada difiere a lo reportado por INEI en la que señala que el 36,6% de la población femenina peruana son solteras, seguido del 31,7% que son conviviente (48).

El estado civil o conyugal es la situación que tienen las personas de acuerdo con las leyes o costumbres del país en función del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes dentro de la sociedad.

Con respecto a la religión de las gestantes que acudieron tardíamente para iniciar APN en el Centro de Salud Baños del Inca, se muestra que el 50,8% corresponde a la no católica, de los cuales el 28% lo hizo tarde; en el caso de la religión católica (49,2%), el 21,2% lo inició a partir del segundo trimestre de gestación. La religión siempre ha determinado de manera favorable o desfavorable en ciertos casos en la salud de las mujeres en edad fértil, eso se ve reflejado en los quehaceres diarios del contacto con el paciente durante su atención.

Entre el estado civil y la APN se ha determinado que existe relación significativa ($p < 0,05$), según la prueba del Chi-Cuadrado con el 96% de seguridad.

En cuanto a la idiosincrasia de las gestantes que acuden tardíamente a iniciar la APN; el 15,7% lo hace debido a que trabajaba, vivía en otras ciudades, etc; seguido del 14,8% que desconocía del embarazo, un 12,7% refiere que por costumbre acude a partir del segundo trimestre, el 3,4% indica que no tenía con quien dejar a sus hijos; así como no había quien cuide a sus animales domésticos.

Los datos se relacionan a los encontrados por Miranda (72). En su estudio concluyó que las gestantes que no asistían a la APN citaron como razones a lo siguiente: porque deben hacer mucho trámite, haber perdido la cita, creen no necesitar la APN ya que habían tenido hijos sin problemas y además indican que es muy temprano para iniciarlo. Así también, Reyes y Siccos (73), en el estudio indican que los determinantes que conllevan a que las gestantes tengan una APN inoportuna fueron la falta de información sobre APN y el poco conocimiento sobre la importancia de acudir a una primera atención oportuna. Además, Machado (14), concluyeron que existen factores personales relevantes como: desmotivación por el estado anímico, problemas familiares y de pareja (92,9%). En los sociales se encuentra: el poco apoyo emocional de la familia y pareja (47,6%), y en los institucionales: las gestantes perciben no recibir preparación física para el parto (74,7%) (14). Del mismo modo, Poffald, et al (74), analizaron las barreras y facilitadores de acceso a la APN en adolescentes, como resultado se tuvo que la

negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para ingresar a la atención en el grupo de acceso tardío, no se identificaron facilitadores. Para mantenerse en control, todas las participantes identifican como facilitador contar con una figura de apoyo. La vulnerabilidad familiar y social explica que algunas adolescentes ingresen a control tardíamente (15) .

Es importante que la primera APN se realice en el I° trimestre de embarazo para detectar diferentes situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante los periodos posteriores, sólo así se podrá reducir la morbilidad materna perinatal a nivel regional y mundial en definitiva. Asimismo el de perseguir objetivos del desarrollo sostenible

Respecto a los determinantes estructurales socioeconómicos (Tabla 4), para el caso de grado de instrucción, (44,1%), son mujeres con secundaria en su mayoría incompleta, no distando de las que cursaron sólo el nivel primario.

Con respecto al ingreso monetario mensual de la población en estudio, en su mayoría tuvieron un ingreso menor al mínimo vital (76,7%), del cual acudieron en mayor porcentaje, durante el primer trimestre de gestación.

Se muestra además que las gestantes que acudieron para la APN, en su mayoría fueron amas de casa (82,6%), que en mayor proporción acudieron en el I° trimestre de gestación; además, de trabajar de manera dependiente, o ser estudiante, por la misma condición del embarazo; pues la mayoría ha elegido dedicarse a las labores del hogar; que en definitiva no percibieron ingresos económicos por su trabajo, información que coincide con lo que señala la ENDES 2019 (48) .

Determinándose además, que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre el ingreso monetario mensual, y la ocupación actual, con la APN, según la prueba del Chi-Cuadrado, con el 96% de seguridad.

De acuerdo a los resultados anteriores Cáceres et al. (40), señala que la baja escolaridad es determinante para el inicio tardío de la APN (68); asimismo Rodríguez y col. (18), indican que son las barreras económicas uno de los determinantes de salud asociados con mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales (75); además Marrugo (17), indica que los determinantes como la riqueza, educación tienen impacto sobre el uso de los servicios de APN, también, indicó que las diferencias en el número de atenciones en el embarazo son significativas según la posición socioeconómica del hogar, indicando que las mujeres que pertenecen a quintiles más altos, tienen mayor probabilidad de acceder a un número óptimo de controles.

Además, guarda relación con el censo 2017 (70); pues el departamento de Cajamarca registró altos indicadores de 15 y más años de edad que equivale a 19,3% que alcanzaron estudiar algún grado de educación primaria (37,2%), ubicándolo en el segundo lugar después de Amazonas (70); a nivel nacional la población ha tenido mayor acceso a estudios secundarios (76); también, hay similitud con los estudios encontrados por Rondón (23), concluyendo que, entre las gestantes con APN tardío, el 39% tienen secundaria completa.

Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que, aparte de constituir una sobrecarga de actividad, con las obligaciones que demanda la marcha del hogar, en la que no pueden descuidarse, influye en el desarrollo de hijas e hijos, en la integración del hogar, relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer. Sin embargo, la medición del empleo de las mujeres ofrece dificultades porque algunas ocupaciones que realizan no son percibidas como trabajo y no son reportadas, especialmente cuando se trata de trabajos agrícolas en la parcela familiar, negocios familiares o en el sector informal para evitar la subestimación del empleo según lo que indica la ENDES 2019 (48).

Los determinantes estructurales, constituidos por aspectos relacionados con la estructura de la sociedad, determinan las desigualdades en salud; es decir, son aspectos que pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, mayores oportunidades para recuperar o mantener la salud. Ambos dependerán de la posición social, pues grupos sociales con mayor acceso a recursos materiales, sociales, educacionales, entre otros, pueden presentar contextos menos vulnerables o con mayores posibilidades para recuperar o mantener la salud perinatal, cabe señalar que el distrito de Baños del Inca según fuente INEI se ubica en el quintil 2 de pobreza a nivel regional (35).

En la Tabla 5, respecto a la residencia, como determinante intermedio, se ha evidenciado que son las gestantes que habitan en zona rural las que priman, y acuden de manera proporcional para iniciar la APN, independientemente del trimestre de embarazo.

Asimismo, en el tipo de vivienda de la muestra en estudio, se encontró que habita en hogar multifamiliar, bajo la tenencia de cuidador o alojado; esta variable permite distinguir si en la vivienda habita una o más de una familia (familias allegadas), la cual alberga a la gestante, por ser el espacio físico en donde se desenvuelven las actividades familiares y sociales de los miembros que conforman un hogar, influenciando para el inicio de la APN, ya sea oportuna o en su defecto a partir del II° o III° trimestre de gestación.

La disposición y acceso a los servicios básicos como agua, electricidad y servicio de alcantarillado para la eliminación de excretas, se encuentra asociada con mejores condiciones de vida de la población, y énfasis en las gestantes, entendiéndolo como los seres más vulnerables en esa etapa de vida. En el estudio se muestra que la mayoría de gestantes tienen acceso a servicios básicos como éste. Dichos resultados son similares a los reportados por el INEI 2018 (70), señalando que a nivel nacional, el 95,3% de las viviendas tenían acceso a este servicio y constituye una tendencia de incremento

respecto al año 2013; indica además, que según el área de residencia los hogares más beneficiados fueron los del área urbana, respecto a la rural (70), recalcando que el agua que consumen es entubada, que en ciertos casos no reúne los requisitos para el consumo humano, visualizándose esa desigualdad social en las gestantes que para el siglo XXI no debería ya presentarse.

Según el INEI 2018 (70), en los últimos cinco años, se aprecia que la proporción de viviendas que cuentan con fuente de agua para beber por red pública a nivel nacional no tuvo variación significativa; sin embargo, en el área rural hubo una variación importante de este servicio.

El nivel de la salud, la enfermedad de una población depende del desarrollo económico, avances médicos, prestaciones de atención sanitaria; pues es evidente que se siguen descubriendo inventos científicos en salud; sin embargo, las desigualdades de los individuos en esta materia van aumentando paulatinamente, y eso no se produce al azar, sino debido a determinantes que conllevan una mala salud (77), pudiendo concluir que las desigualdades sociales pueden tener relación directa con aquellas que se presentan en lo concerniente a salud.

La situación sanitaria se ve afectada por la combinación de determinantes que varían según los países y distribución de los grupos de población, dentro de ellos están la ubicación geográfica, medio ambiente, urbanismo, tipos de vivienda, pautas laborales, desempleo. Estas diferencias se reflejan en la salud de la población dependiendo de dónde habiten, si en zonas urbanas o rurales, si en la periferie de las ciudades o en países desarrollados o en vías de desarrollo. Algunos sociólogos y epidemiólogos consideran que el lugar de residencia es un determinante muy importante aún con independencia de la situación económica individual, pues quien vive en lugares con privaciones materiales (peores recursos, servicios, comodidades, medio ambiente) presentan malos indicadores de salud (77).

De la población en estudio, el mayor número (88,6%) vive a una distancia menor de una hora, iniciando a temprana edad gestacional sus atenciones; por el contrario las mujeres que viven a más de 2 horas de distancia al centro de salud, todas llegaron tardíamente para la APN. Con respecto al medio de transporte, el más utilizado por las gestantes es el vehículo motorizado, aunque en una menor proporción lo hacen caminando, que son generalmente las que viven en la zona urbana del distrito, en estos dos últimos casos a pesar de tener fluidez automovilística para el transporte, al centro de salud, acuden tardíamente para su primera APN, ello refleja el poco interés por los cuidados prenatales integrales del binomio, o tal vez la falta de conocimiento de la gestación.

