

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

NELBA ELIZABETH ROJAS PÉREZ

Asesor:

Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES

CAJAMARCA, PERÚ

2018

COPYRIGHT © 2018 by
NELBA ELIZABETH ROJAS PÉREZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA

Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

NELBA ELIZABETH ROJAS PÉREZ

Comité Científico

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Asesora

Dra. Marleni Bardales Silva
Miembro de Comité Científico

Dra. Silvia Sánchez Mercado
Miembro de Comité Científico

Dra. Julia Quispe Oliva
Miembro de Comité Científico

Cajamarca – Perú

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Posgrado

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

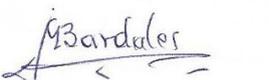
Siendo las *3:00 PM* de la tarde del día 21 de julio de Dos Mil Dieciocho, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SILVIA SÁNCHEZ MERCADO**, como Miembro del Jurado Evaluador, **Dra. RUTH VIGO BARDALES** en calidad de Asesora, **Dra. MARLENI BARDALES SILVA**, **Dra. JULIA QUISPE OLIVA**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **“TOMA DE DECISIONES PARA LA ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL O DOMICILIARIO: CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES Y SANITARIOS. MICRO RED DE SALUD HUALGAYOC 2016”**, presentada por la **Bach. en Obstetricia NELBA ELIZABETH ROJAS PÉREZ**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

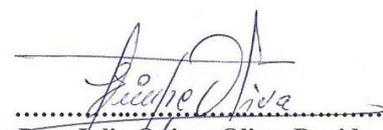
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó...*aprobada*...con la calificación de *Directo (excelente)*...la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia NELBA ELIZABETH ROJAS PÉREZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *4:00 PM* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Silvia Sánchez Mercado
Miembro de Jurado Evaluador


.....
Dra. Ruth Vigo Bardales
Asesora


.....
Dra. Marleni Bardales Silva
Miembro de Jurado Evaluador


.....
Dra. Julia Quispe Oliva. David
Miembro de Jurado Evaluador

A:

Mis padres y hermanos, por el constante amor y apoyo en cada momento de mi vida profesional, por sus consejos y sus valores que me han infundado siempre y así permitir concluir exitosamente los estudios de post grado

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme en mi vida profesional, por darme salud y fuerza para cumplir una meta más en mi vida.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Máter que me dio la oportunidad de continuar mi formación académica.

A mi asesora, Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales, quien en todo momento de elaboración de la tesis me brindó su acompañamiento, orientación y valiosas sugerencias para la realización del presente trabajo de investigación.

A mi familia y amigos que de una u otra manera contribuyeron para terminar satisfactoriamente el presente trabajo.

A la Red de Salud Hualgayoc - Bambamarca, Micro Red de Hualgayoc por las facilidades para la aplicación de las encuestas en los establecimientos de Salud de su jurisdicción.

Un agradecimiento efusivo a las mujeres del distrito de Hualgayoc por su colaboración y participación en la investigación.

La autora.

Jamás dejes que las dudas paralicen tus acciones. Toma siempre todas las decisiones que necesites tomar, incluso sin tener la seguridad o certeza de que estas decidiendo correctamente.

- Paulo Coelho

ÍNDICE GENERAL

Ítems	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
EPÍGRAFE	vii
INDICE GENERAL	viii
INDICE DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	xi
GLOSARIO.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS	6
1.4.1. GENERAL	6
1.4.2.ESPECÍFICOS.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN O MARCO REFERENCIAL	7
2.2. MARCO DOCTRINAL DE LAS TEORÍAS PARTICULARES EN EL CAMPO DE LA CIENCIA EN LA QUE SE UBICA EL OBJETO DE ESTUDIO	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL	11
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	20

CAPÍTULO III	22
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
3.1. HIPÓTESIS.....	22
3.2. VARIABLES	22
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LAS HIPÓTESIS....	22
 CAPÍTULO IV	 25
MARCO METODOLÓGICO	25
4.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	25
4.2. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
4.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	26
4.4. POBLACIÓN, MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDADES DE OBSERVACIÓN.....	26
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN...29	
4.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
 CAPÍTULO V.....	 32
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
5.2. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	41
5.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	50
 CONCLUSIONES	 51
 RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	 52
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 54
 APÉNDICES	 57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra por establecimiento de salud	27
Tabla 2. Persona que toma la decisión para la atención del parto institucional o domiciliario	32
Tabla 3. Mujeres atendidas de parto institucional o domiciliario según condicionantes sociales	33
Tabla 4. Mujeres atendidas de parto institucional o domiciliario según condicionantes culturales	34
Tabla 5. Mujeres atendidas de parto institucional o domiciliario según condicionantes sanitarios.....	35
Tabla 6. Condicionantes sociales y su relación con la toma de decisiones para la atención de parto institucional domiciliario	36
Tabla 7. Condicionantes culturales y su relación con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario	38
Tabla 8. Condicionantes sanitarios y su relación con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario	39

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS:	Atención primaria de salud
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
ENDES:	Encuesta Demográfica y Salud Familiar
EG:	Edad gestacional
G:	Gramo
MM:	Mortalidad materna
MIN:	Minutos
MINSA:	Ministerio de Salud
MV:	Mínimo vital
OPS:	Organización Panamericana de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
RN:	Recién nacido
SIS:	Seguro Integral de Salud
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

GLOSARIO

Toma de decisiones:	Proceso deliberado que lleva a la selección de una acción determinada entre un conjunto de acciones alternativas.
Parto:	Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos.
Partera:	Mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta.
Programa Juntos:	Programa de transferencias condicionadas de dinero a familias que viven en pobreza.
Empoderamiento:	Acción de hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido.
Extramural:	Fuera del recinto de una ciudad o población.
Incidencia:	Frecuencia de aparición de casos nuevos de un trastorno en un periodo de tiempo (número de nuevos casos).
Interculturalidad:	Cualidad de intercultural (lo que concierne a la relación entre culturas).

RESUMEN

La presente investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y de corte transversal tuvo como objetivo determinar y analizar la relación de los condicionantes socioculturales - sanitarios y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016. La muestra fue probabilística, el muestreo aleatorio simple, constituido por 77 mujeres que tuvieron parto institucional o domiciliario. La información fue recolectada a través de la encuesta y como instrumento, se utilizó el cuestionario; para determinar la relación entre los condicionantes socioculturales - sanitarios y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado (X^2). Se concluye: La pareja y familiares (23,4%) de las mujeres son las personas que toman la decisión para la atención del parto en domicilio y si el parto es institucional, la decisión es tomada por la misma mujer y compartida con el esposo. De los condicionantes sociales, la mayoría de mujeres son jóvenes, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 29 años; tienen como ocupación amas de casa, son convivientes, con grado de instrucción primaria, proceden de la zona rural y tienen ingreso económico menor a S/850.00 soles mensuales. Respecto a los condicionantes culturales se encontró que, las mujeres prefieren a la partera tradicional y el acompañamiento familiar (48,0%) para la atención del parto. De los condicionantes sanitarios se reveló que la mayoría de la muestra asistió al control prenatal y recibió visita domiciliaria; fueron informadas por el personal de salud respecto a las ventajas del parto institucional. Las mujeres, generalmente refieren que sus creencias y costumbres durante la atención del parto no son respetadas por el personal de salud y tardan más de una hora en llegar al establecimiento de salud para recibir atención. Se encontró relación entre la procedencia (condicionante social), condicionantes culturales y el tiempo de demora al establecimiento de salud (condicionante sanitario) y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario.

Palabras clave: Condicionantes sociales, culturales y sanitarios, toma de decisiones, parto institucional, parto domiciliario.

ABSTRACT

The present quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional investigation had as objective to determine and analyze the relationship of the sociocultural factors - health and the decision making for the care of institutional or home delivery in the Micro Health Network Hualgayoc 2016. The sample probabilistic, simple random sampling was constituted by 77 women who had institutional or home delivery. The information was collected through the survey and as an instrument, the questionnaire was used; To determine the relationship between sociocultural factors - health and decision making for delivery care institutional or domiciliary, we used the Chi square test (X^2). It is concluded: The couple and relatives (23.4%) of the women are the people who make the decision for home delivery care and if the birth is institutional, the decision is made by the same woman and shared with the husband. Of the social conditioners, the majority of women are young, whose ages fluctuate between 18 and 29 years; they have as housewives occupation, are cohabitants, with a primary level of education, come from the rural area and have an income of less than S / 850.00 soles per month. Regarding the cultural conditions, it was found that, women prefer the traditional midwife and family support (48.0%) for delivery care. From the health conditions, it was revealed that the majority of the sample attended the prenatal check-up and received a home visit; they were informed by the health personnel regarding the advantages of institutional delivery. Women generally report that their beliefs and customs during delivery care are not respected by health personnel and take more than an hour to reach the health facility to receive care. A relationship was found between the origin (social conditioner), cultural conditions and the time of delay to the establishment of health (health conditioner) and decision making for institutional or home delivery care.

Key words: Social, cultural and health determinants, decision making, institutional delivery, home delivery.

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones de la mujer para la atención del parto está condicionada a un conjunto de factores o condicionantes de origen social, cultural y sanitarios; pueden tomar decisiones de forma independiente, otras ser influenciadas por los profesionales de la salud responsables de la atención de la mujer y otras están preparadas para realizar la toma de decisiones con un tercero, familiar o amigo (1).

En la región Cajamarca solo un 70,3% de partos son institucionales; por lo tanto, se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre la mayoría de los factores socioculturales y sanitarios implicados, que incrementan la ocurrencia de los partos domiciliarios y la toma de conciencia del personal de salud en la implementación del parto con adecuación intercultural en los diferentes establecimientos de salud (2). Los miembros de la familia (suegra y madre), como principales asesores, generan presión en la mujer para su decisión en la atención del parto, basadas en sus experiencias de la atención hospitalaria versus la de la partera tradicional; aconsejan por lo general quedarse en el hogar. Además, la mujer obtiene el apoyo necesario de su cónyuge para acceder al servicio de la partera tradicional (3).

En Hualgayoc respecto al lugar de atención del parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional, esta realidad se ve reflejada principalmente en las comunidades de procedencia rural, por situaciones de pobreza, falta de educación, limitados accesos geográficos, factores culturales como costumbres y tradiciones que prevalecen en las comunidades y los factores sanitarios.

El objetivo del estudio fue determinar y analizar la relación de los condicionantes socioculturales - sanitarios y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

El presente estudio de investigación está estructurado en 5 capítulos como se detalla a continuación.

En el Capítulo I, se presenta el planteamiento y formulación del problema, justificación, delimitación de la investigación y los objetivos de la investigación. En el Capítulo II, se describe el marco teórico en el que se aborda los antecedentes de la investigación, el

marco doctrinal, el marco conceptual y la definición de términos básicos. En el Capítulo III, se detalla el planteamiento de la hipótesis y variables, así como la operacionalización de las mismas. En el Capítulo IV, se presenta el marco metodológico y aborda la ubicación geográfica, diseño de investigación, métodos de investigación, la población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación, así como las técnicas e instrumentos de recolección de la información y de procesamiento y análisis de la información. En el Capítulo V, se presentan los resultados y el análisis e interpretación y discusión de los resultados.

Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y apéndices.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La probabilidad de tener atención prenatal, parto institucional y atención posparto, disminuye alrededor del 30%, cuando es la pareja (esposo/conviviente), quien decide sobre el cuidado de la salud de la mujer, respecto a las mujeres que deciden sobre su propio cuidado de salud (4).

También se señala que los miembros de la familia (suegra y madre) como principales asesores, generan presión en la mujer para su decisión en la atención del parto, basadas en sus experiencias de la atención hospitalaria versus la de la partera tradicional; aconsejan por lo general quedarse en el hogar. Sobre la mujer también ejercen presión los líderes de las comunidades, en el afán de que éstas busquen las prácticas tradicionales durante la atención del parto. Además, la mujer obtiene el apoyo necesario de sus cónyuges para acceder al servicio de la partera tradicional (3).

La atención materna está asociada a factores individuales y contextuales. La educación de la madre, considerada una variable de estatus de la mujer, resulta ser un fuerte predictor de la atención materna, y provee apoyo para la perspectiva de empoderamiento. La educación estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud, por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, sabrá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud como de los beneficios que producen su uso (4).

La pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización los servicios de salud, la preferencia por la partera tradicional y que también pudiera leerse como una barrera para la atención hospitalaria. Al decidirse la mujer por la atención del parto hospitalario, se traduce también en el abandono transitorio del cuidado de sus otros hijos, del esposo y del hogar; y la necesidad del acompañamiento de otros miembros de la familia para su cuidado. A la cercanía de las parteras tradicionales, se contraponen el desconocimiento y lo extraño que para las mujeres de las zonas rurales pueden resultar las instituciones de salud con sus rígidas rutinas, procedimientos y lenguaje cargado de tecnicismos médicos (3).

La atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico o un profesional obstetra. El lugar y tipo de atención del parto son importantes para asegurar la salud de la madre y niña o niño por nacer, así mismo, para determinar el acceso de la población a un servicio de atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación. La mayoría de las muertes maternas son evitables; es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales de salud capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte (5).

La tasa de mortalidad materna y la proporción de partos institucionales son dos indicadores universalmente aceptados de salud materna. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 fue de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (6).

En el Perú, en el año 2014, la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud por personal de salud calificado fue 89,2%, valor mayor en 7,9 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009 (81,3). La cobertura de partos institucionales fue mayor entre las mujeres con cuatro y más visitas de control prenatal (90,6%) en comparación con aquellas sin ninguna visita (43,7%). Asimismo según ámbito geográfico, existió una diferencia de 24,0 puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (96,0% frente a 72,0%). Según departamentos, en Cajamarca se observó (70,3%) de partos institucionales. La asistencia del parto por “comadrona/partera” se realizó en mayor proporción cuando se trata de partos no institucionales (40,1%), lo que parece ser un aspecto de connotación netamente cultural en el país, todavía existen casos de partos que fueron atendidos por familiares u otros, como a mujeres sin educación (15,9%) (7).

La reducción de la mortalidad materna en el Perú depende de las superaciones de barreras económicas, culturales y de accesibilidad relacionadas con el parto institucional. Según el informe de 2008 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) más de 500,000 mujeres de países en vías de desarrollo murieron durante la

gestación, el parto o durante las seis semanas posteriores al mismo. Los expertos indican que la mayoría de las muertes maternas suceden en casa y subrayan que la atención de personal calificado es vital para reducir las tasas de mortalidad (5).

En general, los avances que se han dado en la reducción de la mortalidad materna y perinatal han sido posibles gracias a que se ha incrementado la cobertura del parto institucional en especial en las zonas rurales. Un factor importante para el incremento de la cobertura del parto institucional, sobre todo en zonas rurales, ha sido la implementación de políticas que han mejorado el acceso a los servicios de salud, como la ampliación en la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), la implementación de las casas de espera materna y la adecuación cultural de los servicios, las condicionalidades del programa de transferencias condicionadas de dinero a familias que viven en pobreza (JUNTOS), entre otras. Aún es necesario hacer mayores esfuerzos para cerrar la brecha por condiciones de pobreza, dado que la atención institucional del parto en el quintil de mayor pobreza es de solo 60%, en zonas rurales todavía un 30% de los partos son domiciliarios (2).

En la provincia y en la Micro Red de Salud Hualgayoc se viene observando la preferencia domiciliaria como lugar de parto, lo cual genera una constante preocupación en el ámbito de la salud materna, debido a que el parto domiciliario aún es un problema crítico en este distrito.

La cobertura de parto institucional en el distrito de Hualgayoc en el año 2016 fue de 167 partos institucionales y 41 partos domiciliarios; cifras que revelan la magnitud de problema de salud materna para las mujeres que optan por el parto domiciliario (8). También se observa que la mayoría de las mujeres no toman decisión sobre su salud y en este caso sobre la atención de parto domiciliario, apreciándose que generalmente es el entorno familiar de la mujer quien decide el lugar del parto y en su mayoría de casos aspectos que se relacionan a la cultura. En base a lo anteriormente expuesto se realizó el presente trabajo para analizar los condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con la toma de decisiones para la atención del parto.

1.1.1. Formulación del problema.

¿Existe relación significativa entre los condicionantes socioculturales - sanitarios y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016?

1.2. Justificación

La ampliación de la cobertura de partos institucionales es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar la salud materna. De hecho, proporcionar cuidados adecuados durante el parto tiene un impacto positivo en la salud materna y neonatal, ya que las complicaciones son una causa importante de la mortalidad. La factibilidad de resolver estos tipos de complicaciones es mayor si los partos se realizan en lugares adecuados y con la ayuda de personal de salud calificado; los expertos señalan que la mortalidad materna se podría reducir entre un 16 y 33% en los países en vía de desarrollo si se contara con personal de salud calificado para prevenir las complicaciones durante el parto (5).

La ampliación de la cobertura de salud en el primer nivel de atención, la gratuidad de los servicios de salud, con miras a que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso, con la debida provisión de medicamentos, promoviendo el control prenatal y el parto institucional siendo estos rechazados por las madres acudiendo a las parteras a la atención del parto sin asistencia médica y atendida en condiciones deficientes que acarrear un riesgo importante para la salud de la madre y del neonato; como se observa en Cajamarca solo un 70,3% de partos son institucionales; por lo tanto, se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre la mayoría de los factores socioculturales y sanitarios implicados, que incrementan la ocurrencia de los partos domiciliarios y la toma de conciencia del personal de salud en la implementación del parto con adecuación intercultural en los diferentes establecimientos de salud (2).

También se señala que un buen porcentaje de mujeres prefieren ser atendidas en su domicilio, fundamentalmente influenciadas por factores culturales, como el machismo, falta de recursos económicos, el analfabetismo, la toma de decisiones, inaccesibilidad, dispersión de las comunidades; los cuales influyen para que la atención de parto sea de manera institucional (11).

La solución al problema necesita una respuesta integrada e integral y efectiva, que involucre la sensibilidad de los hombres y el empoderamiento de las mujeres, con la participación comunitaria, además de la respuesta eficiente de los proveedores de servicios de salud para la promoción, prevención, y atención en la salud reproductiva,

con adecuada y oportuna atención a las emergencias obstétricas y neonatales; con personal institucional capacitado Y motivado, acceso a la planificación familiar y servicios con pertinencia cultural (9).

La presente investigación es importante porque los resultados servirán de aporte para la implementación de estrategias educativas a nivel familiar, comunal y entorno social, que permita empoderar a la mujer sobre la salud materna y la toma de decisión personal para la atención de parto institucional; a través de la socialización de los resultados al personal de salud encargado de la estrategia de salud sexual y reproductiva de la Red de Salud Hualgayoc; de esta manera permitirá la mejor comprensión de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en la mujer y familia, al momento de decidir por el parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc, a fin de tomar acciones oportunas de promoción y prevención de la salud en el contexto de la provincia de Hualgayoc.

1.3. Delimitación de la investigación

El presente estudio se realizó dentro de la jurisdicción de los centros y puestos de salud pertenecientes a la Micro Red de Salud Hualgayoc, la cual consta de 12 establecimientos de salud de primer nivel de atención, 2 de nivel I-3, 2 de nivel I-2 y 8 de nivel I-1; los profesionales que laboran son médicos, obstetras, odontólogos, biólogos, enfermeras, técnicos en enfermería y técnicos en farmacia. El centro de salud Hualgayoc de nivel I-3, solo se atiende partos inminentes, así como los demás establecimientos de primer nivel, los cuales refieren para atención de parto al Hospital Tito Villar Cabezas de Bambamarca. El espacio temporal que abarcó el estudio, es el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2016.

En el presente trabajo de investigación se abordan algunos condicionantes sociales, culturales y sanitarios que permitieron conocer estas características en las mujeres que tuvieron su parto institucional o domiciliario y su relación con la toma de decisiones en la Micro Red de Salud Hualgayoc.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar y analizar la relación de los condicionantes socioculturales y sanitarios con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro red de Salud Hualgayoc 2016.

1.4.2. Específicos.

- ✓ Identificar a la persona que toma la decisión para la atención de parto institucional o domiciliario.

- ✓ Describir y analizar los condicionantes sociales, culturales y sanitarios para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro red de Salud Hualgayoc 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

Internacionales

Laza Vásquez, C. (Colombia, 2015); realizó el trabajo de investigación titulado “Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional”. Las conclusiones fueron: factor fundamental son las barreras económicas, que se configuran como una traba en el acceso a la atención institucional del parto. Las mujeres tienen confianza en las parteras tradicionales, están cercanas y son de la misma cultura; la familia y los líderes comunitarios presionan a la mujer para su atención por esta agente tradicional. Estos elementos conjuntamente con la mala calidad de los servicios hospitalarios, son otros factores que marcan la preferencia femenina por la partera tradicional (3).

Montero Gutiérrez, J. (Ecuador, 2014); realizó el trabajo de investigación “Factores de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario”. Los resultados fueron: 55% eran analfabetas, 45% primaria, el 32% asistió a los controles prenatales, 68% manifestó que no asistió a controles durante el embarazo, 32% refirió que el personal de salud responde a sus inquietudes y le brinda información oportuna y adecuada, 68% manifestó lo contrario; 5% refirió que las costumbres no influyen en la atención del parto mientras que el 95% manifestó que sus costumbres influyen sobre el parto; 73% manifestó que para acudir a un establecimiento de salud se lleva un poco más de tiempo por la falta de transporte, mientras que el 27% refirió que para acudir a un establecimiento de salud se tarda más de una hora, 59% refirió que su parto fue atendido en su domicilio, mientras que el 41% manifestó que acudió a una institución de salud para la atención del parto; 77% manifestó que el personal de salud no le atiende con amabilidad, paciencia y no brinda confianza, y el 23% refirió lo contrario (10).

López Vásquez, C. (Guatemala, 2014); en su estudio titulado “Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional”. Las conclusiones fueron: las mujeres encuestadas en su mayoría estaban entre 21 a 30 años de edad (64,29%), de procedencia

rural (100%), el 52% no saben leer ni escribir, el 69% son convivientes, el 83% de mujeres no trabajaban, solo se dedicaban a las tareas domésticas donde no les genera ningún ingreso económico. En cuanto a quien tomó la decisión de buscar la persona que atendió su último parto, las mujeres refirieron que su esposo tiene la última decisión expresada en el 62%, decisión propia el 21,4%, decisión de la suegra el 14,3%, y el 2,4% por algún familiar (11).

En cuanto al tiempo que tardan en llegar al centro de salud, refirieron que el 76% tardan entre hora y media en llegar, el 19% de dos horas, y el 5% tardan una hora. Así mismo, respecto a la decisión del parto atendido en casa, el 35,7% mencionó que fue por la falta de recursos económicos. En cuanto a la decisión sobre el parto en domicilio, el 32,6% la decisión la toma el esposo, 26,1% decisión personal, el 17,4% los suegros y el 15,2% decisión de los padres. Según la posición para el parto, el 57,1% manifestaron que ellas eligieron la posición durante el parto y el 98% refirió que la comadrona le atendió su último parto. El 100% respetó sus costumbres y creencias durante la atención del parto (11).

Nacionales

Chagua Pariona, N. (Lima, 2010); quien realizó un trabajo de investigación titulado “Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán”. Los resultados fueron: el 37% se encontró entre los 25 a 29 años, 69% fueron amas de casa y el 13% fueron comerciantes; el porcentaje de mujeres que no concluyeron los estudios iniciales, primaria y secundaria fue 73%; el 69% de las mujeres de parto domiciliario se controlaron el embarazo (12).

Concluye así mismo que las principales razones para tener un parto domiciliario estuvieron relacionadas a experiencias de maltrato en el hospital (29,5%), costumbre y confianza de realizarse parto domiciliario (13%), el 48% fue atendido por una comadrona, el 33% fue realizado por un familiar y un 15% fue realizado por un profesional de salud (12).

Valderrama Sánchez, S. (La Libertad, 2008); realizó un trabajo de investigación “Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión”. Los resultados fueron: según parto

institucional el personal que atendió el parto, 51% fueron médicos y el 46% obstetras; mientras que en el domiciliario, el 55% de los partos fueron atendidos por parteras, seguido por el 16% de madres de las parturientas. En cuanto a la posición de atención del parto se pudo encontrar que del total de los partos atendidos de forma institucional el 12% fue atendido en cuclillas, mientras que del total de los partos atendidos en domicilio el 96% se atendió de esta manera (13).

En relación a la compañía durante el parto se pudo encontrar que del total de los partos atendidos en domicilio, el 77% de los casos fue acompañado por algún familiar; mientras que del total de los partos atendidos a nivel institucional, al 12% se le permitió la compañía en el parto (13).

Tarqui C. y Barreda A. (Lima, 2005); realizaron el trabajo de investigación titulado “Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria en Callao”. Encontraron los siguientes resultados: el 60% de las participantes fueron de la sierra, 25% de la selva y el resto de los alrededores de Lima, la edad promedio fue de 26 a 28 años. Los factores de riesgo fueron: el poco entendimiento en el diálogo proveedor- usuaria durante la atención de salud (14).

