



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Características sociodemográficas asociadas al control
posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta
Demográfica y de Salud Familiar 2022**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Sandra Aracelly FERNANDEZ TORRES

ASESOR

Dra. Emma Felicia SALAZAR SALVATIERRA

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Fernandez S. Características sociodemográficas asociadas al control posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Sandra Aracelly Fernandez Torres
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70856888
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-2775-9417
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Emma Felicia Salazar Salvatierra
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08582412
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3987-9927
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Oscar Fausto Munares García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07493051
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Elia Stephanie Ku Chung
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	42011887
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Flor de María Alvarado Rodríguez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06114732
Datos de investigación	
Línea de investigación	A.1.3.1. Salud Pública
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento

Ubicación geográfica de la investigación	A nivel nacional, Perú. Un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022.
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 – 2024
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 12/02 / 2024

HORA INICIO : 10:00 hrs

HORA TÉRMINO : 11:00 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dr. Oscar Fausto Munares Garcia

MIEMBRO : Mg. Flor de María Alvarado Rodríguez

MIEMBRO : Mg. Elia Stephanie Ku Chung

ASESORA : Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra

3. DATOS DEL TESISISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : Sandra Aracelly Fernandez Torres

CODIGO : 16010319

TÍTULO DE LA TESIS: Características sociodemográficas asociadas al control posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022.

4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA: (16) DIECISEIS



6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI
1		
2		

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DR. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCIA D.N.I.07493051	MG. FLOR DE MARIA ALVARADO RODRIGUEZ D.N.I.06114732
PRESIDENTE	MIEMBRO

MG. ELIA STEPHANIE KU CHUNG D.N.I.42011887	DRA. EMMA FELICIA SALAZAR SALVATIERRA D.N.I. 08582412
MIEMBRO	ASESOR (A)

 Firmado digitalmente por SOLIS ROJAS Mirian Teresa FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 12.02.2024 15:41:08 -05:00	 Firmado digitalmente por FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 13.02.2024 11:43:44 -05:00
Dra. Mirian Teresa Solis Rojas Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA



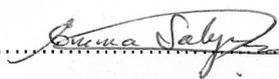
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra, en mi condición de Asesora acreditado con la Resolución Decanal N°003133-2023-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título "**Características sociodemográficas asociadas al control posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022.**", presentado por la bachiller : Sandra Aracelly Fernandez Torres, para optar el Título Profesional en Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 9% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondiente y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor.....

DNI: 08582412

Nombre y apellidos del asesor:



Agradecimiento

Agradezco a Dios por permitirme culminar y guiarme en esta etapa.

A mis padres por su apoyo y amor absoluto.

A la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por darme una óptima formación y muchas experiencias memorables.

A mi asesora Dra. Emma Salazar Salvatierra por sus conocimientos y orientación brindados.

Dedicatoria

A mis padres por ser mi soporte y mi fuerza en cada paso que doy y brindarme siempre su amor incondicional, pues ellos son mi motivo para seguir adelante.

Índice

Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Objetivos.....	4
1.4. Importancia y alcance de la investigación.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Definición de términos.....	23
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	25
3.1. Hipótesis.....	25
3.2. Variables.....	25
3.3. Operacionalización de variables.....	26
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
4.1. Área de estudio.....	27
4.2. Diseño de investigación.....	27
4.3. Población y muestra.....	27
4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información.....	28
4.5. Análisis estadístico.....	28
4.6. Aspectos éticos.....	29
V. RESULTADOS.....	30
5.1. Presentación y análisis de los resultados.....	30
VI. DISCUSIÓN.....	40
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres peruanas	30
Tabla 2. Características del control posnatal en las mujeres peruanas.....	31
Tabla 3. Características sociodemográficas asociadas a la asistencia al control posnatal en las mujeres peruanas	32
Tabla 4. Características sociodemográficas asociadas al momento del primer control posnatal en las mujeres peruanas	34
Tabla 5. Características sociodemográficas asociadas a la persona que realiza el primer control posnatal en las mujeres peruanas	36
Tabla 6. Características sociodemográficas asociadas al lugar en el que se realiza el primer control posnatal en las mujeres peruanas	38

Resumen

Objetivo: Describir las características sociodemográficas asociadas al control posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

Materiales y Métodos: Estudio transversal y retrospectivo, con análisis de fuentes secundarias utilizando la ENDES del año 2022. Se consideró a 18815 mujeres entre 15 a 49 años, con un parto en los últimos 5 años y se excluyeron aquellas sin registros completos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial usando el programa SPSS y la prueba chi cuadrado.

Resultados: 98,2% tuvo control posnatal; las mujeres sin control mayormente son de la región selva (58,9%), con educación primaria (46%) y en condición de pobreza (85,8%). Aquellas atendidas en 24 horas, 77,1% son de zona urbana, así como después del primer día, 56,5% es de zona rural y 35,1% de la selva. Un personal de salud realiza la atención principalmente en zona urbana (80%); el obstetra, en la sierra (32,9%) y selva (25,4%) y la partera en la selva (55,4%) y en mujeres pobres (99,1%). La atención en el Ministerio de salud (MINSA) es mayor en zona urbana (76,4%), en mujeres con educación secundaria (51,4%) y mujeres atendidas en un domicilio, 55,1% pertenecen a la sierra, con educación primaria (52,2%) y pobres (95,6%).

Conclusión: Las características sociodemográficas poco favorables en mujeres peruanas están asociadas con un limitado acceso al control posnatal. El lugar de residencia, la región, edad, educación e índice de riqueza, son factores significativos a una atención adecuada.

Palabras clave: Atención posnatal, periodo posparto, salud materna.

Abstract

Objective: Describe the sociodemographic characteristics associated with postnatal control in Peruvian women, according to the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2022.

Materials and Methods: Cross-sectional and retrospective study, with analysis of secondary sources using the ENDES of the year 2022. 18,815 women between 15 and 49 years old, with a birth in the last 5 years, were considered and those without complete records were excluded. A descriptive and inferential statistical analysis was performed using the SPSS program and the chi square test.

Results: 98,2% had postnatal control; the women without control are mostly from the jungle region (58,9%), with primary education (46%) and in poverty (85,8%). Of those attended within 24 hours, 77,1% are from urban areas, as well as after the first day, 56,5% are from rural areas and 35,1% from the jungle. Health personnel provide care mainly in urban areas (80%); the obstetrician, in the mountains (32,9%) and jungle (25,4%) and the midwife in the jungle (55,4%) and in poor women (99,1%). The attention in the Ministry of Health (MINSA) is greater in urban areas (76,4%), in women with secondary education (51,4%) and women cared for in a home, 55,1% belong to the mountains, with primary education (52,2%) and poor (95,6%).

Conclusion: Unfavorable sociodemographic characteristics in Peruvian women are associated with limited access to postnatal control. Place of residence, region, age, education and wealth index are significant factors in adequate care.

Keywords: Postnatal care, postpartum period, maternal health.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El embarazo, parto y puerperio se encuentran constantemente en riesgo de complicaciones, que ponen en juego la vida de la mujer y el neonato, lo que representa un gran problema de salud pública. La atención adecuada de estos procesos deben ser una prioridad, más aún durante el puerperio, pues las complicaciones suelen manifestarse en gran medida inmediatamente después del parto y vienen a ser causas más frecuentes de morbilidad materna en todo el mundo.

Por ello es indispensable que las autoridades sanitarias implementen nuevas estrategias para la mejora y preservación de la salud materna perinatal, asimismo es vital que la atención en el puerperio este basada en las normas de salud y protocolos vigentes, realizada por un profesional de salud capacitado. El obstetra es uno de los profesionales con las competencias necesarias para brindar dicha atención, su participación activa sobre todo en el puerperio como integrante del equipo de salud, contribuye a la reducción de la morbilidad materna.

Las disparidades sociales tienen un impacto en la salud, pues sabemos que la salud está condicionada a factores y características en las que se desarrolla cada persona, es así que las poblaciones más pobres se encuentran con más riesgo; por lo tanto, los esfuerzos deben estar orientados a trabajar en los determinantes para mejorar la salud.

Ante lo mencionado, siendo el puerperio un tema de relevante importancia, existen pocos estudios locales al respecto, para este estudio es importante identificar factores que se asocien con la atención posnatal en las mujeres en el Perú y de esta manera poder tomar acción oportuna, hacer frente a la morbilidad y conservar la salud de la mujer, neonato, familia y población en riesgo.

1.2. Planteamiento del problema

Determinación del problema

El puerperio es un periodo fundamental en la salud materna, es crucial por las importantes repercusiones en salud que representa, por lo tanto necesita una atención adecuada y de gran cuidado, realizada por un profesional capacitado que garantice la salud de la madre y del recién nacido.¹ Esta fase comienza inmediatamente después del alumbramiento hasta las 6 u 8 semanas después del parto,² además donde ocurren más complicaciones y se presentan altas tasas de morbilidad materna y neonatal; por ende, la atención es determinante y la ausencia de la misma puede estar sujeta a consecuencias fatales; sin embargo, aún persiste poca cobertura a este servicio.³

Pese a los beneficios evidentes de una adecuada atención del puerperio, no se accede a este servicio por gran parte de la población, siendo un factor vital en salud de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una evaluación constante las dos primeras semanas posparto, siendo la primera atención durante las 24hrs después de nacimiento, además de 3 atenciones posteriores;⁴ para el Colegio Estadunidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el puerperio está considerado como el cuarto trimestre, el cual debe tener una atención integral durante 12 semanas posparto.⁵ El acceso al servicio de atención posnatal se ve influenciado por desigualdades en salud de distintos aspectos en diferentes países; así como se observan factores que complican la situación, como son la intervención de la cultura, la forma de transportarse, los partos en casa, los establecimientos con pocos recursos; son algunos de los elementos que ponen en riesgo a la población y no se logra un funcionamiento adecuado del sistema sanitario.⁶

En zonas de mayor desarrollo económico generalmente se obtiene mayor cobertura a la atención posnatal, lo contrario a zonas de bajo desarrollo, esto coloca a la población en vulnerabilidad, así como también, esta situación se ve influenciado por factores geográficos, culturales, sociales y sanitarios; elementos que limitan la atención.⁷ Un estudio en Sudáfrica, mostró una población desarrollada con mayor acceso a la atención posnatal (67,7%) y en zonas de menos desarrollo la mitad no tuvo esta atención.⁸ En Etiopia, en un estudio desarrollado en una zona rural se encontró que 75,4% no tuvieron una atención posparto y los factores asociados a esto fueron el transporte, el desconocimiento y otros; que impidieron el acercamiento a los servicios de salud por parte de la población.⁷