Indicando que no se encuentra relación significativa entre las circunstancias materiales como determinante intermedio con el inicio de la APN.

Información que guarda relación con los estudios de Rodríguez (18), en la que indicó que son las barreras geográficas las causantes de la inoportuna APN; también, con Reyes (21), en la que refieren que existen limitantes como es el acceso al establecimiento de salud, demorando más de dos horas para llegar; asimismo, Oliva (78), indica que la distancia al C.S condiciona el inicio para la APN.

En relación a la edad de las gestantes (Tabla 6), que acuden al Centro de Salud Baños del Inca para iniciar APN, se evidenció que son de 25 a 34 años, 15 a 24 años, y de 35 a 44 respectivamente que acudieron en mayor proporción para sus atenciones según trimestre de embarazo, sin haber mucha diferencia con los que acuden respecto al inicio oportuno o tardío.

Estos datos se relacionan a los encontrados por el INEI 2018 (70), en la población femenina de 15 a 49 años de edad, pues es una población relativamente joven potencialmente reproductiva.

La edad de las mujeres que comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes en la fecundidad de la población. Según ENDES

2019 (48), a nivel nacional en el año 2017 - 2018, las tasas de fecundidad por edad, en promedio fueron relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 40 años de edad. Asimismo en el área urbana, la fecundidad alcanza su mayor nivel en el grupo de 25 a 29 años de edad y conjuntamente con los grupos de 20 a 24 años y 30 a 34 años, aportan el 68,3% a la fecundidad total urbana. En cambio, en el área rural, la fecundidad por edad muestra su mayor nivel en las mujeres de 20 a 24 años, si además se adiciona los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, el aporte a la fecundidad rural de las mujeres de 20 a 34 años que fue de 64,5% (70).

Desde mediados de la década de los noventa, en las acciones de la lucha contra la pobreza, se tomó en consideración el comportamiento demográfico, dando prioridad a la atención de las madres gestantes y lactantes. La reducción de la fecundidad, constituye entonces una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

En nuestro país, por varios quinquenios, la edad mediana al nacimiento de la primera hija o hijo, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, se ha mantenido casi constante, en alrededor de 22 años. Actualmente según los resultados de las Encuestas 2017-2018, se estima en 22,3 años. A esto se suma los embarazos a muy temprana edad que forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de madre soltera.

La edad a la primera unión (matrimonio o convivencia) está estrechamente relacionada con el inicio de la vida sexual y reproductiva. Tiene por lo tanto un efecto importante sobre la fecundidad, porque cuanto a menor edad que forma pareja la mujer, mayor será

su tiempo de exposición al embarazo y potencial reproductivo, a lo largo de su vida. En condiciones extremas, sin uso de anticonceptivos, se ha estimado que la tasa de fecundidad natural puede llegar a 15 hijas/hijos por mujer, si la unión se da en la menarquia y se extiende por el resto de la vida reproductiva (48).

En relación a la paridad de las gestantes que acuden para APN, el 38,6% son nulíparas, 30,5% multíparas, seguido de las primíparas, gran multíparas respectivamente, acudiendo tempranamente en mayor proporción del grupo de estudio.

El alto número de las gestantes nulíparas que acuden tarde para iniciar APN, puede estar supeditado al desconocimiento u ocultamiento del embarazo, subestimar la importancia de la APN, ser madre soltera, adolescente, con violencia psicológica y sexual, falta de acceso a los servicios obstétricos, y en el caso de las multíparas, que a pesar de tener conocimiento previo de la gestación, puede deberse a que hay también la responsabilidad del cuidado de los demás hijos, quehaceres domésticos, entre otras actividades.

Del mismo modo, el estado nutricional (IMC) de la muestra en estudio (Tabla 6), se evidenció que tanto la condición normal y sobrepeso representaron a la mayoría de casos, sumado a ello, que acudieron en su mayoría tardíamente para iniciar la APN.

Las embarazadas deben tener buen estado nutricional para que el desenlace de su embarazo sea positivo. Las mujeres cuyo estado nutricional es deficiente en el momento de la concepción tienen mayor riesgo de enfermar y morir; su salud depende en gran medida de la disponibilidad de alimentos y, por tanto, es poco probable que puedan responder al aumento de las necesidades de nutrientes durante el embarazo. La baja estatura e índice de masa corporal de la madre tienen efectos negativos independientes en los resultados del embarazo (45).

Sin embargo, con frecuencia los hábitos dietéticos de la población gestante se alejan mucho de las recomendaciones de los expertos en nutrición. Esto es así, en buena

medida porque se vive en un entorno de superabundancia, con amplia disponibilidad de productos alimentarios ultraprocesados (pobres en nutrientes esenciales y con alto contenido en energía, azúcares, grasas de mala calidad y sal) a bajo precio, junto con estrategias de marketing intensivas para promocionar su consumo.