Locales

Rojas Tafur, F. (Cajamarca, 2015); realizó el trabajo de investigación “Factores personales y socio económicos del parto institucional y domiciliario en el Centro de Salud Magna Vallejo”. Los resultados fueron: según edad y lugar de ocurrencia del parto, se encontró en el grupo de 35 a más años, un 2% en las mujeres con parto institucional y un 20% en las mujeres de parto domiciliario. Según grado de instrucción de las mujeres y lugar de ocurrencia, se encontró que el 54% de mujeres con educación secundaria completa y superior eligieron un parto institucional y un 52% eligieron un parto domiciliario; 18% de las casadas eligieron un parto institucional y 8% parto domiciliario; el 94% de las mujeres primíparas y multíparas tuvieron parto institucional y 72% de parto domiciliario fueron multíparas y gran multíparas; el 92% de mujeres amas de casa tuvieron un parto domiciliario y 88% parto institucional (15).

2.2. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio

2.2.1. Teoría creencias en salud.

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo considera como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa. Puede considerarse que una creencia es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional o justificación empírica que lo compruebe (10).

La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social (la presión familiar, los grupos dominantes, etc.). Por sistema de “creencias” en salud, entendemos el conjunto más o menos relacionado de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos (10).

Los componentes básicos del modelo de creencias de salud se derivan de la hipótesis (propuesta por distintas aproximaciones teóricas y asumida plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: El valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, podríamos traducirlas en los siguientes términos: El deseo de evitar la enfermedad o si se está enfermo, de recuperar la salud y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud (16).

2.2.2. Teoría de las decisiones.

El tomar una decisión se trata del acto de elegir o seleccionar algo, es un proceso mental en el que es posible identificar las acciones que se tomarán para conseguir solucionar un problema o una disyuntiva para conseguir un objetivo. Implica pues, el tener la libertad

de elegir dentro de una serie de posibilidades. Esta acción comporta una intencionalidad, que comprende una serie de valores. El proceso de toma de decisiones, significa un hábito, es en la cotidianeidad de los sujetos donde se construyen los significados de las acciones. Siguiendo esta lógica, el aspecto más importante es el de conocer los motivos que originaron la acción, por lo que será imprescindible el conocer la comprensión de la acción (17).

Para que se dé la toma de decisiones se necesita que estén presentes los siguientes elementos: Decisor, persona que debe elegir la alternativa a seguir; alternativas y/o cursos de acción a seguir, mínimamente deben ser para que pueda darse la elección o decisión; criterio, que sirve de base para determinar la alternativa a seguir (17).

La toma de decisiones es el proceso que consiste en escoger una entre varias opciones. El autor menciona dos teorías: a) La teoría prescriptiva que es un método normativo que define y trata de explicar la forma en que se deben tomar las decisiones. Propone los pasos que se deben seguir para tomar buenas decisiones y los puntos clave que se deben tomar en cuenta, b) La teoría descriptiva que se ocupa de describir cómo se toman en realidad las decisiones, las cuáles sufren muchas veces la influencia de factores subjetivos tales como la personalidad del individuo o la presión de la situación (18).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Condicionantes sociales:

Los 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. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (19).

Las circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de

buena parte de las desigualdades que existen en estas familias. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente (20).

Entre los condicionantes sociales se tiene:

Edad.- Tiempo cronológico que ha vivido una determinada persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual, su forma más común de representarse es en años. La edad de la madre es un factor de riesgo importante en el embarazo, parto y puerperio se han identificado dos grupos etáreos de riesgo, las madres adolescentes menores de 15 años y las mayores de 35 años (21).

Ocupación.- Empleo, profesión u oficio al que se dedica una determinada persona, sea por conocimientos certificados o adquiridos mediante la experiencia cotidiana realizando alguna actividad, sea esta productiva o no (22).

Estado civil.- Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. La situación de convivencia, sin estar casada constituye una desventaja relacionada a la postergación social de las mujeres (22).

Grado de instrucción.- Es el conjunto de conocimientos adquiridos por un individuo durante las diferentes etapas de su desarrollo lo que le va a permitir ser competente dentro de la sociedad para distinguir, ejecutar o entender la importancia de determinados aspectos personales y de su entorno. Indudablemente el grado de instrucción juega un rol importante en la salud de la madre, ya que las mujeres con bajo nivel de instrucción tienen menos posibilidades de conocer los cuidados del embarazo, parto y puerperio, lo que podría llevarlas a ausentarse de los controles prenatales, y conducir a un parto domiciliario (22).

La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud (10).

Procedencia.- Es el espacio geográfico, con sus propias características (sociales, culturales, económicos, etc.) donde reside habitualmente un individuo. El lugar de procedencia es un factor de mucho interés a tener en cuenta durante el embarazo y parto, puesto que las gestantes que proceden de zonas rurales presenten mayor probabilidad de elegir un parto domiciliario a diferencia de los que viven en zonas urbanas (22).

Ingreso económico.- La falta de dinero es percibida por las mujeres como un factor que determina la atención en el hogar y una barrera económica para el acceso a las instituciones de salud para la atención prenatal y del parto. Está demostrado que la pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización de los servicios de salud, así como la asociación entre el índice de riqueza y el uso de servicios de salud (3).

En el Perú, las mejoras económicas y sociales, importantes como son; no pueden llevarnos a olvidar el insuficiente avance en la reducción de las brechas de la desigualdad en sus diversas dimensiones. El poblador rural, la jefa de hogar, el habitante indígena, entre otros, enfrentan una realidad marcada por desventajas, que no surgieron de la noche a la mañana, y que tomarán tiempo y esfuerzo en desaparecer, pero que pueden y deben ser enfrentadas con la debida voluntad política (23).

Aunque la pobreza monetaria ha disminuido sustancialmente en el Perú, tanto a nivel general como por ámbitos y sectores de la población, debe llamar a atención que elementos claves de la desigualdad se mantengan vigentes. Tal es el caso de la brecha entre el ámbito rural y el urbano. Así, mientras en el 2004 un habitante rural tenía aproximadamente el doble de probabilidades de ser pobre comparado a un habitante urbano, para el 2013 esas probabilidades se habían triplicado. Paradójicamente, aunque los peruanos rurales han mejorado su situación económica, dicha mejora ha sido significativamente inferior a los peruanos urbanos. Pero en el Perú también persiste la desigualdad de género, con disparidades entre hombres y mujeres en temas críticos

como los ingresos. Aunque para ambos sexos los ingresos del trabajo se han incrementado a lo largo de la última década, la brecha de género no se ha reducido. Así, hoy las mujeres trabajadoras en el ámbito urbano, como hace 10 años, perciben en promedio menos del 70% de ingreso que los hombres (23).

Paridad.- Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un infante de peso mayor a 500 g. (22). La paridad influye en la decisión para la atención de parto, al ser atendidos sus partos en el hogar, las mujeres no necesitaban de nadie para cuidar de sus otros hijos, podían quedarse en su casa, y el marido u otros miembros de la familia cuidaban también de ellas (3).

2.3.2. Condicionantes culturales.

Cultura.- Se define como “el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social. Ello engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” (24).

El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable. Todas las culturas tienen diferentes costumbres, creencias y tradiciones y de ahí se desprenden los hábitos particulares de cada persona, como son sus prácticas y conocimientos adquiridos empíricamente al momento del proceso de salud enfermedad, por lo que estos tienen mucha influencia en cada comunidad, generando brechas para el acceso a los instituciones, desencadenando problemas de salud (10).

Entre los condicionantes culturales que influyen en la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario tenemos:

Costumbres.- Se define como costumbres a todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad, con su carácter único y con su historia. Las costumbres de una sociedad son especiales y raramente se repiten con exactitud en otra comunidad, aunque la cercanía territorial puede hacer que algunos elementos de las mismas se compartan (10).

Cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada. Lo anterior se aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la maternidad, que en este sentido se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos. Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, en quien se deposita gran parte de la responsabilidad para el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural (10).

Existe una percepción de que el parto es un rito natural para las mujeres, y por esto debe ocurrir en el hogar, a menos que se presenten complicaciones o se les recomiendan que sean atendidas en instituciones de salud. Con el uso de las prácticas tradicionales, las mujeres perciben que se les facilita el proceso del parto y se reduce el uso de intervenciones médicas (3).

Las parteras tradicionales preservaban y promovían las prácticas que están arraigadas en las creencias culturales de los grupos legitimándolas en su quehacer. Con acciones como masajear el abdomen, enterrar la placenta en la casa, orar y apoyar a la familia, cumplían con las expectativas culturales y sociales de la atención a la mujer de una manera que no lo hace el sistema formal de salud (3).

Por otra parte, las prácticas tradicionales se veían en oposición a las modernas, y el uso de las instalaciones hospitalarias era percibido como modernidad. Las mujeres que no estaban sensibilizadas para utilizar atención en estas últimas eran consideradas por los profesionales de la salud como “ignorantes”. En tal situación, las prácticas tradicionales se apreciaban por las mujeres como una barrera para la atención del parto en el centro de salud. Por ejemplo, mientras en el centro de salud les recomendaba acostarse, ellas consideraban que no era bueno tener sus hijos en esa posición ya que estaban acostumbradas a agacharse para el acto expulsivo (3).

Las barreras culturales plantean un reto mucho más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales, si bien se han logrado algunos avances esporádicos. El sesgo a favor de las intervenciones de salud occidentales suele resultar ofensivo o impropio para quienes recurren habitualmente a la medicina tradicional. Las dificultades del sistema de salud para encontrar profesionales que hablen lenguas indígenas complican aún más la situación. Las barreras

comunicacionales entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población limitan el acceso a una atención de calidad. Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud, causados muchas veces por prejuicios, discriminación o desencuentros culturales, impiden a menudo que se busquen en el sistema de salud la atención que necesitan (25).

Creencias.- La comprensión de las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación (26).

Tradiciones.- Las tradiciones de una comunidad son los hábitos, formas de ser y modos de comportamiento de las personas en relación a la medicina tradicional (10).

2.3.3. Condicionantes sanitarios:

El sistema sanitario se encuentra compuesto por todas aquellas organizaciones que se ocupan de prestar servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de atención pública. La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (27).

Entre los condicionantes sanitarios tenemos:

Tiempo al establecimiento de salud.- El acceso geográfico, la distancia y la falta de transporte influyen mucho para el acercamiento a los establecimientos de salud en el momento del parto dando más aceptación a dar a luz en la casa (10).

La distancia desde la residencia de la mujer a las instalaciones hospitalarias, el sistema de transporte deficiente o la falta de transporte y el mal estado de las carreteras, influye en la decisión para que se produzca un parto en domicilio (3).

Controles prenatales.- Son actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante en el establecimiento de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño (28).

Los controles prenatales son un factor primordial al momento del embarazo y parto porque mediante este se brindan información sobre la evolución del embarazo, alimentación complementaria, signos de alarma y riesgo, prevención de complicación y preparación del plan de parto y nacimiento sin riesgos. Cabe recalcar que durante el control prenatal el personal de salud tiene la responsabilidad de promocionar los beneficios del parto institucional (10).

Visita domiciliaria.- Actividad extramural realizada por el personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto), dirigida a la gestante o puérpera (28).

2.3.4. Toma de decisiones para la atención del parto:

De forma general, el tomar una decisión se trata del acto de elegir o seleccionar algo. Se trata de un proceso mental en el que es posible identificar las acciones que se tomarán para conseguir solucionar un problema o una disyuntiva para conseguir un objetivo. Implica pues, el tener la libertad de elegir dentro de una serie de posibilidades. Esta acción comporta una intencionalidad, que comprende una serie de valores. El proceso de toma de decisiones, significa un hábito, es en la cotidianidad de los sujetos donde se construyen los significados de las acciones. Siguiendo esta lógica, el aspecto más importante es el de conocer los motivos que originaron la acción, por lo que será imprescindible el conocer la comprensión de la acción (17).

Tomar decisiones no es algo desconocido para nosotros: lo hacemos todos los días. Es probable que al tomar tantas, algunas parezcan automáticas, por lo que hay que tener especial cuidado con éstas. Las buenas decisiones no se logran fácilmente, son el resultado de un arduo y ordenado proceso mental. Las condiciones cambian, así que no podemos exponernos a los riesgos de una respuesta mecánica o un enfoque intuitivo (18).

Decidir es un proceso deliberado que lleva a la selección de una acción determinada entre un conjunto de acciones alternativas, por lo tanto tomar la decisión es un proceso previo a la acción. Toda decisión conlleva 3 etapas: intercambio de información,

deliberación y decisión o conocer las distintas opciones, ponderar los aspectos positivos y negativos y tras realizar un balance llegar a una conclusión. En las decisiones que se toman en salud interactúan numerosos elementos entre los que cabe destacar el acceso a la información y las circunstancias personales (29).

La autora señala que, para poder decidir es importante contar con una información válida y relevante que permita evaluar todas las ventajas y desventajas de las diversas opciones, para de ese modo elegir lo mejor entre lo posible. Este es un aspecto importante a tener en cuenta en nuestra realidad, debido a que las mujeres deben tener información válida para que puedan decidir donde llevar a cabo su parto y no depender de sus familiares (29).