Los sistemas de salud mundiales se enfrentan desde hace mucho con la eliminación de las muertes maternas causadas por complicaciones durante el proceso de embarazo, parto y puerperio; siendo este último donde se registran más del 60% de las muertes.⁹ En el mundo tres o más mujeres puérperas y neonatos de cada diez, no llegan a obtener una atención posnatal en los primeros días del posparto.¹⁰ Un estudio realizado con datos de países de África, demostró que 52,48% accedió al servicio posnatal y la región con menos participación fue la oriental (31,7%).¹¹ En Etiopía, un estudio demostró que 45,5% de mujeres utilizó los servicios de atención posnatal precozmente.¹² En Uganda, un estudio demostró que la atención del puerperio fue 49,5% dentro de los dos días después del parto. En todos los estudios mencionados se coincide con características sociodemográficas y sanitarias, las cuales fueron determinantes para la utilización de este servicio.¹³

En América Latina y el Caribe, también se tiene un enorme problema con el deficiente funcionamiento del servicio posnatal; según cifras, más de 8 mil mujeres sucumben por complicaciones del periodo perinatal y puerperio y en 9 de cada 10 puérperas, esta situación se puede evitar.¹⁴ 8,2 a 64,4% de puérperas no llega a obtener la atención posnatal en esta parte del mundo, por ello la necesidad de esta atención. En México,

un estudio demostró que solo 29% de puérperas tuvo un control completo y adecuado,¹⁵ en otros estudios como en Brasil y Colombia, se encontró que 32,5% y 26,9% respectivamente, reciben esta atención durante los dos meses después del parto; mientras que solo en Colombia 1,2% tiene la atención dentro de los dos días posparto.¹⁶ En Costa Rica, República Dominicana y Honduras, 82,6% logra acceder a un control puerperal. Se concluye en los diferentes estudios, la influencia de factores sociodemográficos que determinan el acceso al control posparto.¹⁷

La situación en el Perú no es tan diferente, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021, 96,4% acceden al servicio posnatal antes de las 24hrs; mientras 79,8%, en menos de las primeras 4hrs. La atención en la región selva es menor (27,2%) en comparación a la costa.¹⁸ Un estudio realizado en el periodo 2017 al 2019 mostró un incremento del personal de salud (13%), con menor concentración en la región selva, lo contrario a la costa y sierra, de igual forma, en las zonas más pobres se redujo el personal médico (6,8%); por ende, la atención en zonas de menor beneficio económico es deficiente y se evidencian las desigualdades en salud en distintos sectores del Perú. ¹⁹

Formulación del problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas al control posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Describir las características sociodemográficas asociadas al control posnatal en las mujeres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas asociadas a la asistencia al control posnatal en las mujeres peruanas.
- Identificar las características sociodemográficas asociadas al tiempo del primer control posnatal en las mujeres peruanas.
- Identificar las características sociodemográficas asociadas a la persona que realiza el primer control posnatal en las mujeres peruanas.
- Identificar las características sociodemográficas asociadas al lugar del primer control posnatal en las mujeres peruanas.

1.4. Importancia y alcance de la investigación

El puerperio es el periodo inmediatamente después del parto, que está estrechamente relacionado a la salud materna infantil, este tema representa un problema de salud pública que se encuentra menos priorizado, existiendo más notoriedad en la atención prenatal y parto antes que el puerperio, siendo este último el periodo donde ocurren las primeras causas de mortalidad materna a nivel mundial y nacional. Esta situación se puede complicar más aun en zonas de bajo nivel económico o poco desarrolladas, donde factores como el difícil acceso por la geografía, la falta de información, la formación por la cultura; pueden limitar la cobertura en la atención del puerperio. Además, en estas zonas donde gran parte de los partos no se dan en instituciones de salud y

estos no cuentan con los recursos necesarios para brindar una atención adecuada; así también, la falta de un profesional especializado y capacitado en la salud materna perinatal; hace a la población más vulnerable en este periodo, siendo de considerable importancia la prestación de este servicio de salud de calidad en la población.

El desarrollo del estudio contribuirá con brindar información en el tema, así también permitirá ampliar las bases de datos en el área y de igual manera permitirá seguir las líneas de investigación en salud materna. La investigación puede dar la evidencia para que posteriormente las autoridades competentes y gestores en el área de salud, puedan implementar mejoras en los servicios de atención del puerperio, empezando con la capacitación al profesional de salud que no cuenta con la formación académica, encontrándose en zonas donde no se encuentra un personal obstetra y se pueda brindar una atención oportuna hasta la referencia respectiva. De igual manera, en los establecimientos sanitarios se debe brindar información completa en salud materna perinatal y la importancia de cumplir con el control puerperal; del mismo modo, los profesionales de salud que se encuentra en poblaciones en situación de riesgo, puedan concientizar en la importancia del control posnatal en las usuarias, así mismo orientar en la identificación de señales de alarma durante esta etapa para prevenir posibles complicaciones y así poder garantizar la continuidad, además de la cobertura integral al servicio de atención posnatal.

Este periodo representa gran responsabilidad en salud de modo que existe una importante necesidad de atención de calidad en el puerperio; con el presente estudio se beneficiara a la población con factores de riesgo; así como también, tomar conciencia en torno a la importancia del control posnatal y de esta manera evitar llegar a situaciones de emergencias, de igual forma, nos permite identificar las señales de alarma, poder tratar oportunamente y sobre todo conservar la vida y la salud materna infantil.

1.5. Limitaciones de la investigación

Se establecen algunas limitaciones debido a la metodología utilizada, ya que el estudio se basa en una fuente secundaria de datos como es la ENDES; podría encontrarse el sesgo de memoria, debido que la información que se obtuvo no sea precisa, dado que las preguntas que se realizan son en referencia al último parto de los últimos 5 años y probablemente haya un olvido; también podría presentarse un sesgo de aceptabilidad social ya que algunas mujeres podrían brindar información positiva sobre el cuidado posnatal, a fin de no ser juzgadas o quedar bien con el encuestador.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Díaz A. y Noel J., en el 2023, en el Perú, realizaron la tesis “Factores asociados al cumplimiento del control puerperal inmediato en Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019” cuyo objetivo fue determinar la utilización del control posnatal inmediato y factores determinantes. Estudio de tipo transversal, basado en fuentes secundarias, tuvo una muestra de 12 636 mujeres. Se encontró que 57,6% tuvo control del puerperio inmediato, las mujeres de la costa (32,1%) con nivel de riqueza alto, tienen más probabilidades de obtener una atención temprana del puerperio, en contraste con mujeres de sierra (31,1%) y selva (24,6%) con quintil de riqueza pobre y población de área urbana. Se concluye que el acceso al servicio posnatal es afectado por diferentes factores, así como lugar de residencia y quintil de riqueza.²⁰

Liñan A. et al., en el 2022, en el Perú, realizaron una investigación “Control del puerperio en mujeres peruanas de zona urbana y rural: análisis secundario de una encuesta nacional” cuyo objetivo fue comparar características de la atención del puerperio en comunidades rurales y urbanas. Estudio de tipo transversal, con análisis de datos de la ENDES; contó con una muestra de 9017 mujeres y el método de muestreo fue aleatorio. Se encontró que 97,1% tiene control de puerperio en población urbana (98,7%) y rural (91,1%); 78,1% tuvo una atención en menos de 4 horas, 78,9% de área urbana; el médico tiene más atención en el área urbana (45,2%); mientras el obstetra, en área rural (35,1%); 61,6% fue atendido en MINSA de la zona urbana (58,2%) y rural (73,6%). Se concluyó que la atención del puerperio es limitada en el medio rural.²¹

Woldasemayat L. et al., en el 2022, en Etiopia, realizaron un estudio denominado “Early posnatal care utilization among rural women in Horo

Guduru Wollega zone, Ethiopia” con el objetivo de evaluar e identificar los factores asociados al uso de la atención posnatal oportuna en mujeres del medio rural. El estudio es de tipo transversal, con una muestra de 695 mujeres y utilizó un cuestionario ya validado. Se encontró que 21,8% tuvo atención posnatal, las mujeres con un parto en un centro de salud (32,3%) y aquellas que en algún momento escucharon del servicio (45,2%), tienen 8.01 y 5.25 respectivamente más posibilidades de acudir a una atención posnatal. Se concluyó que la concurrencia al servicio de atención posnatal es baja en zona rural y se relaciona a factores que intervienen en el acceso al este servicio.²²

Mahajan N. y Kaur B., en 2021, en la India, realizaron un estudio “Utilization of postnatal care among rural women in Punjab” el cual tuvo como objetivo analizar el acceso a la atención posnatal completa en la zona rural e identificar los elementos intervinientes para el uso del mismo. El estudio es de tipo transversal, cuenta con una muestra de 420 mujeres y utilizan entrevistas semiestructuradas. Se encuentra que existe una buena aceptación del control prenatal (68,8%) y parto institucional (95,9%), mientras que solo 25,9% realizó su control posparto; factores como la residencia, tienen 4.38 más probabilidades de obtener un control posparto completo. Se concluyó que factores como desinformación, procedencia, tipo de parto y otros, son relevantes para la adecuada atención posnatal en la población rural.²³

Konje E. et al., en el 2021, en Tanzania, realizaron un estudio llamado “Late initiation and low utilization of postnatal care services among women in the rural setting in northwest Tanzania: a community-based study using a mixed method approach” que tiene como objetivo estudiar el inicio y la utilización del servicio posnatal. Estudio de cohorte prospectivo y diseño de estudio de caso, cuenta con una muestra de 1164 mujeres y usa un cuestionario estructurado. Se encontró que 49,5% tuvo control posnatal, 14,6% asistió a su control de manera oportuna y 10% tuvo una atención completa; así también el nivel educativo primario (69,3%), el parto institucional (48,3%); son

determinantes en el acceso al servicio posnatal. Se concluye que existen elementos que influyen en la utilización de la atención posnatal.²⁴

Cahyono M. et al., en el 2021, en Indonesia, realizaron el estudio “Regional disparities in postnatal care among mothers aged 15-49 years old: an analysis of the Indonesian demographic and health survey 2017” con el objetivo de identificar las desigualdades entre regiones, entorno a la atención posnatal. Estudio transversal en base a fuentes secundarias, contó con una muestra de 13 901 mujeres. Resultó que 70,9% accedió al control posnatal, 73,5% pertenecía a la región central, 70,9% a la occidental y 57,6% a la región oriental; así también, 71,4% pertenecía a zona rural y 70,5% a zona urbana. En la región occidental, 75,4% tiene nivel educativo alto y 22,4% es rico; sin embargo, en la región oriental, 58,8% es pobre. Se concluye que ante las desigualdades en las regiones se necesita estrategias para mejorar la atención posnatal.²⁵