En la tabulación estadística de los factores conductuales y biológicos como la edad, paridad y estado nutricional, se evidenció que tienen relación significativa ($p < 0,05$) con la APN, según la prueba del Chi-Cuadrado con 96% de seguridad.

En el caso de los factores psicosociales (Tabla 7); el apoyo que recibieron las gestantes, se evidenció que en su mayoría fue de parte de la pareja, suegros, padres y hermanos, respectivamente, a pesar de ello, un gran número acuden de manera tardía a iniciar APN, pues esto posiblemente debido a que son gestantes que no planificaron el embarazo.

Datos que guardan similitud a los encontrados por Cáceres (68), el cual señala que hay factores protectores para el inicio oportuno de la APN: Como el recordar la fecha de última regla y tener pareja estable (68); además, Poffald, et al. (74), en su estudio, identificaron como motivo para que las gestantes ingresen a control tardíamente a que estas no contaban con una figura de apoyo, estando así sujetas a vulnerabilidad familiar y social. Asimismo, Meza (69), concluye que existe factores de riesgo que conllevan a una APN inadecuada, notándose así en los factores personales (en el que hubo poco apoyo de la pareja y la dificultad del cuidado de sus hijos).

Sin embargo difieren a los encontrados por Machado (14), el cual concluye que existen factores personales relevantes como: desmotivación por el estado anímico, problemas familiares y de pareja (92,9%). En los sociales, como el poco apoyo emocional de la familia y pareja (47,6%), que influye durante la gestación.

Dentro de los factores psicosociales; tanto el embarazo planificado y el apoyo psicológico, tienen relación significativa ($p < 0,05$) con la APN, según la prueba del Chi-Cuadrado con 96% de seguridad.

El embarazo es una etapa de la mujer, cuyo sentido se conforma con las familias, costumbres, información proporcionada por diversos actores sociales, desde madres, suegros, personal de salud lo que hace que buena parte del proceso reproductivo sea multideterminado y con alto grado de cuidado, en esta etapa a la mujer se le confiere un significado en donde las emociones se mezclan y puede ser un proceso que se espera con ilusión, amor, alegría; pero que fácilmente se puede convertir en una pesadilla que se vive con dolor y sufrimiento, que incluso puede desencadenar en muerte.

El no planificar una gestación por parte de la pareja trae consecuencias ya sea de sorpresa, adaptación o rechazo al producto de la concepción, y por tanto, acudir de manera no oportuna a iniciar la atención integral prenatal como debería esperarse. El informe sobre el estado de población mundial en el 2000, realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, estima que un tercio de los embarazos (80 millones por año) son o bien no deseados o inoportunos, y considera que los factores sociales y culturales, inclusive las normas de género condicionan las intenciones de las mujeres en materia de reproducción; es decir, el número de hijos que desean y espaciamiento necesario. Que de hecho si las mujeres pudieran tener el número de hijos deseados la tasa global mundial disminuiría (77).

En lo concerniente al sistema de salud como determinante de las gestantes en estudio (Tabla 8), el indicador barreras de atención señala que, de las 236 gestantes que acuden para iniciar la APN; el 89,8% manifiesta no haberlo tenido (acudieron tardíamente 45,8%), mientras que el 7,6% lo tuvo en el servicio de triaje (asistieron tarde 0,8%); seguido del 2,1% en el servicio de admisión (2,1% acudieron tardíamente).

Entonces el sistema de salud como determinante, tiene relación significativa ($p < 0,05$) con la APN, según la prueba del Chi-Cuadrado con el 96% de seguridad.

A más de 40 años de la Declaración de Alma Ata, que impulsó los valores del derecho a la salud, equidad y solidaridad, y reconocimiento a la atención primaria de salud como un enfoque estratégico en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, aún en las Américas sigue siendo una de las regiones más inequitativas del mundo. Hay avances importantes desde entonces, pero aún persisten profundas brechas entre los países y al interior de los mismos, situación que no es ajena a la jurisdicción de Baños del Inca y región Cajamarca; por lo que se debe dar mayor énfasis a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, reducir la segmentación y fragmentación de los servicios de salud, resguardar las condiciones laborales del personal de salud, incluir nuevas tecnologías e innovación, y mejorar la regulación del Estado para la construcción de sistemas de financiamiento que promuevan la solidaridad.

CONCLUSIONES

1. El inicio de la atención prenatal, en gestantes que acuden al Centro de Salud Baños del Inca durante el año 2019 resultó que el 50,8% lo hizo temprano; más no así el 49,2%, que fue tardío; de este grupo el 40,7% lo realizó en el II° trimestre y 8,5% en el III°.
2. Se comprobó la hipótesis que existe relación significativa entre los determinantes sociales de salud y el inicio de la atención prenatal.
3. En el caso de los determinantes estructurales que tienen relación significativa con el inicio de la APN se encontró a: programas sociales, seguro integral de salud, estado civil, ingreso monetario mensual, y la ocupación.
4. Respecto a los determinantes intermedios, que tienen relación significativa con el inicio de la APN, se encontró a: la paridad, estado nutricional, apoyo psicológico, gestación planificada, y a las barreras de atención.