Hace mención que entre las circunstancias personales que influyen en la toma de decisiones se incluyen los valores, las creencias, las experiencias previas personales y/o de conocidos, los miedos, la percepción del riesgo y seguridad, el apoyo familiar y los recursos económicos. Destaca también la autora que, el apoyo familiar es un elemento fundamental en las decisiones, en la atención obstétrica las mujeres y sus parejas tienen que tomar muchas decisiones siendo el lugar donde se va producir el nacimiento una de las más importantes a las que van a enfrentar. Para algunas mujeres el parto institucional está desprestigiado debido a que las mujeres suelen expresar mal trato, no las escuchan, no les explican, generando gran ansiedad y por tanto temor para el parto institucional (29).

Respecto al lugar del parto, la autora señala que el parto en domicilio requiere un conjunto de condiciones y que el parto hospitalario es aquel que se produce en un hospital y bajo la premisa que es imprescindible para garantizar un buen resultado para la madre y el bebé. Define al parto planificado en domicilio como la asistencia a mujeres embarazadas seleccionadas por profesionales calificados dentro de un sistema que prevé la hospitalización cuando sea necesario, por tanto esta opción solo es posible si la mujer lo desea y siempre que su parto sea normal (29).

En cuanto a la toma de decisiones para la atención de parto se ha relacionado con la segunda demora en la evaluación del problema de la mortalidad materna y neonatal lo cual se refiere: aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que

debe ser decidido por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros) (30).

2.3.5. Parto:

Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas) (28).

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal y de esa manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido (31).

Parto domiciliario.- Se considera parto domiciliario a aquel que ocurre en el domicilio y es asistido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera), en un entorno familiar lejos del ambiente hospitalario (7).

En las culturas andinas el parto se considera a través de un sistema conceptual en base a una cosmovisión de la relación entre el cielo y la tierra, la fertilidad, la vida y la producción. A la propia madre se la debe cuidar y cobijar, como el sol calienta la tierra, para que pueda procrear de nuevo. La ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía, como la abundante cobertura de cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. Los fluidos natales y la placenta deben ser enterrados bajo la tierra, en la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna (10).

Es importante considerar que la atención “tradicional” está representada por las “parteras” quienes practican la atención del embarazo y parto bajo un modelo explicativo que responde a significados expresados en conocimientos, y creencias del entorno cultural andino. Por ello, constituye el cuerpo religioso, psiquiátrico y médico de las comunidades andinas. Esto se expresa en su trabajo preventivo promocional y curativo que corresponde a una categoría de terapias integrales y holísticas. Por tanto, la atención brindada por un familiar cercano (madre, suegra, esposo, etc.) o la auto atención de la propia parturienta, es un escenario de vivencias del embarazo y parto que

responde a una concepción de “naturalidad”; es decir, no requiere de cuidados ni controles especiales porque “ya saben el tiempo en que la criatura va a nacer”, sin embargo, se debe tener en cuenta el componente idóneo de capacitación que se debe tener en el parto tradicional (13).

Al existir un alto número de partos domiciliarios atendidos por parteras tradicionales, el número de muertes maternas y perinatales es muy alto. Son diversos los motivos que llevan a esta situación. Sin embargo, dos de los más importantes se refieren al hecho de la lejanía y al divorcio cultural entre las mujeres de áreas rurales y los servidores de salud (32).

Parto institucional.- Es aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra u otro profesional capacitado), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario (7).

La disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud son dimensiones importantes que facilitan el uso de atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de parteras / comadronas y, hay quienes buscan ayuda profesional y parto institucional. Los factores asociados a la primera elección serían la tradición o costumbre, habilidades de la comadrona o partera de cuidado especial, el costo, y respeto por costumbres locales (ejemplo, retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas, y elegir la posición en el parto). En el caso de la segunda elección estarían el conocimiento de los beneficios proporcionados en los servicios de salud, por parte del personal de salud, como la capacidad de éste para manejar complicaciones, y percepción de que las parteras/ comadronas no pueden manejar complicaciones (4).

2.4. Definición de términos básicos

Condicionantes sociales.- 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 (19).

Condicionantes culturales.- Se define como el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (24).

Condicionantes sanitarios.- El sistema sanitario se encuentra compuesto por todas aquellas organizaciones que se ocupan de prestar servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de atención pública (27).

Parto institucional.- Es aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra u otro profesional capacitado), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario (28).

Parto domiciliario.- Se considera a aquel que ocurre en el domicilio y es asistido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera), en un entorno familiar lejos del ambiente hospitalario (28).

Toma de decisión para la atención del parto.- Proceso deliberado que lleva a la selección de una acción determinada entre un conjunto de acciones alternativas, por lo tanto tomar la decisión es un proceso previo a la acción (18).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Existe relación significativa entre los condicionantes socioculturales y sanitarios con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

3.2. Variables

3.2.1. Variable independiente.

Condicionantes sociales

Condicionantes culturales

Condicionantes sanitarios

3.2.2. Variable dependiente.

Toma de decisiones para parto institucional o domiciliario

3.3. Operacionalización de los componentes de las hipótesis

Título: Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc. Cajamarca 2016.

Variables	Definición conceptual de las variables	Definición operacional de las variables/categorías		
		Dimensiones/ factores	Indicadores/ cualidades	Escala
Condicionantes sociales	Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.	Edad: Estado civil: Procedencia: Grado de instrucción: Ocupación: Ingreso económico:	18 - 24 años 25 – 29 años 30 - 34 años ≥ 35 años Soltera Casada Conviviente Zona urbana Zona rural Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Ama de casa Empleada publica Trabajo independiente ≥ 850 soles De 851 a 1699 soles	Intervalo Nominal Nominal Ordinal Nominal Ordinal
Condicionantes culturales	El conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social.	Creencias y costumbres:	Preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para atención del parto Pensar que hay maltrato en el hospital La posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal Ambiente de atención cálido y utilizar la propia	Nominal

Título: Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc. Cajamarca 2016.

Variables	Definición conceptual de las variables	Definición operacional de las variables/categorías		
		Dimensiones/ factores	Indicadores/ cualidades	Escala
		Lugar de atención del parto:	ropa. Domicilio Institucional	Nominal
Condicionantes Sanitarios	Son aquellos que prestan servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de atención pública.	Tiempo al establecimiento de salud: Asistencia a control prenatal: Visita domiciliaria recibida: Información sobre las ventajas del parto institucional: Respeto a las creencias y costumbres en la atención del parto:	Menor de 30 min De 30-60 min Mayor de 60 min Si No Si No Si No Si No	Ordinal Nominal Nominal Nominal Nominal
Toma de decisiones para atención de parto institucional o domiciliario	Proceso deliberado que lleva a la selección de una acción determinada entre un conjunto de acciones alternativas.	Persona que decidió el lugar del parto:	Ella misma Pareja/esposo Familiares Compartida con esposo	Nominal

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

El presente trabajo de investigación se desarrolló en la Micro Red de Salud Hualgayoc, consta de 12 establecimientos de salud que realizan las actividades en el área materna y perinatal, brindando atenciones principalmente preventivas y promocionales así como recuperativas al individuo, la familia y la comunidad. Generalmente se brinda atención ambulatoria de 6 a 12 horas, facilitando el acceso sobre todo de la población de bajos recursos económicos del distrito de Hualgayoc de la zona rural.

La oferta de los servicios de salud en el distrito de Hualgayoc, está compuesta principalmente del sector público y sector privado. En el sector público se encuentra la Micro Red de Salud Hualgayoc, como ente rector, el cual presta servicios a la población más pobre y se caracteriza por tener una cobertura en todo el distrito; realizando actividades específicas en atención pre concepcional, atención prenatal reenforcada, atención de parto inminente, parto no referible, atención de puerperio y atención de recién nacido vigoroso, identificación y referencia oportuna de gestantes, diagnóstico, estabilización y/o manejo inicial de las emergencias obstétricas y neonatales y referencia (DER) y la atención en planificación familiar.

La provincia y distrito de Hualgayoc, es uno de los tres distritos que conforman la provincia de Hualgayoc, del departamento de Cajamarca, bajo la administración del Gobierno Regional de Cajamarca. Limita por el norte con los distritos de Chota y Bambamarca; por el sur con los distritos de Cajamarca, San Miguel y San Pablo; por el este con el Distrito de Bambamarca; y, por el oeste con los distritos de Chugur y San Miguel; tiene una población aproximada de 20 129 habitantes, de la cual el 90% es rural.

4.2. Diseño y tipo de investigación

El presente estudio es una investigación de diseño cuantitativo, tipo descriptivo, correlacional y analítico.

- **Descriptivo.-** Porque se describe y analiza las variables de estudio, los condicionantes sociales, culturales y sanitarios, tal como se presentaron en su medio natural, sin haberlas manipulado.
- **Correlacional.-** Porque se estableció la relación estadística de las variables condicionantes socioculturales - sanitarios y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario.
- **Analítico.-** Se analiza la relación resultante entre ambas variables.

4.3. Métodos de investigación

En la presente investigación se utilizó el método hipotético – deductivo, porque se parte de una pregunta, se construyó una hipótesis la que ha sido contrastada con la realidad.

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

4.4.1. Población.

En el presente trabajo de investigación la población estuvo constituida por todas las mujeres que tuvieron un parto institucional o domiciliario durante el año 2016 en los establecimientos: C.S Hualgayoc, C.S Moran Lirio, P.S Tranca de Pujupe, P.S Apan Alto, que pertenecen a la jurisdicción de la Micro red de salud Hualgayoc. Siendo 93 mujeres de parto institucional o domiciliario.

La fuente de información que se utilizó fue la base de seguimiento de gestantes y puérperas que se utiliza en cada establecimiento de salud donde se registra a todas las gestantes, lugar de parto y el personal de salud que atendió el parto.

4.4.2. Muestra.

El tamaño de la muestra fue de acuerdo al tamaño poblacional, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; fue probabilística y la técnica para la determinación de la muestra fue el muestreo aleatorio simple. Para calcular la muestra se utilizó la siguiente fórmula (apéndice 1).

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

En donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población: 93

Z = Coeficiente de confiabilidad al 95% = 1.96

P = Proporción esperada de mujeres con la características de interés en la población de estudio= 0.5%

q = 1-p= Proporción esperada de mujeres sin la característica de interés= 0,5%

E = Error máximo permisible = 0.05%

Desarrollando la fórmula se tiene:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{0.2315 + 0.9604} = 74.87$$

$$n \geq 75$$

Luego esta cifra se distribuyó proporcionalmente de acuerdo al tamaño de la población (por establecimiento de salud), resultando los estratos por establecimiento de salud de la siguiente manera.

Tabla 1. Distribución de la muestra por establecimiento de salud, mujeres de parto institucional o domiciliario, Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Estrato	Población	Proporción	Muestra
C.S Hualgayoc	35	0.37	28
C.S Moran Lirio	23	0.25	19
P.S Tranca de Pujupe	15	0.16	12
P.S Apan Alto	20	0.22	16
TOTAL	93	1	77

Fuente: Sistema de vigilancia de gestantes y puérperas. Red de Salud Hualgayoc- Bambamarca.

4.4.3. Unidad de análisis.

Estuvo constituida por cada mujer de parto institucional o domiciliario perteneciente a la jurisdicción de la Micro Red de Salud Hualgayoc de 18 a más años de edad.

Criterios de inclusión

Son criterios de inclusión los siguientes:

- Mujeres en el rango de edades de 18 a 39 años de edad.
- Mujeres de parto institucional o domiciliario.
- Mujeres que hayan vivido durante el embarazo y parto en la jurisdicción de la Micro Red de Salud Hualgayoc.
- Estar en uso completo de sus facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.
- Tener historia clínica en los establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Hualgayoc.

Criterios de exclusión

- Mujeres adolescentes (12 a 17 años) que hayan tenido un parto institucional o domiciliario (33).
- Mujeres que hayan tenido parto en el trayecto al establecimiento de salud.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio en forma libre.

4.4.4. Condiciones éticas.

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

- **Autonomía:** La mujer tuvo la libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.
- **No maleficencia:** La información que se obtuvo luego que la mujer brinde su consentimiento para la entrevista.

- **Consentimiento informado:** Luego que la mujer fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización y firmó el documento de consentimiento informado.
- **Privacidad:** Se respetó el anonimato desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- **Confidencialidad:** La información referida por la mujer, no será revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

Se solicitó la autorización al gerente de la Micro Red de Salud Hualgayoc para llevar a cabo la investigación, de igual manera al personal de los establecimientos de salud.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

4.5.1. Técnicas de recopilación de información.

Técnica de ficha bibliográfica, se realizó la recopilación de la información que ayudó a construir el problema, los objetivos, la hipótesis y el marco conceptual.

Técnica de entrevista, para la recopilación de la información a través del cuestionario se utilizó la entrevista a las mujeres, obteniéndose información sobre las variables del estudio. Se utilizó como instrumento un cuestionario previamente validado y confiable, destinado a recolectar información sobre los condicionantes socioculturales y sanitarios y la decisión de la mujer para el parto institucional o domiciliario (apéndice 2).