Alcarraz L. y Bustamante P., en el 2021, en Perú, realizaron un estudio “Cobertura del seguro integral en salud en gestantes y puérperas adolescentes y adultas, Ayacucho. 2009-2019” con el objetivo de determinar la cobertura del seguro en salud para gestantes y puérperas como también la importancia del obstetra. Estudio de tipo transversal, en base a fuentes secundarias. Se encontró que 71,97% cuenta con seguro de salud integral (SIS) y 10,35% pertenece a un seguro social (EsSalud); 96,56% tuvo atención prenatal, las mujeres con atención posnatal, 97,27% son de zona urbana y 95,65% de zona rural; en mujeres con control posnatal en los primeros 2 días, 97,5% es de área urbana y 96,4% de área rural. Se concluyó que tener un seguro de salud aumenta las posibilidades del uso de los servicios en instituciones de salud.²⁶

Benova L. et al., en el 2019, en África, realizaron un estudio “Provision of postpartum care to women given birth in health facilities in Sub-saharan Africa: a cross-sectional study using demographic and health survey data from 33 countries” y tuvo como objetivo evaluar la atención posnatal antes del alta y elementos que influyen, en mujeres con parto en un

establecimiento. Estudio de tipo transversal, tienen como muestra 137 218 mujeres. Se encontró que 57% de mujeres atendidas es de zona rural y 43%, de zona urbana, la atención posnatal en un hospital (74,5%) y de forma particular (67,3%) es mayor en comparación a la atención en un establecimiento de bajo nivel (46,9%). Un 66,6% recibió control posnatal antes del alta, 80,5% fue atendida por un médico, 65% por una enfermera o partera. Se concluyó que hay factores que influyen en el acceso a una atención posnatal.²⁷

Mon A. et al., en el 2018, en Myanmar, realizaron un estudio “Utilization of full postnatal care services among rural Myanmar women and its determinants: A cross-sectional study” el objetivo fue analizar la utilización de la atención posnatal completa y sus determinantes en zona rural. Estudio de tipo transversal, con una muestra de 500 mujeres y utilizó cuestionarios semiestructurados. Se encontró que 83,7% tuvo una atención posparto oportuna y solo 25,2% tuvo atención posnatal completa, 72,2% tienen nivel educativo bajo, 60,8% tiene ingresos bajos y 76,2% está desinformado; es así que la educación, los ingresos altos y la información, tienen 2,16; 2,02 y 2,10, más probabilidades de tener un control del puerperio adecuado. Se concluye que la atención posnatal en la zona rural es baja y existen elementos que intervienen.²⁸

2.2. Bases teóricas

El puerperio es el periodo en la que se encontrará la mujer una vez ocurrido el nacimiento del neonato hasta las 6 semanas o 42 días posparto, comienza inmediatamente después del alumbramiento por lo que puede ser un estado muy susceptible y presentar molestias para la madre; además, durante este tiempo se restablecerá los cambios anatómo-fisiológicos que se produjeron durante la gestación, regresando a una normalidad relativa.^{29, 30}

Este periodo ha sido dividido en 3 etapas; un puerperio inmediato que ocupa las primeras 24 horas después del parto y representa a la vez un

momento crucial en la salud materna y neonatal, debido a estar propensa a complicaciones que pueden llevar a situaciones graves, por lo mismo amerita un cuidado estricto, seguidamente está el puerperio mediato que comprende pasado las 24hrs hasta los 7 días después y el puerperio tardío que se considera después de los 7 días hasta las 6 semanas posteriores al parto.³⁰

Características anatómo-fisiológicas

Aspectos generales

Durante el parto existe un desgaste de energía por el esfuerzo físico y pérdida de líquidos; por ello, algunas funciones se ven afectadas. La frecuencia respiratoria está elevada en las primeras horas y va disminuyendo hasta normalizarse al segundo día, igualmente el pulso está aumentado levemente las primeras horas y después del primer día se regulariza; la presión arterial (PA) se eleva ligeramente dentro de los parámetros normales a consecuencia de la situación de estrés y dolor que se experimenta, cuya variación fuera de lo normal puede significar una complicación; también la temperatura en las primeras 24 horas puede llegar a 37.2°C siendo normal hasta incrementar 0.5°C, debido a la congestión de la mama por la producción de leche; si la temperatura se eleva más de lo normal en el tercer día podría tratarse de una afección.³¹

Las mamas

Desde el embarazo las mamas sufren hiperplasia e hipertrofia de sus células, lo cual lleva a modificar su aspecto, preparándose para la producción de leche. En el puerperio debido a la disminución de estrógenos y progesterona se va a facilitar la respuesta de la prolactina para la producción de leche, función que en el embarazo fue limitada por las hormonas mencionadas; al mismo tiempo, la estimulación o succión va a favorecer a la producción de leche, así como también la producción de oxitocina que interviene en la eyección de leche de las mamas. En el primer momento tenemos la salida de calostro; primer alimento esencial

y nutritivo para el recién nacido que se secretara hasta los primeros 4 días posteriores al parto para luego pasar a una transición (leche de transición) y finalmente tener leche madura a las 2 semanas.^{31, 32}

La involución uterina

El útero llega a alcanzar 10 veces su tamaño durante el embarazo y su involución después del nacimiento puede ser muy rápida; el peso que llega a tener en el posparto después de haber albergado al feto, viene a ser 1 kg y se sitúa a la altura del ombligo dando la apariencia de un embarazo de 20 semanas; al transcurso de una semana el útero va descendiendo y llega a situarse a nivel de la pelvis justo en la sínfisis del pubis, como en una gestación de 12 semanas, si no fuera así se debe descartar retención de tejidos o una infección posnatal; del mismo modo, en las primeras horas (12h) se evidencian contracciones coordinadas, vigorosas llamadas entuertos, notables en multíparas, mientras en primíparas hay una contracción tónica del útero, esto se ve favorecido por la lactancia materna debido a la producción de oxitocina que ayuda a la involución y de esta manera el útero va disminuyendo su tamaño llegando a un peso de 100gr a menos hasta la sexta semana. En cuanto a la regeneración del endometrio después del alumbramiento, se observa que permanece la decidua basal de forma irregular y la zona de implantación se encuentra con filtración de sangre; en los primeros días se generará una decidua superficial a partir de la basal que caerá en forma de loquios, la decidua que permanece dará origen al nuevo tejido endometrial a excepción de la zona de implantación que tardará hasta la sexta semana en regenerarse.^{29, 30}

Vagina y cuello uterino

La vagina se encontrará edematosa y friable después del parto, hasta unas 3 semanas que volverá adquirir su apariencia rugosa y completará su regeneración a las 6 semanas; se aprecia también la cicatrización de los restos de himen formando las carúnculas mirtiformes. El cérvix en los 2 primeros días restaurará su consistencia; aun así, presentará permeabilidad de dos dedos en el orificio externo para después de la

primera semana cerrarse, pero no recuperará el mismo aspecto que se tenía antes de la gestación.^{29, 33}

Los loquios

Después del parto también se observan secreciones, llamados loquios que son un conjunto de células sanguíneas, endometriales, bacterias y otros; que persiste en cantidad variable y van cambiando sus características con cierta rapidez, hasta desaparecer al cabo de unas semanas después del parto. En los primeros días los loquios son de aspecto sanguinolentos y con el pasar de los días van disminuyendo su intensidad; a los 3 o 4 días se vuelven serosos, de color amarillento oscuro y en la segunda semana o 10 días posparto, serán pálidos de color amarillo claro y consistencia mucosa; sin llegar a generar un olor muy desagradable.²⁹

Ovarios

La recuperación de la ovulación es diferente en cada persona, puede estar influenciado por diferentes factores, así como la lactancia; cuando no se efectúa la lactancia, la ovulación puede aparecer a los 45 días posparto, además de la restitución de la menstruación a las 7 semanas o más; en caso de brindar lactancia se favorece a la producción de altos niveles de prolactina, la cual afectará la función ovárica y la misma se restaurará si se disminuye o suspende la lactancia. La técnica de lactancia materna adecuada es reconocida como un método anticonceptivo.³³

Sistema urinario

Al haberse producido el parto se ocasiona también la distensión de la vejiga, aumentando su capacidad de almacenamiento, además de ocasionar un vaciamiento incompleto de la misma, lo que genera la aparición de orina residual, normal en esta etapa; de igual forma, se disminuye la sensibilidad en la zona y causa una retención urinaria posparto que a los días se restablece. Por otra parte, durante el embarazo se presenta una ligera proteinuria y glucosuria la cual se va a

observa de 1 a 2 días posteriores al parto. En las 6^ª semanas normalmente el sistema urinario se ha restituido, en algunos casos esto puede tardar 2 semanas más; por lo que, la persistencia de dilatación en los conductos hace a las puérperas más propensas a sufrir infecciones posparto.^{29, 30}

Cambios metabólicos

Los ácidos grasos en conjunto disminuyen en los 2 primeros días posparto; del mismo modo, los triglicéridos, el colesterol se restablecen dentro de las 24hrs; la glucosa en sangre también disminuye en gran medida a los 2 y 3 días, para regularizarse en la primera semana; por lo cual no es recomendable evaluar la glucosa en los primeros días pues los resultados no serían confiables.³⁰

Cambios cardiovasculares

El volumen de sangre disminuye evidentemente en este periodo, en un parto vaginal la pérdida sanguínea es menor a 500ml y en una cesárea es hasta 1000ml. En la primera semana posparto se puede observar que el gasto cardiaco disminuye en 28%; la tensión arterial aumenta ligeramente los primeros días, debido a la resistencia vascular del útero; asimismo la concentración sérica de hierro va a disminuir en los 3 o 5 días, reponiéndose a la segunda semana; además, se aprecia una elevación del tromboxano A₂, un inductor de la agregación plaquetaria; también el fibrinógeno disminuye en el primer día posparto y va a ir en aumento progresivamente hasta el tercer y quinto día para continuar con su acción y luego normalizarse a los 7 o 10 días; por otro lado, la actividad fibrinolítica aumenta inmediatamente en el posparto, lo que ayuda a disminuir las complicaciones tromboembólicas en este periodo.³⁰

En el puerperio mediato también se observa una leucocitosis que tiene sus inicios en el parto. El recuento de leucocitos normal posparto puede estar en 25000/ml a 30000/ml, pasando luego a disminuir y mantener un recuento dentro de lo normal a los 6 días posteriores.^{30, 33}