RECOMENDACIONES

- El CPN es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención.
- Al Director de la DIRESA- Cajamarca, brindar el apoyo necesario para que sus trabajadores puedan tener acceso a la capacitación permanente.
- Al Colegio Regional de Obstetras, desarrollar un plan educativo sobre la APN con enfoque de los DSS. Para hacer efectiva esta recomendación se sugiere aplicar campañas masivas en los medios de comunicación, consejerías, sesiones informativas, jornadas de salud, y revisión de materiales de contenido educativo.
- A la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca- Mención Salud Pública, a seguir fomentando la investigación en aras de mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- A la dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, fomentar el desarrollo de la investigación sobre los DSS, mediante el abordaje de otras variables, que incidan en la atención materna, y que posteriormente se constituyan en referentes para plantear abordajes en la mejora del problema de salud.
- Al comité de calidad del Centro de Salud Baños del Inca, desarrollar estudios similares, y a través de los resultados poder aplicarlo en el ámbito de la salud materna, con el fin de lograr una APN oportuna y de calidad; asimismo que todo el personal de salud tenga una capacitación, y evaluación constante acerca de la salud materna, con enfoque de los DSS, bajo los lineamientos de las normas del MINSA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev. Cub. de Salud Pub. [Internet]. 2010. [Citado el 05 de noviembre 2019]; 24(1):101-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001512?via%3Dihub>
2. Dominguez M. Monografía sobre los determinates sociales de la salud [Internet]. España: Universidad de Cantabria, 2012 [citado 2 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/855/DominguezSantamariaM.pdf?sequence=1>
3. Piña E. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. Rev. Publicando [Internet]. 2020 [Citado 7 octubre 2020]; 7(26):54-62. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136>
4. Maldonado M, Medina O. Apoyo social y marginación como determinantes de la atención prenatal en mujeres con seguridad social en México. GMM [Internet]. 2018 [citado 27 de diciembre de 2020]; 154(2):600. Disponible en: http://gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=124
5. Foro Global sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición. Mujeres rurales: luchando por lograr impactos transformadores de género [Internet]. Italia: Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura, 2017 [citado 26 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-bs946s.pdf>
6. Rivera L, Burgos M, López N, Gomez J, Moquillaza V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 25]; 79(2): 131-137. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-5583201800200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>.
7. Derksen- Hiebert C. Objetivos de desarrollo sostenible (ODM) al 2030 [Internet] República Dominicana: World vision international, 2015 [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.wvi.org/es/dominican-republic/article/objetivos-de-desarrollo-sostenible-odm-al-2030>

8. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Ginebra: OMS, 2016 [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
9. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsana las desigualdades de una generación [Internet]. Ginebra: OMS, 2008 [citado 1 de enero de 2020]. 40 p. (WHO/IER/CSDH; vol. 1). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1
10. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS, 2013. p. 3. [citado 1 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/
11. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev. Panam. de Salud Pública, 2007;11(5-6):316-26.
12. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. [Internet] Columbia: OPS Salud en las Américas, 2011;1-9. [citado 1 de enero de 2020] Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es
13. Padrón- Santos H. Los Determinantes Sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev. Cub. de Salud Pública. 2010. p. 136-44.
14. Machado S, Molinres A, Urzola L, Valdés M. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016- 2017 [Tesis de grado] Colombia: Universidad de Sucre; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/637/1/T618.32%20F%20142.pdf>
15. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, et al. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes. México: Salud Pública de México, 2013;55(6):572-9.

16. Cáceres F, Ruiz M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2018 [Citado el 20 de mayo 2020]; 69(1):22. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3034>
17. Marrugo C, Moreno D, Salcedo F, Marrugo V. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. [Internet] 2015 [Citado el 13 de diciembre de 2020] Volumen 6 No.1. p. 13-21. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3025
18. Rodriguez F, Jimenez W, Jimenez C, Coral A, Ramirez P. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2014;13(27):206-21. [Citado el 13 de diciembre de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a13.pdf>19. Universidad de Sucre, Miranda Mellado C. Factors of capacity associated with the right use of prenatal control Sincelejo (Colombia). *sun*. 15 de noviembre de 2016;32(3):436-51.
19. Mellado M. Factors of capacity associated with the right use of prenatal control Sincelejo (Colombia) [Internet] Colombia: Universidad de Sucre, 2016. [Citado el 10 de enero 2021] 32(3):436-51. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522016000300008
20. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Med. Herediana [Internet]. octubre de 2011 [citado 18 de noviembre de 2020];22(4):159-60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Reyes A. Razones del inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Chinchero, Cusco 2016 [Tesis de grado] Cuzco: Universidad Andina del Cuzco; 2017. Disponible en: http://190.119.204.72/bitstream/UAC/1159/3/Tahani_Alison_Tesis_bachiller_2017.pdf
22. Angari L. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha. [Internet] Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2018 [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4>