Para la presente investigación en una primera fase del estudio se solicitó el permiso correspondiente al gerente de la Micro Red de Salud Hualgayoc, así como al personal asistencial, a los cuales se les explicó de la importancia y objetivos de la investigación.

En la segunda fase del estudio, luego de identificar a las mujeres de parto institucional y domiciliario, fueron informadas en forma detallada sobre los objetivos del estudio y se las invitó a participar en forma voluntaria, solicitándoles su consentimiento para aplicar la encuesta (apéndice 3).

4.5.2. Cuestionario de recolección de datos.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario que consta de 14 preguntas cerradas, dicotómicas y de respuesta múltiple, está estructurada en 4 secciones que incluyen las variables de estudio.

En la primera sección se presentan los condicionantes sociales de las mujeres de parto institucional y domiciliario, las cuales se detallan: edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, procedencia e ingreso económico.

La segunda sección contiene 2 preguntas relacionados a los condicionantes culturales de las mujeres de parto institucional y domiciliario: Preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto, pensar que hay mal trato en el hospital, la posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal, ambiente de atención cálido y utilizar la propia ropa y lugar de atención del parto: institucional o domiciliario.

La tercera sección incluye 5 preguntas relacionadas a los condicionantes sanitarios, referido a: tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud, asistencia al control prenatal, visita domiciliaria, información sobre las ventajas del parto institucional y el respeto a sus creencias y costumbres durante el parto.

La cuarta sección recoge información de la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario: Ella misma, pareja/esposo, familiares y compartida con esposo (apéndice 2).

Validez y confiabilidad del instrumento

Para determinar la validez del cuestionario, se utilizó el criterio de cinco expertos, en el tema con la finalidad de determinar si las preguntas y los ítems ayudan a obtener los objetivos del estudio de investigación (apéndice 4).

Los criterios evaluados fueron la congruencia de los ítems o preguntas, la redacción de ítems, amplitud del contenido, claridad, precisión y pertinencia; calificándolas como deficiente, aceptable, bueno y excelente, obteniendo un resultado de bueno; indicando que los ítems y las preguntas permitían obtener los objetivos de la presente investigación (apéndice 5).

Para determinar la confiabilidad, se ha utilizado el coeficiente de alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna del instrumento, para los ítems de las variables especificadas, obteniéndose una alfa de Cronbach (α) de 0,75 que indica una alta confiabilidad (apéndice 6).

Prueba Piloto

El instrumento se aplicó a 15 mujeres del ámbito de la jurisdicción de la Micro Red de Salud Hualgayoc, las mismas que se excluyeron para seleccionar la muestra.

Al realizar la prueba piloto se tomó en cuenta algunas opiniones de las mujeres, comprensión respecto a las preguntas y se adecuaron de acuerdo a las sugerencias.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Técnica de procesamiento de los datos

Todo el cuestionario fue codificado para su fácil procesamiento. Luego de la obtención de la información, se procedió al vaciado y elaboración de la base de datos para el procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS versión 24, luego se realizó la verificación de la calidad de la digitación al 100% de los cuestionarios. Los resultados se presentan en tablas de asociación y simples (de frecuencia).

Análisis de la información

Se ha realizado el análisis uni y bivariado, los resultados se han analizado teniendo en cuenta los antecedentes del problema y el marco teórico. Para determinar la relación entre la variable independiente (condicionantes sociales, culturales y sanitarios) y la variable dependiente (decisión de la mujer para la atención del parto), se ha utilizado la prueba estadística de Chi cuadrado que se usa en variables nominales y ordinales.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

Tabla 2. Persona que toma la decisión para la atención del parto institucional o domiciliario. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Toma de decisiones	Domicilio		Institucional		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ella misma	2	2,6	18	23,4	20	26,0
Pareja/esposo	9	11,7	12	15,5	21	27,2
Familiares	9	11,7	9	11,7	18	23,4
Decisión compartida con esposo	0	0,0	18	23,4	18	23,4
Total	20	26,0	57	74,0	77	100,0

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario.

La tabla adjunta muestra la toma de decisiones para la atención de parto institucional y domiciliario, hallándose que, respecto al parto institucional, el 23,4% la decisión (de la atención del parto) fue tomada por ella misma y decisión compartida con esposo, respectivamente; pasa lo contrario cuando se trata de parto en domicilio, el 11,7% la decisión toma la pareja/esposo y familiares, mismo porcentaje para ambos casos.

Tabla 3. Mujeres atendidas de parto institucional o domiciliario según condicionantes sociales. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Condicionantes Sociales		Total	
		N	%
Edad	18 -24	39	50,6
	25 – 29	19	24,7
	30 -34	12	15,6
	>=35	7	9,1
Ocupación	Ama de casa	73	94,8
	Empleada publica	2	2,6
	Trabajo independiente	2	2,6
Estado civil	Soltera	3	3,9
	Casada	7	9,1
	Conviviente	67	87,0
Grado de instrucción	Sin instrucción	9	11,7
	Primaria	38	49,3
	Secundaria	27	35,1
	Superior	3	3,9
Procedencia	Urbana	16	18,2
	Rural	61	81,2
Ingreso económico	≤ a 850 soles	63	81,2
	De 851 a 1699 soles	14	18,2
	Total	77	100,0

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario.

La tabla muestra los condicionantes sociales para la atención de parto institucional o domiciliario, hallándose que la mitad de la población en estudio (50,6%) tiene edad que oscila entre 18 a 24 años de edad, es decir es una población joven; el 94,8% son amas de casa; el 87,0% convivientes; el 49,3% tiene grado de instrucción primaria; el 81,2% proceden de la zona rural, y el mismo porcentaje tiene ingreso económico menor a 850 soles mensuales.

Tabla 4. Mujeres atendidas de parto institucional o domiciliario según condicionantes culturales. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Condicionantes Culturales (costumbres y creencias en la atención del parto)	Total	
	N	%
Preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto	37	48,0
Pensar que hay mal trato en el hospital	16	20,8
Posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal	18	23,4
Ambiente de atención cálido y utilizar la propia ropa	6	7,8
Total	77	100,0

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario.

La tabla muestra los condicionantes culturales para la atención de parto institucional o domiciliario, observándose que, según las costumbres y creencias en la atención de parto, el 48,0% refiere preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto; seguido del 23,4% de la posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal. Mínimo porcentaje prefiere un ambiente de atención cálido y utilizar su propia ropa (7,8%)

Tabla 5. Mujeres atendidas de parto institucional o domiciliario según condicionantes sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Condicionantes sanitarias		Total	
		N	%
Tiempo al establecimiento de salud	Menor de 30min	28	36,4
	De 30 - 60 min	19	24,7
	Mayor de 60 min	30	39,0
Controles Prenatales	Si	77	100,0
	No	0	0,0
Visita domiciliaria	Si	61	79,2
	No	16	20,8
Información sobre las ventajas del parto institucional	Si	69	89,7
	No	8	10,3
Respeto a las creencias y costumbres en la atención del parto	Si	22	26,6
	No	55	71,4
Total		77	100,0

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario.

En la tabla se muestra los condicionantes sanitarios para la atención de parto institucional o domiciliario, observándose que según el tiempo al establecimiento de salud, el 39,0% tarda más de 60 minutos, la cuarta parte tarda entre 30 a 60 minutos en llegar al establecimiento de salud (24,7%); el 100,0% asistió a sus controles prenatales; el 79,2% recibió visita domiciliaria por el personal de salud, el 20,8% de mujeres no recibió visita; el 89,7% refirió que el personal de salud le informó sobre la importancia del parto institucional; el 71,4% indicó que durante el parto la persona que le atendió no respetó sus creencias y costumbres.

Tabla 6. Condicionantes sociales y su relación con la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Condicionantes Sociales	Toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario								Total		Chi cuadrado	
	Ella misma		Pareja/esposo		Familiares		Compartida con esposo					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ²	P
Edad												
18 -24	9	11,7	11	14,2	9	11,7	10	13,0	39	50,6	14,97	0,24
25 – 29	5	6,5	2	2,6	7	9,1	5	6,5	19	24,7		
30 -34	3	3,9	6	7,8	1	1,3	2	2,6	12	15,6		
>=35	3	3,9	2	2,6	1	1,3	1	1,3	7	9,1		
Ocupación												
Ama de casa	18	23,4	21	27,2	18	23,4	16	20,8	73	94,8	4,35	0,82
Empleada publica	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	2	2,6		
Trabajo independiente	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	2	2,6		
Estado civil												
Soltera	2	2,6	1	1,3	0	0,0	0	0,0	3	3,9	6,64	0,57
Casada	2	2,6	2	2,6	0	0,0	3	3,9	7	9,1		
Conviviente	16	20,8	18	23,3	18	23,4	15	19,5	67	87,0		
Grado de instrucción												
Sin instrucción	3	3,9	4	5,2	2	2,6	0	0,0	9	11,7	18,05	0,11
Primaria	7	9,1	12	15,5	13	16,9	6	7,8	38	49,3		
Secundaria	8	10,4	5	6,5	3	3,9	11	14,3	27	35,1		
Superior	2	2,6	0	0,0	0	0,0	1	1,3	3	3,9		
Procedencia												
Urbana	5	6,5	1	1,3	0	0,0	8	10,4	16	18,2	10,80	0,02
Rural	15	19,5	20	25,9	18	23,4	10	13,0	61	81,2		
Ingreso económico												
≤ a 850 soles	15	19,5	18	23,3	16	20,8	14	18,2	63	81,2	3,92	0,41
De 851 a 1699 soles	5	6,5	3	3,9	2	2,6	4	5,2	14	18,2		
Total	20	26,0	21	27,2	18	23,4	18	23,4	77	100,0		

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario.

En la tabla se muestra los condicionantes sociales y su relación con la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario, en cuanto a la edad se observa que, del total de las mujeres, el 50,6% tienen de 18 a 24 años de edad, de las cuales en el 14,2% la decisión para la atención de parto fue realizada por la pareja/esposo; y en el 13,0% la decisión fue compartida con el esposo. En cuanto a la ocupación, se observa que, el 94,8% son amas de casa, de éstas en el 27,2% la decisión

para la atención de parto fue tomada por la pareja, en el 23,4% la decisión de la atención del parto fue por ella misma y familiares para ambos casos. En cuanto al estado civil, el 87,0% son convivientes, de las cuales en el 23,4% la decisión de la atención del parto fue realizada por la pareja y familiares respectivamente.

Respecto al grado de instrucción el 49,3% tienen grado de instrucción primaria y el mayor porcentaje de la decisión para la atención de parto fue por los familiares (16,9%); y el 35,1% tienen secundaria, de éstas el 14,3% la decisión fue compartida con su esposo. En cuanto a la procedencia, el 81,2% son la zona rural, de éstas en el 25,9% la decisión sobre la atención de parto fue por la pareja. En el ingreso económico el 81,2% tiene un ingreso menor o igual a 850 soles, de éstas el 23,3% y 20,8% la decisión de la atención del parto fue por la pareja y familiares, respectivamente.

Al establecer la relación entre procedencia y toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario, se encontró un valor de $P\text{-valúe} = 0,02 < \alpha = 0.05$; se concluye con un nivel de significancia (riesgo) del 5% que existe relación significativa entre ambas variables.

Tabla 7. Condicionantes culturales y su relación con la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Condicionantes Culturales (Costumbres y creencias en la atención del parto)	Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario								Total		Chi cuadrado	
	Ella misma		Pareja/esposo		Familiares		Compartida con esposo					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	X ²	P
Preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto	11	14,3	12	15,5	9	11,7	5	6,5	37	48,0		
Pensar que hay mal trato en el hospital	4	5,2	5	6,5	2	2,6	5	6,5	16	20,8	59,95	0,00
Posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal	3	3,9	4	5,2	5	6,5	6	7,8	18	23,4		
Ambiente de atención cálido y utilizar la propia ropa	2	2,6	0	0,0	2	2,6	2	2,6	6	7,8		
Total	20	26,6	21	27,2	18	23,4	18	23,4	77	100,0		

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario. Micro red de Salud Hualgayoc 2016.

Respecto a las costumbres y creencias de la atención del parto, el 48,0% refiere preferencia por la partera tradicional y el acompañamiento familiar para la atención de parto; de las cuales, en el 15,5% la decisión de la atención del parto fue por la pareja; el 23,4% refiere la costumbre de la posición vertical para la atención de parto y que no realicen corte vaginal, de estas en el 6,5% la decisión para la atención del parto fue por los familiares.

Al establecer la relación entre estas variables se encontró un valor de p-valúe = 0,00 < α = 0.05; por lo que se concluye que existe relación altamente significativa entre la variable costumbres y creencias y la toma de decisiones en la atención del parto institucional o domiciliario, con un nivel de significancia (riesgo) del 5%.