Cambios emocionales

La púérperas se encuentran muy sensibles en este periodo por situaciones que involucran todo este proceso, temores o preocupaciones que vienen experimentando durante el embarazo, parto y en el puerperio; suelen ser diferentes las razones que afecta su estado emocional, como haber pasado por una situación que genera sentimiento de temor, dolor o estrés, las incomodidades por las contracciones posnatales, las evaluaciones continuas, molestias por laceraciones generadas o por la episiotomía; como también, la preocupación por la apariencia física, preocupación por la atención y cuidado del recién nacido, por iniciar la lactancia materna y los cambios hormonales; todo esto pueden ayudar que se presenten niveles variables de depresión y ansiedad, estos y otros factores llevan a las madres a una depresión posparto muy frecuente durante el periodo posnatal, por lo que se debe vigilar muy de cerca las señales de alarma, para detectar y tratar oportunamente; sobre todo en este periodo se debe brindar soporte y consuelo a la madre, pues generalmente es el recién nacido quien tiene toda la atención. Estos trastornos emocionales son limitados y suelen aparecer hasta los tres días luego desaparecer, pero si persiste debe evaluarse la depresión posparto.²⁹

Atención del puerperio normal

Es la atención que se brinda a la púérpera y comprende actividades, intervenciones y procedimientos médicos que van dirigidos a detectar precozmente señales de peligro y prevenir a tiempo complicaciones graves en el periodo posnatal.³⁴

Atención del puerperio inmediato

Esta atención debe ser realizada por profesionales de la salud con conocimientos y aptitudes en el tema, como médico cirujano, ginecólogo y obstetra, durante todo el puerperio; principalmente las 2 primeras horas posteriores a un parto la supervisión debe ser continua y estricta, es fundamental en este momento, la vigilancia de una adecuada hemostasia y estabilidad hemodinámica de la paciente, puesto que

vienen a ser las hemorragias en este periodo la principal causas de complicaciones graves, elevando la morbilidad en las puérperas. El control durante las dos primeras horas se realiza cada 15 minutos y se observa en cada evaluación la estabilidad de las funciones vitales, la adecuada contracción del útero, el sangrado por vía vaginal dentro de lo normal, la afrotación de la sutura si se realizó una episiotomía, se evalúa el periné para descartar formación de edemas o hematomas y sobre todo estar en alerta ante las señales de peligro; en caso se presentara algunas complicación se activará las claves obstétricas de emergencia según protocolos si corresponde en el momento y se procederá a la atención debida según el nivel de capacidad resolutive de la institución de salud.³⁴

La puérpera desde las primeras horas debe estar en contacto con su recién nacido y favorecer la lactancia materna oportuna, medida que se tomara si no hay alguna contraindicación para ambos. Luego de las 2 primeras horas, las pacientes sin ninguna complicación son trasladadas a otra estancia para la hospitalización y monitoreo continuo con su recién nacido, en todo momento se debe garantizar el alojamiento conjunto. En esta sala se debe mantener el control continuo hasta las 24 horas; el control en la tercera hora es cada 30 minutos, la cuarta, quinta y sexta hora el control será cada hora, luego cada 6 horas hasta completar el primer día; del mismo modo se evaluará principalmente signos vitales estables, involución uterina de acuerdo a tiempo transcurrido, loquios dentro de lo normal y presencia de hematomas o la episiorrafia en el periné.³⁴

Se orienta en todo momento el reconocimiento de signos de alarma en la puérpera y se reitera esta información para reforzar la comprensión, también se promueve durante esta etapa la deambulacion precoz, además, se debe brindar consejería e información de planificación familiar en el puerperio, alimentación balanceada y cuidados e higiene en este periodo.³⁴

Después de haber transcurrido las 24 horas sin alguna complicación y con una evolución satisfactoria se les brindará el alta médica; en caso de púerperas adolescentes no ocurre lo mismo, en ellas el alta será a las 48 horas posparto. Al alta se entrega a la paciente todos sus documentos respectivos que se pidió previamente para el registro de la atención, también se debe de entregar el certificado de recién nacido vivo de importancia para el registro de niño y se comunica la fecha de la cita para los siguientes controles de puerperio, por el área respectiva o si se realiza una contrarreferencia se debe brindar la información debida para garantizar la atención.³⁴

Atención del puerperio mediato

Es una atención ejecutada de forma ambulatoria después del alta de las 24hrs y dentro de los 7 días posparto, realizado por un profesional de la salud con las competencias requeridas, consta de la evaluación de los cambios que se van desarrollando hasta el momento, como la involución del útero de acuerdo con el tiempo, características de los loquios y los signos vitales estables. Permite descartar complicaciones y actuar oportunamente evitando consecuencias no deseadas. Se evalúa también el estado general de la paciente, identificando las barreras y brindando orientación en los temas de alimentación saludable y balanceada, lactancia materna exclusiva en caso de ninguna contraindicación, los cuidados e higiene en el puerperio; en planificación familiar se orienta en los métodos de anticoncepción en caso no se haya optado por alguno hasta el momento. Se debe también reforzar la autoestima, los vínculos afectivos, el amor propio, como protectores de violencia familiar y depresión, sobre todo reiterar la información en el reconocimiento de las señales de peligro para acudir tempranamente a un establecimiento de salud.³⁴

Se programa de igual modo la próxima cita para el seguimiento y control que puede coincidir con la cita del control del recién nacido, de manera que se aprovecha la asistencia de la púerpera para ambas atenciones, oportunidad que suele ser muy eficaz.³⁴

Atención del puerperio tardío

En esta etapa se realiza una atención para evaluar la evolución de la paciente entre los días 28 o 30 posparto, dentro de ella se refuerza la información de alimentación saludable, la lactancia materna exclusiva, la planificación familiar si aún no se cuenta con un método, se realiza despistaje de anemia, y se asegura el recibimiento de sulfato ferroso.³⁴

Si no existe ninguna complicación ni contraindicación durante esta etapa se procede a terminar con el control posnatal, pero no se culmina con otras atenciones para áreas como planificación, control del recién nacido, entre otros.³⁴

Puérpera atendida

Paciente puérpera que recibe su primer control ambulatorio dentro de los 7 días después del parto para la supervisión a su evolución posparto y descarte de complicaciones, precozmente.³⁴

Puérpera controlada

Paciente puérpera que recibe su segundo control posnatal en los días 28 o 30 posparto. Se realiza un control de hemoglobina y se le brinda el sulfato ferroso.³⁴

Atención del puerperio complicado

Es un conjunto de procedimientos e intervenciones médicas que se realizan en pro de la salud de la puérpera, ante las ocurrencias de complicaciones propias del puerperio.³⁴

Las muertes maternas en más del 60% se producen en el puerperio y la evidencia nos muestra que las hemorragias, trastornos hipertensivos y causas infecciosas son las complicaciones más frecuentes presentes en el puerperio y son las principales causas de mortalidad materna, las misma que permanecen año tras año; esto guarda una estrecha relación con el control posnatal ineficiente.³⁵

La hemorragia posparto es la complicación más frecuente que aparece en el puerperio y es la principal causa de muertes maternas tanto en el Perú como en el mundo, se define como la pérdida de sangre en más de 500ml después de una parto vaginal y mayor a 1000ml, en una cesárea; clasificada antes y después de las 24hrs posparto como primaria y tardía respectivamente. Sus causas se basan en “las 4T”; alteración del tono uterino (tono), lesión del canal del parto (trauma), retención de tejido placentario (tejido), dificultad en la coagulación (trombina) y otras causas como rotura e inversión de útero. De acuerdo a la cantidad de sangre que se pierde se generan grados de choque que puede llegar a la muerte si no se actúa adecuada e inmediatamente.³⁶

Las complicaciones infecciosas son muy frecuentes y estas se presentan generalmente con un cuadro febril mayor a 38°C, acompañado de malestar general que normalmente aparece del segundo al tercer día posparto; entre los cuadros infecciosos más frecuentes tenemos la endometritis, infección de la episiotomía o herida operatoria, mastitis, pielonefritis, entre otras. Los factores de riesgo más resaltantes para esta complicación son las cesáreas, un trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas, exposición a muchos tactos y otros; cualquiera de estas afecciones puede derivar a una sepsis, shock y posteriormente a la muerte si no se trata tempranamente.^{36, 37}

Los trastornos hipertensivos suelen aparecer en el puerperio por la intervención de distintos factores; asimismo, representa un riesgo poseer antecedentes de hipertensión gestacional, hipertensión crónica o preclamsia en el embarazo; así también esta complicación puede presentarse por primera vez en esta etapa. La hipertensión gestacional normalmente se resuelve hasta las 12 semanas, si alguno de los trastornos hipertensivo no se resuelve en las 12 semanas posparto podría derivar a otra complicación como eclampsia o síndrome HELLP en el puerperio, por lo que es relevante reconocer las señales peligro

ante los factores de riesgo para el accionar inmediato y tratamiento adecuado.³⁶

El obstetra en la atención del puerperio

El profesional obstetra tiene una formación académica universitaria acompañada de la práctica profesional que está basada en brindar servicio sanitario a la comunidad, familia y sobre todo a la mujer en todas las etapas de su vida en el campo de la salud sexual y reproductiva. El perfil profesional del obstetra se respalda por la ley de trabajo N° 27853 y es reconocida como profesión médica por ley N° 23346. El obstetra dado su sólida formación es un profesional calificado con las competencias adecuadas para la atención del embarazo, parto y principalmente cuando hablamos de puerperio, una etapa donde se presentan complicaciones de riesgo de mortalidad. Para los organismos internacionales de salud y normas nacionales de atención, el puerperio debe ser atendido por un profesional calificado como el obstetra para salvaguardar la salud materna infantil.^{34, 38}

Atención integral de la salud y sus determinantes

La salud comprende muchos aspectos personales y sociales que van desde el bienestar físico, mental y del entorno social; por tanto, forma parte de la vida diaria y no deber ser identificado como un fin a alcanzar. En la “conferencia de Alma-Ata” se resalta la importancia de la salud integral como derecho humano fundamental y destaca un conjunto de factores determinantes para la salud, también ratifica a la salud como un completo bienestar y no solo referente a la ausencia de enfermedad; del mismo modo, hace ver la necesidad de trabajar en los distintos determinantes e insta al uso adecuado y preservación de recursos materiales y económicos, esto en relación a la mejora de las condiciones de vida, vivienda, sistemas sociales, económicas y del sistema sanitario para mejorar la calidad de vida de todos. La salud integral forma parte del desarrollo dentro y fuera de la sociedad y cada gobierno debe garantizar una asistencia sanitaria completa y permanente a cada uno de sus miembros.^{39, 40}

Los determinantes cumplen una función importante en la salud y ha estado presente su influencia en la historia, estos determinantes abarcan grandes factores, como los ambientales, las costumbres culturales, económicos, sociales, ocupacionales y por supuesto involucra la acción del sistema sanitario. Marc Lalonde, en 1974 establece 4 grandes factores que determinan la salud de la sociedad, en una publicación llamada "Informe de Lalonde", menciona al medio ambiente, los estilos de vida, el sistema sanitario y la biología humana y la interacción de estos cuatro condicionan la salud de la población.^{39, 41}