147/fomentando_el_inicio_temprano_del_control_prenatal_en_gestantes_angari_mendez_lorena.pdf?sequence=4

23. Pérez A. Control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del puesto de salud cono norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna [Internet]. Tacna: ALICIA, 2015. Disponible en: <https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Author/Home?author=Rondón+Pérez%2C+Ayde>
24. Vásquez C. Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de salud la Tulpuna -Cajamarca, 2018 [Tesis de grado] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. [citado el 21 de noviembre 2020] Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Acevedo G, Martínez D. La Salud Y Sus Determinantes. La Salud Pública y La Medicina Preventiva. Manual de Medicina Preventiva y Social I. 2014;1:1-14.
26. Martínez-Valle A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. Rev Panam Salud Pública. 2014;35(4):264-9.
27. Pérez A, Fariñas A, Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Vol. 33, Revista Cubana de Salud Publica. 2007.
28. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del pr.pdf [Internet] 2012 [citado 4 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>
29. Gómez M. Contexto del Sistema de Salud: Determinantes de la Salud. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio en los sistemas de salud. 2004;1-18.
30. Hernández L, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev salud pública [Internet]. junio de 2017 [citado 2 de marzo de 2021];19:393-5. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/>
31. OPS/OMS. Determinantes sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet] Columbia: OPS, 2018 [citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

32. Agüero M. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Editorial de la Ministra de Salud. 2009. p. 71-3.
33. Revista Peruana de Epidemiología. Los determinantes sociales de la salud. 2014 [internet] Perú, 2014 [citado 2 de marzo de 2021];18:6. Disponible en: https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/publicaciones/determinantes_sociales_salud.pdf
34. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria [Internet]. octubre de 2008 [citado 2 de marzo de 2021];22(5):465-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Escuela Andaluza de Salud Pública. Determinantes estructurales [Internet] Andalucía: Rev. Salud pública, 2015. [Citado el 01 de enero 2021] p. 1. Disponible en: <http://www.easp.es/crisis-salud/impacto-en/determinantes-estructurales>
36. OMS. Determinantes sociales de la salud en Perú [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016. [citado 20 de enero de 2019] p. 12. Disponible en: <https://www.paho.org/per/>
37. Caja costarricense de seguro social. Promoción, prevención y educación para la salud. [Internet] Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS), 2013 [Citado el 21 sep 2019] 1:171. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/695/AISmodulo2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud. I ed. Perú: Organización Panamericana de la Salud, 2005. 84 p.
39. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. [Internet]. Vol. 1. Perú; 11:41:19 UTC [citado 30 de agosto de 2019]. 61 p. Disponible en: <https://es.slideshare.net/magnate1/rm827-2013-minsa>
40. Cáceres F. Significado de la maternidad para embarazadas y miembros del equipo de salud de Bucaramanga [Internet]. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública. Vol 30. 2012 [citado 14 de enero de 2015]. p. 30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30s1/v30s1a11.pdf>

41. Ministerio de Salud. Manual de usuario historia clínica electrónica primer nivel- Atención prenatal [Internet]. 2019 [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/sihce/manuales/MU_ATENCION_PRENATAL.pdf
42. Diario El Peruano. Ley que crea el registro nacional de historias clínicas electrónicas [Internet]. Lima; 2013 [citado 9 de mayo de 2021]. (Normas legales). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/269432/240527_Ley_30024.pdf
43. Ministerio de Salud. Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa. MINSA; 2019.
44. Minsa. Norma técnica para la atención integral de salud materna. En: Norma técnica de Salud N° 105. Ministerio. 2012; 2012. p. 59.
45. Cunningham. Obstetricia de Williams. 24ª Edición. 25ª. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2019
46. MINSA. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad [Internet]. 2011. Perú: MINSA, 2011. [Citado el 01 enero 2021] Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/resoluciones_minist_riales/2011/02112011_RM464_2011_MINSA.pdf
47. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva [Internet]. World Health. 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2019 [Internet]. Vol. 1. Lima; 2018 [citado 25 de abril de 2021]. 128 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap001.pdf
49. Schwarcz. Obstetricia - Schwarcz. 6ª Edición. Argentina: El ateneo; 2009.
50. Cáceres F de M. Significado de la maternidad para embarazadas y miembros del equipo de salud de Bucaramanga [Internet]. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol 30. 2012 [citado 14 de enero de 2015]. p. 30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30s1/v30s1a11.pdf>