Tabla 8. Condicionantes sanitarios y su relación con la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.

Condicionantes sanitarias	Toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario								Total		Chi cuadrado	
	Ella misma		Pareja/esposo		Familiares		Compartida con esposo					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ²	P
Tiempo al establecimiento de salud												
Menor de 30min	10	13,0	3	3,9	2	2,6	13	16,9	28	36,4		
De 30 - 60 min	7	9,1	8	10,4	3	3,9	1	1,3	19	24,7	30,12	0,00
Mayor de 60 min	3	3,9	10	12,9	13	16,9	4	5,2	30	39,0		
Controles Prenatales												
Si	20	26,0	21	27,2	18	23,4	18	23,4	77	100,0	-	
No	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Visita domiciliaria												
Si	19	24,7	17	22,0	11	14,3	14	18,2	61	79,2	6,84	0,14
No	1	1,3	4	5,2	7	9,1	4	5,2	16	20,8		
Información sobre las ventajas del parto institucional												
Si	19	24,7	19	24,7	15	19,5	16	20,8	69	89,7	4,09	0,39
No	1	1,3	2	2,5	3	3,9	2	2,6	8	10,3		
Respeto a creencias y costumbres en la atención del parto												
Si	4	5,2	7	9,1	6	7,8	5	6,5	22	28,6	2,63	0,62
No	16	20,8	14	18,1	12	15,6	13	16,9	55	71,4		
Total	20	26,0	21	27,2	18	23,4	18	23,4	77	100,0		

Fuente: Encuesta de condicionantes sociales, culturales y sanitarios que se relacionan con el parto institucional o domiciliario.

En la tabla se muestra los condicionantes sanitarios y su relación con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario, se observa que, el 39,0% refiere que el tiempo que tarda en llegar al establecimiento es mayor de 60 minutos, de éstos el 16,9% la decisión para la atención del parto fue por los familiares; respecto a las atenciones prenatales, el 100,0% se realizó su atención prenatal, de estos en el 27,2% la decisión de la atención del parto fue por la pareja.

En cuanto a la visita domiciliaria, el 79,2% recibió visita, de los cuales, el 24,7% la decisión de la atención del parto fue por ella misma, siendo el más alto porcentaje; el 89,7% refiere que el personal de salud le informó sobre las ventajas del parto institucional, de éstos, el 24,7% la decisión de la atención del parto fue por la pareja y familiares, respectivamente; el 71,4% respondió que durante el parto, la persona que atendió no respetó sus creencias y costumbres, de éstas, el 20,8% la decisión de la atención del parto fue por ella misma.

Respecto al tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud y toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario se encontró un valor de $P\text{-valúe} = 0,00 < \alpha = 0.05$; se concluye que existe relación altamente significativa entre ambas variables.

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

De la identificación de la persona quien toma la decisión al momento del parto, se encontró que, cuando se trata de parto institucional, el 23,4% la decisión de la atención del parto fue tomada por ella misma y decisión compartida con esposo, respectivamente; pasa lo contrario cuando se trata de parto en domicilio que, el 11,7% la decisión toma la pareja/esposo y familiares, mismo porcentaje para ambos casos (tabla 2).

Los hallazgos de la presente investigación coinciden con el estudio desarrollado por López Vásquez, C (11), quien indica en su investigación que, la persona que tomó la decisión para la atención del parto fue el esposo en un 62%, seguido de decisión propia en un 21,4%. Así mismo refiere Martínez Mollá, T (29) que para poder decidir es importante contar con una información válida y relevante que permita evaluar todas las ventajas y desventajas de las diversas opciones, para de ese modo elegir lo mejor entre lo posible. Este es un aspecto importante a tener en cuenta en nuestra realidad, debido a que las mujeres deben tener información válida para que puedan decidir donde llevar a cabo su parto y no depender de sus familiares.

Al respecto Sandoval Falcón, V (4), menciona que la probabilidad parto institucional y atención posparto, disminuye alrededor del 30%, cuando es la pareja (esposo/conviviente), quien decide sobre el cuidado de la salud de la mujer, respecto a las mujeres que deciden sobre su propio cuidado de salud.

Así mismo Laza Vásquez, C (3), en su estudio “Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional”, indica que los miembros de la familia (suegra y madre), como principales asesores, generan presión en la mujer para su decisión en la atención del parto, basadas en sus experiencias de la atención hospitalaria versus la de la partera tradicional; aconsejan por lo general quedarse en el hogar, la mujer obtenía el apoyo necesario de sus cónyuges para acceder al servicio de la partera tradicional.

Cuando se analiza las 4 demoras para que ocurra una muerte materna, la segunda demora se refiere a la inequidad de género la cual no le permite a la mujer asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su

pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros) (30); en el presente estudio se observa el 11,5% decide la pareja/esposo y familiares cuando se trata de parto domiciliario (tabla 2).

En cuanto a los condicionantes sociales para la atención de parto institucional o domiciliario se encontró el mayor porcentaje de mujeres de edad entre 18 a 24 años (50,6%); de ocupación amas de casa (94,8%); de estado civil conviviente (87,0%); de grado de instrucción primaria (49,3%), de procedencia rural (81,2%) y de ingreso económico menor a 850 soles (81,2) (tabla 3).

Dicho hallazgo es similar a la investigación publicada por Chagua Pariona, N (12) quien concluye, que el 37% de mujeres se encontraba entre los 25 a 29 años, 69% fueron amas de casa, el porcentaje de mujeres que no concluyeron los estudios iniciales, primaria y secundaria fue 73%. Así mismo Montero Gutiérrez, J (10) encontró que el 45% de madres tenían primaria y Rojas Tafur, F (15) el 92% de mujeres fueron amas de casa.

Respecto a los condicionantes culturales de las mujeres con parto institucional o domiciliario, se observa que según las costumbres y creencias en la atención de parto, el 48,0% refiere preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto; seguido del 23,4% de la posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal (tabla 4). Este resultado es semejante a lo indicado por Laza Vásquez, C (3), quien refiere que las mujeres tienen confianza en las parteras tradicionales, están cercanas y son de la misma cultura; la familia y los líderes comunitarios presionan a la mujer para su atención por esta agente tradicional.

Así mismo afirma que las parteras tradicionales preservaban y promovían las prácticas tradicionales que están arraigadas en las creencias culturales de los grupos legitimándolas en su quehacer, con acciones como masajear el abdomen, enterrar la placenta en la casa, orar y apoyar a la familia, cumplían con las expectativas culturales y sociales de la atención a la mujer de una manera que no lo hace el sistema formal de salud. Por ejemplo, mientras en el centro de salud les recomendaba acostarse, ellas consideraban que no era bueno tener sus hijos en esa posición ya que estaban acostumbradas a agacharse para el acto expulsivo (3). Similar resultado en el presente estudio, el 23,4% prefiere posición vertical para la atención del parto (tabla 4).

Así también Sandoval Falcón, V (4), afirma que hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de parteras/comadronas y, hay quienes buscan ayuda profesional y parto institucional. Los factores asociados a la primera elección serían la tradición o costumbre, habilidades de la comadrona/partera de cuidado especial, el costo, y respeto por costumbres locales (ejemplo, retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas, y elegir la posición en el parto).

En la atención diaria en los establecimientos de salud de la Micro Red, se observa que aún persiste en las mujeres y familias la preferencia de atención por la partera, persona que reside en el mismo lugar y comparte las mismas creencias y costumbres, impidiendo la confianza con el personal de salud a quien se refieren como una persona ajena a sus costumbres; así mismo una de las creencias para no aceptar el parto institucional se relacionan en pensar que hay mal trato en el hospital, puesto que las comunidades son pequeñas y la mayoría de personas se conocen y cuentan sus experiencias o escuchan por los medios de comunicación lo que pasa en el ámbito de la salud, muchas veces experiencias negativas sobre la atención de parto.

De entre los condicionantes sanitarios de las mujeres con parto institucional o domiciliario, se encontró que el mayor porcentaje (39,0%) se demora más de 60 minutos en llegar al establecimiento de salud, situación que expresa la inaccesibilidad para acceder a un establecimiento de salud. Es importante mencionar que el 100,0 % asistió al control prenatal lo que evidencia la toma de conciencia por la mujer de la importancia del control prenatal, igual sucede con la visita domiciliaria por parte del personal de salud, la información brindada por el personal de salud sobre la ventaja del parto institucional (tabla 5).

Los resultados obtenidos son similares con lo encontrado por Laza Vásquez, C (3), quien concluye que, el 27% refirió que para acudir a unidad de salud se tarda más de una hora. Con relación al respeto de costumbres y creencias en la atención del parto por el personal de salud, el 71,4% no se respetaron, resultado que difiere totalmente con lo encontrado por López Vásquez, C (11), que la persona que atendió el parto respetó sus costumbres y creencias en el 100%. Esta diferencia se debe a que el estudio de López es realizado en mujeres que tuvieron parto en domicilio y el presente estudio fue realizado en mujeres con parto institucional y domiciliario.

El acceso geográfico, la distancia y la falta de transporte influyen mucho para el acercamiento a los establecimientos de salud en el momento del parto dando más aceptación a dar a luz en la casa. Así mismo afirma que los controles prenatales son un factor primordial al momento del embarazo y parto porque mediante este se brindan información sobre la evolución del embarazo, alimentación complementaria, signos de alarma y riesgo, prevención de complicación y preparación del plan de parto y nacimiento sin riesgos. Cabe recalcar que durante el control prenatal el personal de salud tiene la responsabilidad de promocionar los beneficios del parto institucional (10).

En la tabla 6 se relaciona estadísticamente los condicionantes sociales, edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, procedencia e ingreso socioeconómico y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario.

En cuanto a la edad, se observa que el 50,6% tienen entre 18 a 24 años de edad, de las cuales el 14,2% la decisión para la atención de parto fue por la pareja, y el 13,0% la decisión compartida con esposo; el menor porcentaje, el 9,1% tienen edad mayor o igual a 35 años, de éstas el 1,3% la decisión para la atención de parto fue por los familiares y compartida con esposo, respectivamente. No se encontró relación estadística entre la edad y la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario $P\text{-value} = 0,24 > \alpha = 0,05$.

Los resultados obtenidos podría deberse a que las mujeres de la zona rural, generalmente inician su vida sexual reproductiva a corta edad, en el estudio el 81,2% procede de la zona rural, y la toma de decisiones para el parto, los mayores porcentajes se dan en la pareja (25,9%) y familiares (23,4%); resultados que indican la dependencia económica de la mujer en la familia. Los resultados coinciden con las investigaciones de López Vásquez, C (11) y Chagua Pariona, N (12), quienes encontraron que el 64,2% de mujeres tenían entre los 21 a 30 años y el 27,0% entre 25 a 29 años de edad, respectivamente; y en este último la decisión de la atención del parto fue por la pareja (62,0%).

Relacionando la ocupación ($P\text{-value} = 0,82 > \alpha = 0,05$), estado civil ($P\text{-value} = 0,57 > \alpha = 0,05$) y la toma de decisiones para la atención de parto, no se encontró relación estadística entre ellos. La ocupación que predomina, las amas de casa (94,8%) y el estado civil conviviente (87,0%) (Tabla 6). Este resultado podría deberse a las pocas

oportunidades de trabajo que hay en la zona rural y por tanto su único trabajo es ser amas de casa.

Estos resultados son similares a lo encontrado por Chagua Pariona, N (12) quien afirma que el 69% de mujeres son amas de casa, y con Rojas Tafur, F (15), quien indica que el 92% son amas de casa. Según López Vásquez, C (11) en su estudio, el 69% son convivientes.

Respecto al grado de instrucción de las mujeres y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario, no se encontró relación ($P\text{-value} = 0,11 > \alpha = 0,05$), sin embargo la mayoría tuvo instrucción primaria y en la mayoría tomó la decisión la pareja/esposo y familiares. Apreciándose así mismo que a mayor grado de instrucción de la mujer, mayor porcentaje de decisiones por ella misma.

Datos que coinciden con las investigaciones de Montero Gutiérrez, J (10) y López Vásquez, C (11) quienes encontraron según nivel de educación, el 45% de mujeres tenían primaria y el 52% de mujeres no sabían leer ni escribir; respectivamente. En el presente estudio el 49,3% tienen primaria, de estas el 16,9% la decisión sobre la atención de parto fue por familiares y del 35,1% con secundaria, el 14,3% la decisión fue compartida con su esposo (tabla 6).

La educación de la madre, considerada una variable de estatus de la mujer, resulta ser un fuerte predictor de la atención materna, y provee apoyo para la perspectiva de empoderamiento. La educación estaría afectando la toma de decisiones en la mujer, existe evidencia científica que el grado de instrucción tiene relación con la salud de la mujer y la familia (4).