Determinantes sociales

Los determinantes sociales está definido por la OMS como factores no médicos que se relacionan directamente con la salud y forman parte de la circunstancias donde las personas nacen, se desarrollan, viven, trabajan y se envejecen, esto en conjunto con los sistemas sociales, políticos y económicos.⁴² Los determinantes sociales en los últimos años han tenido mayor importancia, pues la influencia de los determinantes sociales se refleja en las grandes desigualdades en salud y con más notoriedad en países con nivel de desarrollo económico bajo, que afecta claramente la salud en la población.³⁹

En países de bajo desarrollo a menudo su sistema sanitario es deficiente lo que genera desigualdad de oportunidades al acceso a la atención integral en personas con menos recursos, solo algunas poblaciones gozan de mejores beneficios que otros que se enfrentan a necesidades, debido a la posición social, recursos económicos, etnia, género, o discapacidad, entre otros. Dentro del modelo de los determinantes sociales de salud tenemos los estructurales que se refiere a la clasificación por jerarquía o grupos de poder debido a ciertos beneficios por los sistemas económicos, políticos dentro de la sociedad que evidencia un acceso a la salud conforme al nivel de poder, esta clasificación se puede dar por género, etnia, economía, posición social, raza y accesos a la educación. Los intermedios y personales se

presentan en los distintos estratos sociales y determinan las diferencias que existen al igual que vulnerabilidad en salud, aquí tenemos las circunstancias materiales (poder adquisitivo, situación de vivienda), circunstancias psicosociales (ingresos, entorno social), factores conductuales (comportamiento, hábitos). Ante estos factores se busca la cohesión social, reforzar los lazos, la confianza, el respeto en diferentes poblaciones sin importar condiciones, valorando principalmente la salud y así poder lograr el acceso universal al sistema de salud.^{39, 43}

Las desigualdades en salud en la población peruana se muestran en diferentes regiones, estas se presentan por un conjunto de factores y muy importantemente por los recursos o nivel económico; gran parte de la población peruana es afectada por esta situación más en regiones donde el sistema sanitario es ineficiente, esto genera la vulneración de un derecho y la exclusión de la población a recibir atención en salud de calidad. Por otro lado, también tenemos las inequidades en salud por la etnicidad y la cultura, por lo que se lleva de diferente manera el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad, lo que también limita el acceso a los servicios de salud.⁴⁴

2.3. Definición de términos

Alojamiento conjunto. - Es la permanencia del recién nacido con su madre en una misma locación, en el mismo lugar e inmediatamente después del nacimiento, a la vez que se permita la lactancia materna precoz.³⁴

Calostro. - La primera leche de color amarillento que secreta el pecho de la madre después del nacimiento y alimento esencial para el recién nacido, compuesto por proteínas, grasas, azúcares y factores inmunológicos.³³

Endometrio. - Es la capa que reviste toda la cavidad interna del útero y a su vez puede dividirse en dos; una capa basal donde se encuentra las células endometriales y una capa funcional que es originada por las

células endometriales de la basal cada vez que esta capa se desprende en cada ciclo menstrual.⁴⁵

Episiorrafia. - Es la reparación de la incisión realizada en el periné durante el parto a través de una sutura.^{29, 34}

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

H_i: Las características sociodemográficas como la edad, lugar de residencia, región natural, nivel educativo e índice de riqueza están asociadas significativamente al control posnatal en las mujeres.

3.2. Variables

Variable 1: Características sociodemográficas

Variable 2: Control posnatal en las mujeres peruanas

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Tipo	Escala	Valor final
Características sociodemográficas	Grupo de características de una población referente a lo social, biológico, demográfico y socioeconómico.	Demográfico	Edad	V012	Cuantitativa	Razón	En números
			Lugar de residencia	V025	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural
			Región natural	SREGION	Cualitativa	Nominal	Lima Resto de la costa Sierra Selva
		Sociales	Nivel educativo	V106	Cualitativa	Ordinal	Sin educación Primario Secundario Superior
			Índice de riqueza	V190	Cualitativa	Ordinal	Pobre o muy pobre Medio Rico o muy rico
Control posnatal	Es la ejecución de procedimientos e intervenciones dirigidas a las puérperas, con la finalidad de identificar y prevenir oportunamente complicaciones. Consta de una atención inmediata hasta las 24 horas posparto además de cumplir con 2 atenciones más, de forma ambulatoria a los 7 y 30 días posparto.	Asistencial al control posnatal	Asistencia	M66	Cualitativa	Nominal	Si No
		Tiempo del primer control posnatal	Cuando inicio el primer control	M67	Cualitativa	Nominal	1 día >1 día
		Persona que realizo el primer control posnatal	Profesional No profesional	M68	Cualitativa	Nominal	Personal de salud Obstetra Partera Otros
		Lugar del primer control posnatal	Donde se atendió	M69	Cualitativa	Nominal	Domicilio y/o Casa de partera MINSA Particular Otros

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Área de estudio

Corresponde a las ciudadanas residentes dentro del territorio del Perú.

4.2. Diseño de investigación

Estudio no experimental, transversal, retrospectivo con análisis secundario de base de datos.

4.3. Población y muestra

Población

La población está formada por las mujeres peruanas en edad fértil de 15 a 49 años registradas en el 2022.

Unidad de análisis

Mujer peruana en edad fértil entre 15 a 49 años.

Muestra

La muestra para el estudio serán **18815** mujeres peruanas registradas en la ENDES 2022 que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan tenido un parto en los últimos 5 años.
- Mujeres de 15 a 49 años.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no cuentan con un registro completo.

Tipo de muestreo

El muestreo fue en dos etapas, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel regional y por lugar de residencia.

4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información

Procedimientos

En el presente estudio para la obtención de los datos, se ingresó a la página web del INEI, se exploró los registros de la ENDES y se procedió a descargar las bases de datos 2022, los módulos elegidos fueron 1631 (Datos básicos de MEF) y 1633 (Embarazo, parto, puerperio y lactancia) cuyas bases de datos que se usó son REC91, REC0111, separados del primer módulo y REC41 del último; para el estudio de la variable “control posnatal” se seleccionó los ámbitos, la asistencia al control posnatal (M66), el momento que se recibe la atención (M67), persona que realiza la atención (M68) y lugar de la atención (M69), del mismo modo para la segunda variable “características sociodemográficas”, se tomó la región natural (SREGION), la edad del sujeto (V012), lugar de residencia (V025), nivel de instrucción (V106) e índice de riqueza (V190). Se retiró los registros de las mujeres menores de 15 años y con los datos incompletos.

Fuente de datos

Análisis de datos de una fuente secundaria, cuyo registro de datos fue tomado de la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que es de acceso libre. Link: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>

4.5. Análisis estadístico

El análisis de datos fue realizado a través del programa estadístico SPSS en la versión 26; como primer paso para dicho análisis, las bases seleccionadas fueron combinadas en una sola, para ello fue necesario el uso del código “CASEID” que permitió realizar este paso. Con la unificación de la base se procedió a utilizar el módulo de muestra compleja, que permitió primero estratificar “V022” los datos luego agrupar por conglomerados “V001” y por último ponderarla “V005”, realizado todo esto se dispuso de la muestra.

Para en análisis de nuestras variables categóricas se estimó las frecuencias y porcentajes ponderados, además se utilizó la prueba chi cuadrado a un 95% de confianza para estimar las diferencias entre la variable principal sobre la segunda variable.

4.6. Aspectos éticos

El estudio no requirió la aprobación del comité de ética en investigación, por tratarse de un análisis secundario de datos, además no contempla la participación de personas. Por otro lado, es importante señalar que la encuesta a utilizar dispone de datos anónimos, igualmente sus bases de datos son de acceso al público; además, cabe detallar que la ENDES en su diseño original, contempla el uso del consentimiento informado que refleja la aprobación y consentimiento, como también la voluntariedad de participar sin coerción de los sujetos en el estudio. La autora de la investigación declara que no tiene conflicto de intereses.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación y análisis de los resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres peruanas

Características sociodemográficas	n	%	IC 95%
Edad (años)			
15 a 19	926	4,7	4,3 – 5,1
20 a 29	7581	40,0	39,1 – 41,0
30 a 39	8076	43,4	42,4 – 44,4
40 a 49	2232	11,9	11,3 – 12,6
Lugar de residencia			
Urbano	12993	75,7	75,0 – 76,3
Rural	5822	24,3	23,7 – 25,0
Región Natural			
Lima metropolitana	2277	27,8	27,0 – 28,7
Resto de la costa	5496	27,5	26,4 – 28,5
Sierra	6259	27,3	26,1 – 28,5
Selva	4783	17,5	16,6 – 18,3
Nivel educativo			
Sin educación	216	1,0	0,8 – 1,2
Primaria	3154	15,6	15,0 – 16,4
Secundaria	9259	47,8	46,8 – 48,9
Superior	6186	35,5	34,6 – 36,5
Índice de riqueza			
Pobre o muy pobre	10692	48,3	47,3 – 49,3
Medio	3775	20,7	19,9 – 21,6
Rico o muy rico	4348	31,0	30,0 – 32,0
Total	18815	100,0	-

Fuente: ENDES 2022.

En la tabla 1 se observa que 43,4% de las mujeres tenía de 30 a 39 años, 75,7% era de zona urbana; además, en mayor y menor proporción eran de Lima metropolitana (27,8%) y de la selva (17,5%), respectivamente. Por otra parte, 47,8% tenían estudios de nivel secundario y 35,5% estudios superiores. La mayoría de las mujeres tenía un índice de riqueza pobre o muy pobre (48,3%), en tanto que el 20,7% tenía un índice de riqueza medio.

Tabla 2. Características del control posnatal en las mujeres peruanas

Características del control posnatal	n	%	IC 95%
Asistencia al control posnatal			
No	379	1,8	1,5 – 2,2
Si	18436	98,2	97,8 – 98,5
Momento del primer control posnatal			
No recibió atención	379	1,8	1,5 – 2,2
Menos de 4 horas	15209	79,9	79,0 – 80,8
4 a 23 horas	2991	16,9	16,1 – 17,7
2 días	141	0,9	0,7 – 1,3
3 a 41 días	95	0,5	0,4 – 0,6
Persona que realizó el primer control posnatal			
No recibió atención	379	1,8	1,5 – 2,2
Médico	6428	36,9	35,9 – 37,9
Obstetra	6452	29,3	28,4 – 30,2
Enfermera	4949	28,8	27,8 – 29,7
Otro trabajador de salud*	495	2,6	2,3 – 2,9
Comadrona/Partera	90	0,5	0,4 – 0,7
Otro	22	0,1	0,1 – 0,2
Lugar del primer control posnatal			
No recibió atención	379	1,8	1,5 – 2,2
Domicilio y/o casa de partera	519	2,8	2,5 – 3,2
EESS del Ministerio de Salud**	13180	64,4	63,4 – 65,5
EESS del Seguro Social de salud***	2868	16,1	15,4 – 16,9
EESS de las Fuerzas Armadas y PNP****	34	0,4	0,2 – 0,6
EESS Particular*****	1665	13,2	12,4 – 14,0
Otro lugar	170	1,2	1,0 – 1,5
Total	18815	100,0	-

*Técnico de enfermería y promotor de salud.