51. Fernández J, Zapata F. Mortalidad materna indirecta y el control prenatal. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA [Internet]. 24 de octubre de 2019 [citado 9 de mayo de 2021];12(2):180-1. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/517>
52. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. marzo de 2018 [citado 9 de mayo de 2021];44(1):1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2018000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Columbia: International Journal of Obstetrics and Gynaecology BJOG, 2018. Vol. 124. p. 15
54. Hernández A, Vargas R, Bendezu G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 26 de agosto de 2019 [citado 9 de mayo de 2021];36:178-87. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/178-187/es/>
55. Ascarza L. Emergencia desatendida: las muertes maternas aumentan en el Perú [Internet]. Salud con lupa. 2021 [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/la-vida-de-nosotras/emergencia-desatendida-las-muertes-maternas-aumentan-en-el-peru/>
56. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 14 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
57. Estado Peruano. Constitución política del Perú [Internet]. 1993 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0001/1-constitucion-politica-del-peru-1.pdf>
58. Ministerio de salud. LEY N° 26842: Ley general de salud [Internet]. 1997 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/LEYN26842.pdf>
59. Estado Peruano. Ley de protección a favor de la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto [Internet]. 2003 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www2.>

congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/82720084F28E02D205257E28006F1B38/\$FILE/8_LEY_28048_01_08_2003.pdf

60. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud [Internet]. informativa. 2010. Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000004015_pdf.pdf
61. Diario oficial el Peruano. Ley que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso-LEY-N° 30367 [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-protege-a-la-madre-trabajadora-contr-el-despido-arb-ley-n-30367-1315977-1/62>.
62. Himilce M. Protección de la salud materna: conceptos y legislación comparada sobre los periodos de carencia en los sistemas de seguridad social [Internet]. Lima; 2016 feb [citado 24 de abril de 2021] p. 15. (Informe Temático N° 27/2015-2016). Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/57%C7185A933784F05258041006FFA3F/\\$FILE/26_INFTEM27_2015_2016_protecci%C3%B3n_salud_materna.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/57%C7185A933784F05258041006FFA3F/$FILE/26_INFTEM27_2015_2016_protecci%C3%B3n_salud_materna.pdf)
63. Diario Oficial El Peruano. Ley que amplía las medidas de protección Laboral para mujeres gestantes y madres lactantes en casos de emergencia nacional sanitaria [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/ADLP/Normas_Legales/31051-LEY.pdf
64. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra: OMS, 2009. Resolución WHA 6214. p.1-5.
65. Avila M. Hacia una nueva Salud Pública : Determinantes de la Salud [Internet]. Acta Médica Costarricense. 2009. [Citado el 12 de octubre 2020] p. 71-3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/434/43411939002.pdf>
66. Chipia J. Validez y confiabilidad [Internet]. Venezuela: Universidad de los Andes Mérida, 2011. 19:52:28 [citado 7 de septiembre de 2019] Disponible en: <https://es.slideshare.net/JoanFernandoChipia/validez-y-confiabilidad-70453164>
67. González A, Pazmiño S. Calculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles

escalas tipo likert. Open access repository [Internet] 2015 [Citado el 12 de octubre 2020] 2(1), 62-67. Disponible en: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/42382/ssoar-revpublicando-2015-1-gonzalez_alonso_jorge_et_alCalculo_e_interpretacion_del.pdf?sequence=1

68. Cáceres F, Ruiz M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 28 de marzo de 2018 [citado 30 de agosto de 2019];69(1):22. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3034>
69. Meza S. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino 2017 [Tesis de grado] Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017 [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2783/meza_dsn.pdf?sequence=3&isAllowed=y
70. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2019 [Internet]. Vol. 1. Lima; 2020 [citado 25 de abril de 2021]. 128 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap001.pdf
71. Instituto nacional de estadística e informática. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. Lima; [citado 28 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
72. Universidad de Sucre, Miranda Mellado C. Factors of capacity associated with the right use of prenatal control Sincelejo (Colombia). sun [Internet]. 15 de noviembre de 2016 [citado 30 de agosto de 2019];32(3):436-51. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9138/9744>
73. Guardapucl A, Quispe T. Razones del inicio tardío de la atención pre natal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Chinchero Cusco 2016. :96.
74. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, María G, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud Publica Mex [Internet]. 7 de noviembre de 2013 [citado

8 de noviembre de 2020];55(6):572. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7303>

75. Rodríguez F, Jiménez W, Jiménez C, Coral Á, Ramírez P, Ramos N. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. RGYPS [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 30 de agosto de 2019];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsa/article/view/11968>
76. MINSA. Modelo de atención integral basado en la familia y comunidad. 2011 [Internet] 2011 [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1617.pdf>
77. Bleda J. Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. [Internet] 2006 [citado 29 de diciembre de 2019];(7):149-60. Disponible en: <https://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/241>
78. Oliva V. Factores asociados al inicio tardío de La atención prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha [Internet]. [Lima]: Universidad Científica del Perú; 2016 [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/352659988/0014-Oliva-Wong-Vivian-Katherin-Factores-Asociados-Al-Inicio-Tardio-de-La-Atencion-Prenatal-en-Gestantes-Adolescentes-Atendidas-en-El-Centro-de-S>