Así mismo el grado de instrucción juega un rol importante en la salud de la madre, ya que las mujeres con bajo nivel de instrucción tienen menos posibilidades de conocer los cuidados del embarazo, parto y puerperio, lo que podría llevarlas a ausentarse de los controles prenatales, y conducir a un parto domiciliario (22).

La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud, al mismo tiempo el bajo

empoderamiento de la mujer sobre la decisión de la atención del parto (10). Así como se evidencia en la presente investigación, donde la mujer con menor nivel educativo la decisión de la atención del parto fue por la pareja/esposo y familiares (tabla 6).

En lo relacionado a la procedencia e ingreso económico y su relación con la toma de decisiones, se encontró relación significativa sólo con la procedencia ($P\text{-valúe} = 0,02 < \alpha = 0.05$), siendo la toma de decisión en mayor porcentaje realizada por la pareja y los familiares. Como se aprecia en las mujeres del ámbito rural las decisiones son tomadas por cualquier miembro de la familia y no por la mujer, son clara evidencia de subordinación en este aspecto.

Estos datos coinciden con la investigación de López Vásquez, C (11), quien encontró que el 100% de mujeres proceden de la zona rural y la decisión de la atención del parto fue su esposo en el 62%; respecto a la decisión del parto atendido en casa, el 35,7% mencionó que fue por la falta de recursos económicos.

El lugar de procedencia es un factor de mucho interés a tener en cuenta durante el embarazo y parto, puesto que las gestantes que proceden de zonas rurales presenten mayor probabilidad de elegir un parto domiciliario a diferencia de los que viven en zonas urbanas (22). Así mismo la pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización los servicios de salud (3).

Respecto a los condicionantes culturales y su relación con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario, se encontró que existe relación altamente significativa ($P\text{-valúe} = 0,00 < \alpha = 0.05$); así el mayor porcentaje de mujeres prefieren a la partera tradicional para la atención del parto (48,0%), no encontrando diferencia significativa en la toma de decisión por ella misma y familiares para la atención del parto institucional o domiciliario; hay mayor preferencia para la atención del parto en posición vertical y la no realización de la episiotomía, ambiente cálido y uso de su propia ropa (tabla 7). Un aspecto que aún no ha superado el personal de los establecimientos de salud en la atención del parto es el mal trato, factor que de una u otra manera puede estar influyendo en la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario.

Estos resultados coinciden con López Vásquez, C (11), quien refiere que la decisión del parto en domicilio fue tomada por el esposo y la atención del parto fue por partera (32,6%). Así también con Laza Vásquez, C (3) quien encontró en su investigación que

las mujeres tienen confianza en las parteras tradicionales, están cercanas y son de la misma cultura; la familia y los líderes comunitarios presionan a la mujer para su atención por la partera tradicional; en la presente investigación, el mayor porcentaje se encuentra el 48,0%, la preferencia por la partera tradicional (tabla 7).

Es importante considerar que la atención “tradicional” está representada por las “parteras” quienes practican la atención del embarazo y parto bajo un modelo explicativo que responde a significados expresados en conocimientos, y creencias del entorno cultural andino (13).

Al decidirse la mujer por la atención del parto hospitalario, se traduce también en el abandono transitorio del cuidado de sus otros hijos, del esposo y del hogar; y la necesidad del acompañamiento de otros miembros de la familia para su cuidado. A la cercanía de las parteras tradicionales, se contraponen el desconocimiento y lo extraño que para las mujeres de las zonas rurales pueden resultar las instituciones de salud con sus rígidas rutinas, procedimientos y lenguaje cargado de tecnicismos médicos. Razones por las cuales en la presente investigación la preferencia por la partera tradicional y el acompañamiento familiar para la atención del parto, se observan en mayor porcentaje (tabla 7).

La toma de decisión es importante en la mujer y en la pareja, sin embargo todos los miembros de la familia toman las decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario; a este respecto Laza Vásquez, C (3) indica que los miembros de la familia (suegra y madre), como principales asesores, generan presión en la mujer para su decisión en la atención del parto, basadas en sus experiencias de la atención hospitalaria versus la de la partera tradicional; aconsejan por lo general quedarse en el hogar. Sobre la mujer también ejerce presión los líderes de las comunidades, en el afán de que estas busquen las prácticas tradicionales durante la atención del parto. Además, la mujer obtiene el apoyo necesario de sus cónyuges para acceder al servicio de la partera tradicional.

Existe la percepción de que el parto es un rito natural para las mujeres, y por esto debe ocurrir en el hogar, a menos que se presenten complicaciones o se les recomiendan que sean atendidas en instituciones de salud. Con el uso de las prácticas tradicionales, las mujeres perciben que se les facilita el proceso del parto y se reduce el uso de intervenciones médicas (3).

Las circunstancias personales que influyen en la toma de decisiones se incluyen los valores, las creencias, las experiencias previas personales y/o de conocidos, los miedos, la percepción del riesgo y seguridad, el apoyo familiar y los recursos económicos. Destaca también la autora que, el apoyo familiar es un elemento fundamental en las decisiones, en la atención obstétrica las mujeres y sus parejas tienen que tomar muchas decisiones siendo el lugar donde se va producir el nacimiento una de las más importantes a las que van a enfrentar. Para algunas mujeres el parto institucional está desprestigiado debido a que las mujeres suelen expresar mal trato, no las escuchan, no les explican, generando gran ansiedad y por tanto temor para el parto institucional (29). Datos coincidentes con la presente investigación donde el 20,8% suele pensar que hay mal trato en el hospital, de estas el 6,5% la decisión de la atención del parto fue por la pareja/esposo y compartida con esposo.

De los condicionantes sanitarios y su relación con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario, se encontró relación altamente significativa con el tiempo de demora al establecimiento de salud ($P\text{-valúe} = 0,00 < \alpha = 0.05$), observándose que en la mayoría la toma de decisión es realizada por los familiares y la pareja, esto debido probablemente a la gran distancia que tendría que recorrer una mujer en trabajo de parto y prefiere que sea los familiares quienes decidan el lugar de la atención del parto.

Los resultados derivados de la actual investigación coinciden con las investigaciones realizadas por Montero Gutiérrez, J (10) donde el 27% refieren que para acudir a unidad de salud se tarda más de una hora. Así mismo López Vásquez, C (11) encontró que el 76% refirió que a las mujeres les llevó entre una hora y media en llegar al servicio de salud, el 19% de dos horas a más.

En el ámbito de los establecimientos de la Micro Red de Salud Hualgayoc, los caminos son de herradura y para algunos establecimientos de salud son trochas carrozables que no se les brinda el mantenimiento adecuado y que requieren un tiempo considerable para el desplazamiento de la mujer. Así también se señala que la distancia desde la residencia de la mujer a las instalaciones hospitalarias, el sistema de transporte deficiente o la falta de transporte y el mal estado de las carreteras, influye en la decisión para el parto (3). De igual manera que el acceso geográfico, la distancia y la falta de

transporte influyen mucho para el acercamiento a los establecimientos de salud en el momento del parto dando más aceptación a dar a luz en la casa (10).

Con relación a la atención prenatal y la toma de decisiones se encontró similares porcentajes en la toma de decisiones para la atención del parto institucional o domiciliario, la pareja, los familiares, ella misma y decisión compartida con esposo (tabla 8).

Los resultados derivados de la presente investigación difieren con las investigaciones realizadas por Montero Gutiérrez, J (10) quien concluye que el 32% asistieron a los controles prenatales; y Chagua Pariona, N (12) que el 69% de las mujeres se controlaron el embarazo. La diferencia de estas investigaciones se debe al año de estudio, ya que en la actualidad la cobertura de atención prenatal está aumentando en todo el país.

Los controles prenatales son un factor primordial porque mediante éste se brindan información sobre la evolución del embarazo, alimentación complementaria, signos de alarma y riesgo, prevención de complicación y preparación del plan de parto y nacimiento sin riesgos. Cabe recalcar que durante el control prenatal el personal de salud tiene la responsabilidad de promocionar los beneficios del parto institucional (10).

La visita domiciliaria es realizada por el personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto), dirigidas a la gestante o púérpera (28), y tiene por finalidad lograr la concientización de la mujer embarazada y su familia sobre los signos y síntomas de alarma y acciones a tomar la decisión para el parto institucional. En la presente investigación el 79,2% recibió visita domiciliaria, de éstas, el 24,7% la decisión de la atención del parto fue por ella misma (tabla 8).

En cuanto a la información sobre las ventajas del parto institucional y el respeto a sus creencias y costumbres durante la atención del parto, datos difieren con las investigaciones realizadas por Montero Gutiérrez, J (10) quien refiere que el 32% el personal de salud responde a sus inquietudes, le brinda información oportuna y adecuada y López Vásquez, C (11), concluyó que la persona que atendió el parto el 100% respetó sus creencias y costumbres y la decisión de la atención del parto fue por la pareja.

El temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud, causados muchas veces por el mal trato que puede dar algún personal de salud o también prejuicios, discriminación o desencuentros culturales, que impiden a menudo que se busquen en el sistema de salud la atención que necesitan (25). Por esto, la comprensión de las tradiciones y creencias acerca del parto y la preferencia para su atención, proporcionan un mecanismo para explorar más a fondo cómo este factor social impacta en la morbilidad y la mortalidad materna (2).

5.3. Contrastación de hipótesis

De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado y el valor “P”, utilizada en la investigación; para determinar si los resultados son estadísticamente significativos en las pruebas de las hipótesis, se establece que:

De los condicionantes sociales: la edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, procedencia e ingreso económico, solo se encontró relación significativa, para las variables procedencia y toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario (P-valúe = $0,02 < \alpha = 0.05$).

La relación fue altamente significativa para las variables condicionantes culturales y toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario (P-valúe = $0,00 < \alpha = 0.05$).

De los condicionantes sanitarios: tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud, control prenatal, la visita domiciliaria, información sobre las ventajas del parto institucional y respeto a las creencias y costumbres en la atención del parto; solo se encontró relación altamente significativa entre tiempo de demora para llegar al establecimiento de salud y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario (P-valúe = $0,00 < \alpha = 0.05$).

CONCLUSIONES

1. Las personas que toman la decisión para la atención de parto en domicilio de las mujeres son la pareja y familiares; si el parto es institucional, la decisión es tomada por la misma mujer y compartida con el esposo, en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.
2. De los condicionantes sociales, la mayoría de mujeres son jóvenes, entre los 18 y 29 años de edad, tienen como ocupación amas de casa, son convivientes, con grado de instrucción primaria, proceden de la zona rural y tienen un ingreso económico menor a S/ 850.00 soles mensuales.

Respecto a los condicionantes culturales se encontró que las mujeres prefieren a la partera tradicional y el acompañamiento familiar para la atención del parto (48,0%).

De los condicionantes sanitarios se reveló que la mayoría de mujeres asistieron al control prenatal y recibieron visita domiciliaria; además fueron informadas por el personal de salud respecto a las ventajas del parto institucional.

Las mujeres, generalmente refieren que sus creencias y costumbres durante la atención del parto no son respetadas por el personal de salud y tardan más de una hora en llegar al establecimiento de salud para recibir atención.

3. Se encontró relación entre la procedencia (condicionante sociales) y la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.
4. Se encontró relación altamente significativa entre los condicionantes culturales y el tiempo de demora al establecimiento de salud (condicionante sanitario), con un P-valúe = $0,02 < \alpha = 0.05$.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A los profesionales de la Red y Micro Red de Salud – Hualgayoc:

- Tomar conciencia acerca de la importancia que implica las visitas domiciliarias y que estas se realicen por personal calificado.
- Fortalecer el empoderamiento de la mujer, durante las visitas domiciliarias, para la toma de decisión en la atención del parto institucional, con personal calificado.
- Sensibilizar al cónyuge y familiares acerca de la importancia del parto institucional.
- Hacer efectiva la implementación de la adecuación cultural, como política de salud, respetando las creencias y costumbres de las mujeres en la atención del parto institucional.
- Generar redes de apoyo social y comunitario para la derivación a una institución de salud y atención del parto institucional.

Al Colegio de Obstetras del Perú:

- Promover el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones para la atención del parto, a través de, la educación materna, control prenatal y visita domiciliaria.
- Realizar el trabajo extramural en los establecimientos de salud, con enfoque intercultural en la familia y comunidad.

Al Gobierno Regional de Cajamarca:

- Fomentar, a través de las políticas de salud, el empoderamiento de la mujer.
- Gestionar, a través del trabajo articulado con las municipalidades, la creación de la casa materna y la implementación de la atención del parto con enfoque de interculturalidad.