**Hospital, centro de salud y puesto de salud.

***Hospital, policlínico, posta y centro de salud.

****Policía Nacional del Perú.

*****Clínica, consultorio médico, hospital municipal y/o iglesia.

Fuente: ENDES 2022.

En la tabla 2 se evidencia que el control posnatal se realizó en el 98,2% de las mujeres; además, en la mayoría de los casos, este control se realizó antes de las 4 horas (79,9%) y dentro del primer día (16,9%); sobre la persona que realizó este primer control, en el 36,9% estuvo a cargo de un médico, el 29,3% fue realizado por una obstetra y el 0,5% por una partera. El 64,4% de las mujeres recibieron su primer control posnatal en un establecimiento de salud del Ministerio de Salud, 16,1% en alguno del seguro social y 13,2% en un establecimiento particular.

Tabla 3. Características sociodemográficas asociadas a la asistencia al control posnatal en las mujeres peruanas

Características sociodemográficas	Control posnatal		p
	Si n (%)	No n (%)	
Edad (años)			
15 a 19	889 (4,6)	37 (9,6)	0,003
20 a 29	7418 (39,9)	163 (45,6)	
30 a 39	7936 (43,5)	140 (43,5)	
40 a 49	2193 (12,0)	39 (9,6)	
Lugar de residencia			
Urbano	12899 (76,6)	94 (25,7)	< 0,001
Rural	5537 (23,4)	285 (74,3)	
Región Natural			
Lima metropolitana	2271 (28,1)	6 (9,9)	< 0,001
Resto de la costa	5444 (27,8)	52 (11,4)	
Sierra	6204 (27,4)	55 (19,8)	
Selva	4517 (16,7)	266 (58,9)	
Nivel educativo			
Sin educación	194 (0,9)	22 (5,8)	< 0,001
Primaria	2980 (15,1)	174 (46,0)	
Secundaria	9107 (48,1)	152 (35,3)	
Superior	6155 (36,0)	31 (12,8)	
Índice de riqueza			
Pobre o muy pobre	10344 (47,6)	348 (85,8)	< 0,001
Medio	3758 (21,0)	17 (5,4)	
Rico o muy rico	4334 (31,4)	14 (8,8)	
Total	18436 (100,0)	379 (100,0)	

Fuente: ENDES 2022.

En la tabla 3 se observa que el 12% de las mujeres que tuvieron atención posnatal tenían de 40 a 49 años; mientras que, 9,6% de aquellas que no tuvieron el control tenían de 15 a 19 años y 45,6% tenían de 20 a 29 años. Se demostró que la edad se asoció a la asistencia al control posnatal ($p=0,003$).

El 76,6% de las mujeres que tuvieron atención posnatal eran de zonas urbanas; mientras que, 74,3%% de aquellas que no tuvieron el control

eran de zona rural. Se demostró que el lugar de residencia se asoció a la asistencia al control posnatal ($p < 0,001$).

El 28,1% de las mujeres que tuvieron atención posnatal eran de Lima metropolitana y 27,8% del resto de la costa; mientras que, 58,9% de aquellas que no tuvieron el control eran de la selva. Se demostró que la región natural se asoció a la asistencia al control posnatal ($p < 0,001$).

El 48,1% de las mujeres que tuvieron atención posnatal tenían estudio de nivel secundario y 36% estudios superiores; mientras que, 46% de aquellas que no tuvieron el control tenían estudios de nivel primario. Se demostró que el nivel educativo se asoció a la asistencia al control posnatal ($p < 0,001$).

El 21% de las mujeres que tuvieron atención posnatal tenían un índice de riqueza medio y 31,4% un índice de rico o muy rico; mientras que, 85,8% de aquellas que no tuvieron el control tenían un índice pobre o muy pobre. Se demostró que el índice de riqueza se asoció a la asistencia al control posnatal ($p < 0,001$).

Tabla 4. Características sociodemográficas asociadas al momento del primer control posnatal en las mujeres peruanas

Características sociodemográficas	Momento del primer control posnatal		p
	1 día n (%)	> 1 día n (%)	
Edad (años)			
15 a 19	872 (4,6)	17 (6,4)	0,776
20 a 29	7315 (39,9)	103 (39,7)	
30 a 39	7848 (43,6)	88 (41,6)	
40 a 49	2165 (12,0)	28 (12,4)	
Lugar de residencia			
Urbano	12817 (77,1)	82 (43,5)	< 0,001
Rural	5383 (22,9)	154 (56,5)	
Región Natural			
Lima metropolitana	2257 (28,3)	14 (18,6)	0,005
Resto de la costa	5409 (28,0)	35 (14,6)	
Sierra	6132 (27,3)	72 (31,7)	
Selva	4402 (16,4)	115 (35,1)	
Nivel educativo			
Sin educación	182 (0,8)	12 (3,7)	< 0,001
Primaria	2896 (14,7)	84 (40,9)	
Secundaria	8999 (48,2)	108 (41,5)	
Superior	6123 (36,3)	32 (13,9)	
Índice de riqueza			
Pobre o muy pobre	10145 (47,1)	199 (82,0)	< 0,001
Medio	3737 (21,2)	21 (8,6)	
Rico o muy rico	4318 (31,7)	16 (9,4)	
Total	18200 (100,0)	236 (100,0)	

Fuente: ENDES 2022.

En la tabla 4 se muestra que el 43,6% de las mujeres que tuvieron el primer control posnatal en el primer día tenían de 30 a 39 años; mientras que, 12,4% de aquellas que tuvieron este control después del primer día tenían de 40 a 49 años y 6,4% de 15 a 19 años. Se demostró que la edad no se asoció al momento del primer control posnatal ($p=0,776$).

El 77,1% de las mujeres que tuvieron el primer control posnatal en el primer día eran de zonas urbanas; mientras que, 56,5% de aquellas que tuvieron este control después del primer día eran de zonas rurales. Se demostró que el lugar de residencia se asoció al momento del primer control posnatal ($p<0,001$).

El 28,3% de las mujeres que tuvieron el primer control posnatal en el primer día eran de Lima metropolitana y 28% del resto de la costa; mientras que, 31,7% de aquellas que tuvieron este control después del primer día eran de la sierra y 35,1% eran de la selva. Se demostró que la región natural se asoció al momento del primer control posnatal ($p=0,005$).

El 36,3% de las mujeres que tuvieron el primer control posnatal en el primer día tenían estudios superiores; mientras que, 40,9% de aquellas que tuvieron este control después del primer día tenían estudio del nivel primaria y 3,7% no tenía instrucción. Se demostró que el nivel educativo se asoció al momento del primer control posnatal ($p=0,005$).

El 21,2% de las mujeres que tuvieron el primer control posnatal en el primer día tenían un índice de riqueza medio y 31,7% tenían un índice rico o muy rico; mientras que, 82% de aquellas que tuvieron este control después del primer día tenían un índice de pobre o muy pobre. Se demostró que el índice de riqueza se asoció al momento del primer control posnatal ($p<0,001$).

Tabla 5. Características sociodemográficas asociadas a la persona que realiza el primer control posnatal en las mujeres peruanas

Características sociodemográficas	Personal que realiza el primer control posnatal				p
	Personal de salud*	Obstetra	Partera	Otro	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Edad (años)					
15 a 19	530 (4,3)	352 (5,2)	5 (5,8)	2 (6,7)	0,006
20 a 29	4694 (39,1)	2675 (41,7)	40 (44,4)	9 (51,8)	
30 a 39	5164 (44,0)	2730 (42,6)	34 (38,0)	8 (30,9)	
40 a 49	1484 (12,6)	695 (10,6)	11 (11,8)	3 (10,6)	
Lugar de residencia					
Urbano	8641 (80,0)	4231 (69,7)	13 (15,9)	14 (65,6)	< 0,001
Rural	3231 (20,0)	2221 (30,3)	77 (84,1)	8 (34,4)	
Región Natural					
Lima metropolitana	1859 (33,1)	411 (17,2)	0 (0,0)	1 (8,8)	< 0,001
Resto de la costa	3703 (29,3)	1730 (24,5)	1 (1,9)	10 (52,0)	
Sierra	3861 (24,9)	2307 (32,9)	31 (42,7)	5 (20,4)	
Selva	2449 (12,7)	2004 (25,4)	58 (55,4)	6 (18,8)	
Nivel educativo					
Sin educación	135 (0,9)	56 (0,8)	1 (0,6)	2 (3,0)	< 0,001
Primaria	1757 (13,4)	1165 (18,1)	51 (59,2)	7 (27,8)	
Secundaria	5672 (46,4)	3392 (52,1)	35 (36,9)	8 (51,5)	
Superior	4308 (39,2)	1839 (29,0)	3 (3,3)	5 (17,7)	
Índice de riqueza					
Pobre o muy pobre	6109 (42,4)	4132 (58,6)	89 (99,1)	14 (58,6)	< 0,001
Medio	2547 (22,2)	1204 (18,6)	1 (0,9)	6 (29,4)	
Rico o muy rico	3216 (35,4)	1116 (22,8)	0 (0,0)	2 (12,0)	
Total	11872 (100,0)	6452 (100,0)	90 (100,0)	22 (100,0)	

* Médico, enfermera y otro trabajador de salud.

Fuente: ENDES 2022.

En la tabla 5 se muestra que el 41,7% de las mujeres que tuvieron el primer control con un obstetra tenían de 20 a 29 años; además, el 44% de aquellas que tuvieron este control con otro personal de salud tenían de 30 a 39 años; en tanto que, 5,8% de aquellas cuya atención fue con una partera tenían de 15 a 19 años. Se demostró que la edad se asoció a la persona que realiza el primer control posnatal ($p=0,006$).