ANEXOS

Anexo 1. Resultados de los jueces expertos

Experto	Porcentaje
Dra. Sara Palacios Sánchez	80,0%
Dra. Marleny Bardales Silva	92,0%
Dra. María Inés Huamani De Torres	100,0%
Total	90,7%

CUADRO DE PUNTUACIÓN

Puntaje	Interpretación de la Validez
de 0 a 60	Inaceptable
> a 0.60 y ≤ a 0.70	Deficiente
> a 0.70 y ≤ a 0.80	Aceptable
> a 0.80 y ≤ a 0.90	Buena
> a 0.90	Excelente

(66)

Anexo 2. Resultados de la prueba piloto

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:
DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS
AL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL.
C.S. BAÑOS DEL INCA, 2019**

ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	10	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,825	21

(45)

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO

TÍTULO: DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS AL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL. C.S. BAÑOS DEL INCA, 2019.

Con el fin de analizar los determinantes sociales de salud relacionados al inicio de la atención prenatal en el Centro de Salud Baños del Inca durante el año 2019, se solicita que responda con toda la sinceridad las preguntas que a continuación encontrará y así brinde información muy importante en esta investigación, muy útil para mejorar la calidad de atención materna.

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

Lugar y fecha.....

II. DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES

A. POLÍTICAS PÚBLICAS

1. Seguro integral de salud

a. SIS temporal b. SIS

2. Programa social

a. Comedor popular c. Juntos
b. Vaso de leche d. Otros

B. CULTURA Y VALORES

3. Estado civil

a. Soltera c. Conviviente
b. Casada d. Otros

4. Religión

a. Católica b. No católica

5. Idiosincrasia

a. Por costumbre d. subestima la APN
b. Esposo se opone e. otros
c. Familia discrepa f. Desconocía del embarazo

C. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

6. Nivel educativo

a. Sin instrucción c. Secundaria
b. Primaria d. Superior

7. Ocupación actual

a. Ama de casa c. Trabajador independiente
b. Trabajador dependiente

8. Ingreso económico mensual de su hogar

a. Menor al mínimo vital c. Mayor al mínimo vital
b. Mínimo vital

III. DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS

D. CIRCUNSTANCIAS MATERIALES:

9. Residencia:

a. Rural b. Urbano

10. Tipo de Vivienda:

• Tipo:
a. Vivienda unifamiliar c. Otros
b. Vivienda multifamiliar

• Tenencia:

- a. Alquiler c. Propia
- b. Cuidador/alojado
11. **Energía eléctrica:**
- a. SI b. NO
12. **Fuente de agua para beber**
- a. Acequia c. Red pública
- b. Pozo d. Otros
13. **Tiempo que tarda en llegar al Centro de Salud**
- a. < 1 hora b. 1 - 2 horas c. > 2 horas
14. **Medio de transporte que utiliza para acudir al centro de salud**
- a. Vehículo b. Caminando
- E. FACTORES CONDUCTUALES Y BIOLÓGICOS:**
15. **Edad**
- a. < 15 años d. De 35 a 44 años
- b. De 15 a 24 años e. > de 45 años
- c. De 25 a 34 años
16. **Paridad**
- a. Nulípara c. Multípara
- b. Primípara d. Gran multípara
17. **Estado nutricional (IMC):** **Peso:**..... **Talla:**.....
- a. Bajo peso c. Sobrepeso
- b. Normal d. Obesidad
- F. FACTORES PSICOSOCIALES:**
18. **Apoyo psicológico**
- a. Pareja c. Suegros
- b. Padres y hermanos d. Otros
19. **Gestación planificada**
- a. SI b. NO
- G. SISTEMA DE SALUD:**
20. **Barreras en la atención**
- a. Servicio de admisión d. Consultorio obstétrico
- b. Servicio de emergencia e. Ninguno
- c. Servicio de triaje
- H. ATENCIÓN PRENATAL:**
- a. **Fecha de última menstruación (FUR):** / /
- Inicio de atención (semanas):**.....

Elaborado por: Yanet Bustamante Vásquez. Maestrante

Anexo 4. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS AL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL. C.S BAÑOS DEL INCA 2019.

Yo, Yanet Bustamante Vásquez, identificada con DNI N° 46562815, alumna de postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, actualmente cursando estudios de maestría en Ciencias de la Salud, mención Salud Pública, con el fin de continuar con el proyecto de investigación, de mucho interés para mejorar la calidad en la promoción de la salud de la sexual y reproductiva en la gestante solicito su colaboración para recolectar información pertinente a su persona para emprender el siguiente estudio

Por ser una candidata que puedo aportar para este estudio de investigación **otorgado mi consentimiento** para mi participación en el presente estudio, estaré presto a colaborar en la recolección de datos.

Firma del participante:

Firma del investigador:.....

Fecha:

Nota: En caso de no constar su firma ponga su huella digital