A los estudiantes de pos grado de la Universidad Nacional de Cajamarca:

- Realizar investigaciones similares que ayuden al conocimiento de las costumbres, los condicionantes sanitarios y permitan la promoción del parto institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Horey D, Kealy M, Davey M, Small R, Crowther CA. Intervenciones para apoyar a las pacientes embarazadas en la toma de decisiones acerca de la forma del parto después de una cesárea anterior. 2013. [acceso 30 de diciembre 2017]. URL, disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD010041/intervenciones-para-apoyar-las-pacientes-embarzadas-en-la-toma-de-decisiones-acerca-de-la-forma-del-parto>.
- (2) UNFPA [en línea]. Perú: Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para mejorar la salud materna y perinatal 2013 [acceso 20 de enero 2016]. URL disponible en: www.unfpa.org.pe/.../2014/.../Balance-y-Desafios-para-reducir-SMP.pdf].
- (3) Laza Vásquez, C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000300008&script=sci_arttext. [último acceso 26, marzo 2016].
- (4) Sandoval Falcón, V. Atención prenatal, parto institucional y atención posparto en el Perú: efectos individuales y de la comunidad. Perú 2005. [acceso 26 de enero 2016]. URL, disponible en: <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50273>.
- (5) Seinfeld, JN, Mejorando el acceso a parto institucional en las poblaciones marginadas del Perú. Centro de Estudios y de Cooperación Internacional (CECI). Perú 2011.
- (6) Organización Mundial de la Salud [en línea]. Perú. Nota descriptiva: mortalidad materna. 2016. [acceso 2 de febrero 2018]. URL, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- (7) Instituto Nacional de Estadística [en línea]. Encuesta Demografica y de Salud Familiar – ENDES. Perú; 2014. [acceso 20 de diciembre 2015]. URL, disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
- (8) Sistema de vigilancia de gestantes y púerperas. 2016. Red de Salud Hualgayoc – Bambamarca.
- (9) Ministerio de salud pública y asistencia social. [en línea]. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015. [acceso 30 de enero del 2016]. URL, disponible en: www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task.
- (10) Montero Gutiérrez, JP. Factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo alto durante el periodo enero - junio 2014. [Tesis en internet]. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador; 2015.

- (11) López Vásquez, C. Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional. [tesis en internet]. Universidad Rafael Landívar. Guatemala; 2014. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/09/02/Lopez-Clemente.pdf>.
- (12) Chagua Pariona, NC. Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán. Lima 2010. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2010;3(1). http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IX%202010/7-Parto_Domiciliario.pdf [ultimo acceso 10 de febrero 2016].
- (13) Valderrama Sánchez, S. Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión- Perú. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2010;3(1,2). <http://www.inppares.org/sites/default/files/7%20Mujer%20Rural.pdf>. [Ultimo acceso 9 de febrero 2016].
- (14) Tarqui, C y Barreda, A. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2005; 22(2). <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>. [Ultimo acceso 12 de febrero 2016].
- (15) Rojas Tafur, F. Parto institucional y domiciliario: factores personales y socio-económicos. Centro de salud magna vallejo. Cajamarca 2009. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.
- (16) Moreno, E y Gil, J. El modelo de creencias de salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica Y Propuesta Alternativa. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 2003; 3(1).
- (17) Peñaloza Palomeque, M. Teoría de las decisiones perspectivas, núm. 25, enero-junio, 2010, pp. 227-240. Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4259/425942454012.pdf>.
- (18) Fabián Borea, L. La Toma de Decisiones. Un modelo de análisis integrador. Universidad de la Matanza, Cuba. Disponible en: <http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/4/26/m0.pdf>.
- (19) Organización Mundial de la Salud. [en línea]. Condicionantes y determinantes de la salud. Bolivia; 2012. [acceso 12 de enero 2016]. URL, disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1272&Itemid=318.
- (20) Cartaluccia, L. Factores sociales y culturales en salud, 2009. Capacitación Virtual – Salud Pública y Auditorias Médicas. [acceso, 02 de febrero 2016]. URL, disponible en: <https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/06/14/factores-sociales-y-culturales-en-salud/>.
- (21) Organización Mundial de la Salud [en línea]. Lima: Nota de Prensa Mortalidad Materna 2015. [Acceso 20 enero 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

- (22) Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la Salud. Peru: Lexus; 2010.
- (23) OXFAM [en línea]. Pobreza y desigualdad en el Perú: cuando el crecimiento no basta, Lima; 2014. [acceso 12 de enero 2016]. URL, disponible en: <http://www.oxfamblogs.org/lac/wp-content/uploads/2014/10/Anexo-Peru-Desigualdad.pdf>.
- (24) Real Academia de la Lengua Española [en línea]. Definiciones, 2015. [acceso 13 de febrero 2016]. URL, disponible en: <http://www.rae.es/>.
- (25) Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud Peruano: La atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(4). <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13.pdf>. [Acceso 14 de febrero 2016].
- (26) Campos Navarro, R. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(1). <http://www.scielosp.org/pdf/rpmsp/v27n1/a16v27n1.pdf>. [Ultimo acceso 14 de febrero 2016].
- (27) Organización Mundial de la Salud [en línea]. Atención primaria de salud. 2016. [acceso 3 de enero 2016]. URL, disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
- (28) Resolución Ministerial. Lima, 14 de octubre del 2013 del Ministerio de Salud, por la que se publica la Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud Materna, 24 de diciembre 2013. 105: 8-9. <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>. (Ultimo acceso 13 de enero 2016).
- (29) Martínez Mollá, T. Etnografía para la decisión del parto en el domicilio. [Tesis doctoral en internet]. Universidad de Alicante, 2015. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf.
- (30) Alvarado Rodríguez C. Mortalidad Materna. Ponencia presentada en el V Foro De Salud Pública. 28 de junio 2015, Cajamarca.
- (31) Resolución Ministerial. Lima, 02 de agosto del 2015 del Ministerio de Salud, por la que se publica Norma Técnica Para La Atención del Parto Vertical del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Ministerio de Salud. Lima; 2005. 33: 17.
- (32) UNICEF [en línea]. Maternidad Segura 2006. [acceso 28 de enero 2016]. URL, disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/maternidad_segura.pdf.
- (33) Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente N° 034-MINSA/DGSP-V.02: MINSA; 2012. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/Norma%20Adolescente.pdf>.

APÉNDICES

APÉNDICE 01

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

- El tamaño de la muestra para las mujeres de parto institucional se calculó

con la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (93)}{(0.05)^2 (93- 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{70.109}{0.18+ 0.9604} = \frac{70.109}{1.1404} = 74.8$$

$$n \geq 75 \text{ mujeres}$$

APÉNDICE 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POST GRADO MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN SALUD PUBLICA

Me dirijo a su persona para saludarla y al mismo tiempo manifestarle que estoy realizando un trabajo de investigación y tiene como objetivo determinar y analizar los condicionantes socioculturales y sanitarios que se relacionan con la toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario en la Micro Red de Salud Hualgayoc 2016. El cuestionario es anónimo y voluntario.

A continuación le voy a formular algunas preguntas:

DATOS GENERALES:

Fecha de aplicación de cuestionario:.....
EESS:..... **Código de encuesta:**.....

I. VARIABLES DE ESTUDIO:

2.1. Condicionantes sociales:

1. ¿Cuántos años tiene?

- (1) 18 - 24 ()
- (2) 25 - 29 ()
- (3) 30- 34 ()
- (4) \geq 35 ()

2. ¿Cuál es su ocupación?

- (1) Ama de casa ()
- (2) Empleada publica ()
- (3) Trabajo independiente ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

- (1) Soltera ()
- (2) Casada ()
- (3) Conviviente ()

4. ¿Hasta qué año ha estudiado?

- (1) Sin instrucción ()
- (2) Primaria ()
- (3) Secundaria ()
- (4) Superior ()

5. ¿De dónde procede?

- (1) Zona Urbana ()
- (2) Zona Rural ()

6. ¿Aproximadamente cuánto es su ingreso económico mensual?

- (1) Menor o igual a 850 soles ()
- (2) De 851 a 1699 soles ()

2.2. Condicionantes culturales

7. ¿Qué costumbres y creencias tiene en la atención del parto?

- (1) Preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto ()
- (2) Pienso que hay mal trato en el hospital ()
- (3) La posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal ()
- (4) Ambiente de atención cálido y utilizar la propia ropa ()

8. ¿Dónde se atendió su parto?

- (1) Domicilio ()
- (2) Institucional ()

2.3. Condicionantes sanitarios

9. ¿Cuánto tiempo le demora llegar al establecimiento de salud?

- (1) Menor de 30 min ()
- (2) De 30 – 60 min ()
- (3) Mayor de 60 min ()

10. ¿Tuvo controles prenatales en su embarazo?

- (1) Si ()
- (2) No ()

11. ¿Recibió visita domiciliaria por parte del personal de salud durante el embarazo?

- (1) Si ()
- (2) No ()

12. ¿El personal de salud le informó sobre las ventajas del parto institucional?

- (1) Si ()
- (2) No ()

13. Durante el parto, la persona que la atendió ¿respetó sus creencias, y costumbres?

- (1) Si ()
- (2) No ()

2.4.Toma de decisiones para la atención del parto:

14. ¿Quién decidió donde se atendería su parto?

- (1) Ella misma ()
- (2) Pareja/esposo ()
- (3) Familiar ()
- (4) Compartida con esposo ()

GRACIAS POR SU COLABORACION

APÉNDICE 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto voluntariamente participar en la investigación titulada: Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016, después de haber sido informada de los objetivos y metodología del estudio.

La información que se me ha brindado solo será utilizada con fines de investigación. Además, estoy consciente que tengo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto genere algún perjuicio.

.....
Firma
DNI:

APÉNDICE 04

Validación del cuestionario por Juicio de expertos

INSTRUCCIONES: Evalúe cada ítem del instrumento marcando con un aspa en “TA” si está totalmente de acuerdo con el ítem, o “TD” si está totalmente en desacuerdo. De estar en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.	
ITEMS DEL INSTRUMENTO	EVALUACIÓN
CONDICIONANTES SOCIALES	
¿Cuántos años tiene? (1) 18 - 24 (2) 25 - 29 (3) 30- 34 (4) ≥ 35	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
¿Cuál es su ocupación? (1) Ama de casa (2) Empleada publica (3) Trabajo independiente	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
¿Cuál es su estado civil? (1) Soltera (2) Casada (3) Conviviente	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
¿Hasta qué año ha estudiado? (1) Sin instrucción (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
¿De dónde procede (1) Zona urbana (2) Zona rural	TA(X) TD() SUGERENCIAS: _____ _____
¿Aproximadamente cuánto es su ingreso económico mensual? (1) Menor o igual a 850 soles (2) De 851 a 1699 soles	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____

CONDICIONANTES CULTURALES	
<p>Costumbres y creencias en la atención del parto:</p> <p>(1) Preferencia por la partera tradicional y acompañamiento familiar para la atención del parto.</p> <p>(2) Pensar que hay maltrato en el hospital.</p> <p>(3) La posición vertical para la atención del parto y sin corte vaginal.</p> <p>(4) Ambiente de atención cálido y utilizar la propia ropa.</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p>
<p>¿Dónde se atendió su parto?</p> <p>(1) Domicilio</p> <p>(2) Institucional</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p>
CONDICIONANTES SANITARIOS	
<p>¿Cuánto tiempo le demora llegar al establecimiento de salud?</p> <p>(1) Menor de 30 min</p> <p>(2) De 30 – 60 min</p> <p>(3) Mayor de 60 min</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Tuvo controles prenatales en su embarazo?</p> <p>(1) Si</p> <p>(2) No</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Recibió visita domiciliaria por parte del personal de salud durante el embarazo?</p> <p>(1) Si</p> <p>(2) No</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>

<p>¿El personal de salud le informó sobre las ventajas del parto institucional?</p> <p>(1) Si (2) No</p>	<p>TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____</p>
<p>Durante el parto, la persona que atendió ¿respetó sus creencias, y costumbres?</p> <p>(1) Si (2) No</p>	<p>TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____</p>
<p>TOMA DE DECISIONES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO</p>	
<p>¿Quién decidió donde se atendería su parto?</p> <p>(1) Ella misma (2) Pareja/esposo (3) Familiares (4) Compartida con esposo</p>	<p>TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____</p>

APÉNDICE 05

CONSTANCIA

VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

Yo,, identificada con DNI:....., de profesión....., domiciliada en de la ciudad de, ejerciendo la profesión en; por medio del presente hago constar que he revisado el instrumento de la tesis titulada: **“Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc 2016.”**, para efectos de su aplicación.

Luego de revisar los ítems de la encuesta (**ANEXO ADJUNTO**), formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				
Redacción de ítems				
Amplitud de contenido				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

En Cajamarca a los.....días del mes de.....del 2016

APÉNDICE 06

VALIDACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO

ALFA DE CRONBACH

El método del alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach.

Usando el Software Estadístico SPSS v. 23 arrojó los siguientes resultados:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	83,3
	Excluido	3	16,7
	Total	18	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.759	12