El 30,3% de las mujeres que tuvieron el primer control con un obstetra eran de zona rural; además, el 80% de aquellas que tuvieron este control

con otro personal de salud eran de zona urbanas; en tanto que, 84,1% de aquellas cuya atención fue con una partera eran de zonas rurales. Se demostró que el lugar de residencia se asoció a la persona que realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 32,9% de las mujeres que tuvieron el primer control con un obstetra eran de la sierra; además, el 33,1% de aquellas que tuvieron este control con otro personal de salud eran de Lima metropolitana; en tanto que, 55,4% de aquellas cuya atención fue con una partera eran de la selva. Se demostró que la región natural se asoció a la persona que realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 52,1% de las mujeres que tuvieron el primer control con un obstetra tenían estudios de nivel secundario; además, el 39,2% de aquellas que tuvieron este control con otro personal de salud tenían estudios superiores; en tanto que, 59,2% de aquellas cuya atención fue con una partera tenían estudio de nivel primario. Se demostró que el nivel educativo se asoció a la persona que realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 58,6% de las mujeres que tuvieron el primer control con un obstetra tenían un índice de riqueza pobre o muy pobre; además, el 35,4% de aquellas que tuvieron este control con otro personal de salud tenían un índice rico o muy rico; en tanto que, 99,1% de aquellas cuya atención fue con una partera eran pobre o muy pobres. Se demostró que el índice de riqueza se asoció a la persona que realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

Tabla 6. Características sociodemográficas asociadas al lugar en el que se realiza el primer control posnatal en las mujeres peruanas

Características sociodemográficas	Lugar donde se realiza el primer control posnatal				p
	Domicilio o casa de partera	Público*	Particular	Otro	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Edad (años)					
15 a 19	30 (5,4)	798 (4,7)	52 (3,4)	9 (6,6)	< 0,001
20 a 29	209 (39,6)	6563 (41,0)	572 (32,7)	74 (46,5)	
30 a 39	217 (42,9)	6818 (42,5)	826 (50,3)	75 (39,7)	
40 a 49	63 (12,1)	1903 (11,8)	215 (13,5)	12 (7,2)	
Lugar de residencia					
Urbano	71 (15,0)	11243 (76,4)	1451 (90,3)	134 (84,3)	< 0,001
Rural	448 (85,0)	4839 (23,6)	214 (9,7)	36 (15,7)	
Región Natural					
Lima metropolitana	4 (1,2)	1883 (27,6)	347 (36,0)	37 (42,9)	< 0,001
Resto de la costa	46 (10,5)	4476 (25,3)	841 (45,9)	81 (34,1)	
Sierra	251 (55,1)	5641 (29,0)	293 (12,6)	19 (14,0)	
Selva	218 (33,2)	4082 (18,1)	184 (5,4)	33 (9,0)	
Nivel educativo					
Sin educación	26 (4,3)	166 (0,9)	2 (0,1)	0 (0,0)	< 0,001
Primaria	258 (52,2)	2593 (14,5)	107 (5,6)	22 (13,5)	
Secundaria	206 (38,1)	8282 (51,4)	522 (29,6)	97 (52,1)	
Superior	29 (5,3)	5041 (32,4)	1034 (64,7)	51 (34,4)	
Índice de riqueza					
Pobre o muy pobre	500 (95,6)	9381 (50,5)	390 (20,1)	73 (37,9)	< 0,001
Medio	14 (3,2)	3330 (21,8)	364 (18,7)	50 (32,5)	
Rico o muy rico	5 (1,2)	3371 (27,6)	911 (61,2)	47 (29,6)	
Total	519 (100,0)	16082 (100,0)	1665 (100,0)	170 (100,0)	

*EESS del Ministerio de Salud, EESS del Seguro Social de Salud, EESS de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Fuente: ENDES 2022.

En la tabla 6 se aprecia que el 12,1% de las mujeres que tuvieron el primer control en su casa o la de la partera tenían de 40 a 49 años; además, el 41% de aquellas que tuvieron este control en un establecimiento de salud público tenían de 20 a 29 años; en tanto que, 50,3% de aquellas cuya atención fue en un establecimiento de salud

privado tenían de 30 a 39 años. Se demostró que la edad se asoció al lugar en el que se realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 85% de las mujeres que tuvieron el primer control en su casa o la de la partera eran de zonas rurales; además, el 76,4% y 90,3% de aquellas que tuvieron este control en un establecimiento de salud público y privado, respectivamente, eran de zonas urbanas. Se demostró que el lugar de residencia se asoció al lugar en el que se realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 55,1% de las mujeres que tuvieron el primer control en su casa o la de la partera eran de la sierra; además, el 27,6% de aquellas que tuvieron este control en un establecimiento de salud público eran de Lima metropolitana; en tanto que, 45,9% de aquellas cuya atención fue en un establecimiento de salud privado eran del resto de la costa. Se demostró que la región natural se asoció al lugar en el que se realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 4,3% de las mujeres que tuvieron el primer control en su casa o la de la partera no tenían estudios; además, el 51,4% de aquellas que tuvieron este control en un establecimiento de salud público tenían estudio de nivel secundario; en tanto que, 64,7% de aquellas cuya atención fue en un establecimiento de salud privado tenían estudios superiores. Se demostró que el nivel educativo se asoció al lugar en el que se realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

El 95,6% de las mujeres que tuvieron el primer control en su casa o la de la partera tenían un índice de riqueza pobre o muy pobre; además, el 21,8% de aquellas que tuvieron este control en un establecimiento de salud público tenían un índice medio; en tanto que, 61,2% de aquellas cuya atención fue en un establecimiento de salud privado tenían un índice rico o muy rico. Se demostró que el índice de riqueza se asoció al lugar en el que se realiza el primer control posnatal ($p < 0,001$).

VI. DISCUSIÓN

El control del posparto debe ser atendido con la misma importancia que la etapa anteparto, pues es un periodo de riesgo a presentar complicaciones de consideración inmediatas al parto, colocando en situación de peligro la salud y la vida de la mujer y recién nacido, pese a lo mencionado se muestra poca eficacia en la atención del puerperio en situaciones con influencia de factores sociodemográficos, en estos lugares se debe priorizar la atención del posparto de forma oportuna, adecuada y por un profesional capacitado y calificado.

En el presente estudio se muestra que 98,2% de mujeres tiene control posnatal, 76,6% de ellas es de la zona urbana y solo 23,4% de la zona rural, datos similares se encontraron en el estudio de Liñan A. et al.²¹, en Perú, donde 97,1% tienen control posnatal y la mayoría de mujeres que logra acceder a esta atención son de zona urbana; sin embargo, Konje E. et al.²⁴, en Tanzania, evidencia una cifra mayor respecto a la atención posnatal en las mujeres de zonas rurales (49,52%). Por otro lado, se muestran datos muy diferentes en los estudios de Cahyono M. et al.²⁵, en Indonesia, Mon A. et al.²⁸, en Asia y Alcarraz L. et al.²⁶, en Ayacucho, donde 71,4%, 67,4% y 96,4% respectivamente, muestran una alta frecuencia de las mujeres al control posnatal de las zonas rurales con relación a lo encontrado en la investigación. Así también en el estudio se evidencia que 58,9% de mujeres sin atención posnatal es de la región selva, esto es similar a lo encontrado por Cahyono M. et al.²⁵, donde 42,4% de mujeres no tienen control posnatal y pertenecen al oriente de Indonesia, zona de bajo desarrollo, lo contrario a las mujeres del centro de Indonesia. Además, en el estudio se encontró que la falta de asistencia al control posnatal se asocia a un nivel educativo bajo y también pertenecer a una condición pobre, esto es similar al estudio de Cahyono M. et al.²⁵, que evidencia que el acceso al control posnatal está relacionado a factores como el grado de instrucción y nivel de riqueza.

Si bien es cierto un gran porcentaje de mujeres accede al control posnatal en el Perú, no es lo mismo cuando observamos las cifras de las mujeres que no

tienen control del puerperio, resaltando en aquellas características como la residencia en zona rural, como también ser de la región de la selva entre otras, que se asocian a la asistencia del control posnatal. Esto podría explicarse que justamente en estas zonas no se cumpliría con un funcionamiento adecuado de los servicios de salud y estos serían deficientes, de manera que no se lograría abastecer a la población. Ante esta situación sería importante mejorar los servicios de salud, especialmente en las zonas con bajo acceso a la atención del posparto; asimismo, los responsables de los diferentes establecimientos de salud deberían de implementar estrategias de capacitación y actualización en manejo del puerperio para el personal competente. También sería necesario desarrollar programas educativos de sensibilización e información dirigida a la comunidad (especialmente a la población con bajo nivel educativo y con escasos recursos económicos) sobre la importancia del control posparto para evitar o prevenir oportunamente las complicaciones.

Con respecto al momento de primer control posnatal, el estudio muestra que de todas las mujeres atendidas en las primeras 24 horas, 77,1% vive en la zona urbana, en comparación con la atención después del primer día, donde 56,5% de las mujeres vive en la zona rural, esto es consistente a lo encontrado por Liñan A. et al.²¹, donde 97,4% de mujeres que recibe control posnatal el primer día es de zona urbana y en mujeres con control después del primer día, mayormente pertenece a zona rural. En cuanto a la atención posnatal dentro del primer día, 22,9% de mujeres vivía en zona rural, esto es congruente con los estudios de Woldasemayat L. et al.²², en Etiopia y Konje E. et al.²⁴, en Tanzania, donde solo 21,8% y 14,57% de mujeres pertenecientes a zonas rurales, tuvieron atención temprana respetivamente. Se evidencian datos muy distintos en los estudios de Mahajan N. et al.²³, en India y Mon A. et al.²⁸, en Myanmar, donde 95,5% y 83,7% de las mujeres de zona rural respectivamente tuvo un control temprano antes de las 24 horas. Así también, en el estudio se muestra que la atención en las primeras 24 horas, 28,3% de las mujeres viven en la región Lima metropolitana y en menor porcentaje con 16,4% viven en la selva, mientras la atención después del primer día es frecuente en las mujeres de la región selva con 35,1%, esto es similar a lo evidenciado por Díaz A. et al.²⁰, donde las mujeres con control posnatal temprano, 60,53% son de la

región de Lima Metropolitana y en menor cantidad son mujeres de la sierra y selva.

Se evidencia que características como lugar de residencia, región natural y otros factores, se asocian a un control temprano o tardío, aquellas mujeres que acceden a un control después del primer día, son en gran parte de áreas rurales, así también de la región selva, esto se explicaría por la falta de un sistema sanitario adecuado; además de que la mayoría de las mujeres pertenecientes a la región de la selva tendrían un bajo nivel educativo, lo que se sumaría a la desinformación y desconocimiento de la importancia de tener un control posnatal de forma inmediata, restringiendo así el acceso a una atención dentro de las primeras 24 horas, por consiguiente es fundamental la intervención del obstetra para la sensibilización en las gestantes y sobre todo en la orientación y la atención adecuada durante el puerperio; también durante la atención prenatal se debería resaltar la importancia del control posparto; además, los directivos de los establecimientos deberían planificar e implementar un programa de visitas domiciliarias a gestantes y puérperas con el objetivo de prevenir complicaciones.

Respecto a la persona que atiende, el estudio destaca que el personal de salud realiza el control posnatal en 80% de mujeres que viven en la ciudad, el personal obstetra también realiza esta atención en 69,7% de mujeres de zona urbana y la atención realizada por una partera es 84,1% en la zona rural. Se encontraron datos similares en el estudio de Liñan A. et al.²¹, donde en 45,2% el medico realiza la atención en mujeres de zona urbana y la partera tiene mayor actividad en zona rural, en cuanto a la atención del obstetra difiere del estudio puesto que muestra mayor atención de este profesional en área rural (35,1%). En cuanto a la región natural, el estudio muestra que el profesional obstetra lidera las atenciones posnatales con 32,9% en mujeres de la sierra, esto es compatible con lo encontrado por Alcarraz L. et al.²⁶, en la región de Ayacucho, donde 52,4% de mujeres es atendida por el profesional obstetra. Además, en el estudio se evidencia que las mujeres con educación secundaria e índice riqueza medio tiene mayor acceso a la atención por un personal de salud o un obstetra, esto es comparable a lo encontrado por Benova L. et al.²⁷,

en África, donde las mujeres que viven en la ciudad, con nivel educativo alto y con mejores condiciones económicas tienen más posibilidades de acceder a un control e incluso recibir la atención por un profesional de salud capacitado.

Se demuestra que el médico tiene mayor actividad en la zona urbana, al igual que el profesional obstetra, con la diferencia que el obstetra tiene una mayor atención en las regiones de sierra y selva del Perú, esto podría explicarse debido a que el obstetra es el profesional con las competencias necesarias en la atención del puerperio, pese a esto no existen recursos humanos suficientes en los establecimientos de salud a nivel nacional como lo recomendado por la OMS, lo que resultaría perjudicial para la población, más aún en los lugares alejados de las ciudades, en población con bajo nivel educativo y en condiciones de pobreza, donde muchas veces una partera atiende el parto y el posparto. Ante la inequidad de recursos humanos en zonas rurales y alejadas, el Ministerio de Salud debería llevar a cabo programas de incentivos para favorecer o facilitar el trabajo de los profesionales de salud en poblaciones con condiciones desfavorables.

En cuanto al lugar del primer control posnatal, las atenciones en una institución pública se brinda en 76,4% de mujeres de zona urbana; en un establecimiento privado la atención es en 90,3% de mujeres que viven en la ciudad y la atención realizada en el domicilio, 85% en mujeres de área rural; al respecto el estudio de Liñan A. et al.²¹, es coincidente a lo encontrado, señala que la atención posnatal en una institución pública de salud es frecuente en la ciudad; la atención en un establecimiento particular de igual manera destaca en la ciudad y la atención en el domicilio ocurre mayormente en las zonas rurales.

La mayoría de las atenciones posparto es realizado en los establecimientos de salud públicos, estos son frecuentados por mujeres de áreas urbanas al igual que en los establecimientos privados, en cuanto a la atención posnatal en un domicilio es frecuente en mujeres de zona rural, así también de la región sierra, esta situación se podría explicar, muy aparte de la falta de los servicios de salud, por la influencia de factores socioculturales de esta población, que

dificultaría el accesos a la atención posparto incluso desde el proceso de embarazo.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que el acceso a un adecuado control posnatal estuvo asociado significativamente a diferentes características sociodemográficas como la edad, lugar de residencia, región natural, nivel educativo e índice de riqueza, en las mujeres peruanas.
- Las características sociodemográficas asociadas a la asistencia al control posnatal de las mujeres peruanas fueron, la edad, la residencia, región natural, grado de instrucción e índice de riqueza.
- Las características sociodemográficas asociadas al tiempo del primer control posnatal en las mujeres peruanas fueron, el lugar de residencia, región natural, instrucción e índice de riqueza, para este parámetro la edad no estuvo asociada.
- Las características sociodemográficas asociadas a la persona que realiza el primer control posnatal en las mujeres peruanas fueron, la edad, lugar de residencia, región natural, instrucción e índice de riqueza.
- Las características sociodemográficas asociadas al lugar del primer control posnatal en las mujeres peruanas fueron, la edad, lugar de residencia, región natural, instrucción e índice de riqueza.

Recomendaciones

Fortalecer las actividades en la prestación sanitaria, en las zonas rurales y regiones de selva y sierra, con énfasis en atención posparto, por los profesionales de salud responsables en los diferentes niveles de atención, para conseguir una cobertura eficaz al control posparto y preservar la salud materna y neonatal.

Sensibilizar a las mujeres en la importancia de recibir atención inmediata después del parto a través de una orientación adecuada desde el embarazo por parte del profesional obstetra y lograr el empoderamiento de las mujeres sobre el cuidado del posparto en lugares con poca concurrencia a este servicio.

Implementar un programa de monitoreo con visitas domiciliarias a gestantes y puérperas, por los dirigentes de los establecimientos de salud para poder identificar a las mujeres en este periodo y brindar un control posnatal oportuno y completo.

Realizar programas de capacitación a los profesionales de salud en cada establecimiento donde no se cuente con un obstetra, esto realizado por las autoridades de las instituciones sanitarias, a fin de que el profesional pueda identificar, prevenir alguna complicación y actuar de manera oportuna ante cualquier situación de emergencia.

Acondicionar los establecimientos de salud con los recursos y materiales necesarios a cargo del responsable del establecimiento con los trámites correspondientes, para brindar una adecuada atención posnatal en los lugares donde este servicio es deficiente y la población se encuentra en riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud materna [Internet]. [citado el 19 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
2. García Prieto J, Alonso Sánchez J, Martínez Chamorro E, Ibáñez Sanz L, Borrueal Nacenta S. Puerperal complications: pathophysiological mechanisms and main imaging findings. *Radiologia (Engl Ed)*. 2021; 63(1):22-31. doi: 10.1016/j.rx.2020.08.001.
3. Langlois EV, Dey T, Iqbal DG, Sacks E. Improving policy, financing and delivery of postnatal care services. *Bull World Health Organ*. 2023; 101(1):2-2A. doi: 10.2471/BLT.22.289440.
4. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. [citado el 21 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*. 2018; 131:e140–50. doi: 10.1097/AOG.0000000000002633
6. Ibrahim MA, Mare KU, Nur M. Postnatal Care Utilization and Associated Factors among Mothers who gave Birth in the Aysaeta District, Northeast Ethiopia: A Community Based Cross-sectional Study. *Ethiop J Health Sci*. 2022; 32(6):1123-1132. doi: 10.4314/ejhs.v32i6.9.
7. Amsalu G, Talie A, Gezimu W, Duguma A. Non-utilization of postnatal care and its associated factors among women who gave birth in rural districts of Northern Ethiopia: A community-based mixed-method study. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455057221125091. doi: 10.1177/17455057221125091.
8. Machira K, Palamulen M. Rural-urban differences in the use of postnatal care services in Malawi. *J Egypt Public Health Assoc*. 2017;92(1):1-10. doi: 10.21608/epx.2017.7003.

9. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. OMS; 2023. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Organización Mundial de la Salud. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto. 2022 [Internet]. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth#:~:text=Se%20recomiendan%20consultas%20posnatales%20adicionales,y%20durante%20la%20sexta%20semana>
11. Tessema, Z.T., Yazachew, L., Tesema, G.A. et al. Determinants of postnatal care utilization in sub-Saharan Africa: a meta and multilevel analysis of data from 36 sub-Saharan countries. *Ital J Pediatr.* 2020; 46, 175. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00944-y>
12. Dona A, Tulicha T, Arsicha A, Dabaro D. Factors influencing utilization of early postnatal care services among postpartum women in Yirgalem town, Sidama Regional State, Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2022; 10:20503121221088098. doi: 10.1177/20503121221088098.
13. Ndugga P, Namiyonga NK, Sebuwufu D. Determinants of early postnatal care attendance: analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):163. doi: 10.1186/s12884-020-02866-3.
14. Organización Panamericana de la Salud. Declaración conjunta a favor de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna [internet]. Washington, OPS; 2023. [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-conjunta-favor-reduccion-morbilidad-mortalidad-materna>
15. Contreras-Sánchez SE, Doubova S, Mejía-Chávez MI, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Factores asociados a la falta de control posnatal materno. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(1):4-11.
16. De La Torre A, Nikoloski Z, Mossialos E. Equity of access to maternal health interventions in Brazil and Colombia: a retrospective study. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):43. doi: 10.1186/s12939-018-0752-x.

17. Cardona Cordero NR, Ramos JP, Tavaréz ZQ, McIntosh S, Avendaño E, DiMare C, Ossip DJ, De Ver Dye T. Relationship between perceived social support and postpartum care attendance in three Latin American countries: a cross-sectional analytic study. *Glob Health Res Policy*. 2021;6(1):16. doi: 10.1186/s41256-021-00196-1.
18. Instituto nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2021 [Internet]. Lima, INEI; 2021. [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html
19. Barja-Ore J, Valverde-Espinoza N, Fiestas-Requena K, Aguilar-Aguilar S. Cambios en la disponibilidad de los recursos humanos en salud en el Perú. *Revista Cubana de Medicina Militar* [internet]. 2021; [citado el 30 de junio de 2023] 50 (1). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1069>
20. Diaz Canales A, Noel Meza JP. Factores asociados al cumplimiento del control puerperal inmediato en Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2023. 34 p. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/667724>
21. Liñan-Bermúdez A, León Pastuso P, Chafloque Chavesta J, Barja-Ore J. Control del puerperio en mujeres peruanas de zona urbana y rural: análisis secundario de una encuesta nacional. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2022; 82(2): 206-212. <https://doi.org/10.51288/00820210>
22. Woldasemayat LA, Negawo AN, Mengesha CK, Debela TF. Early Postnatal Care Utilization among Rural Women in Horo Guduru Wollega Zone, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2022; 32(3):579-586. doi: 10.4314/ejhs.v32i3.14.
23. Mahajan N, Kaur B. Utilization of Postnatal Care among Rural Women in Punjab. *Indian J Community Med*. 2021;46(1):126-129. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_121_20. Epub 2021 Mar 1.
24. Konje ET, Hatfield J, Sauve R, Kuhn S, Magoma M, Dewey D. Late initiation and low utilization of postnatal care services among women in

- the rural setting in Northwest Tanzania: a community-based study using a mixed method approach. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):635. doi: 10.1186/s12913-021-06695-8.
25. Cahyono MN, Efendi F, Harmayetty H, Adnani QES, Hung HY. Regional disparities in postnatal care among mothers aged 15-49 years old: An analysis of the Indonesian Demographic and Health Survey 2017. 2021;10:153. doi: 10.12688/f1000research.50938.2.
 26. Alcarraz Curi L, Bustamante Quispe P. Cobertura del seguro integral en salud en gestantes y puérperas adolescentes y adultas. *Ayacucho 2009-2019. RevInvestigacion* [internet]. 2021 [citado el 6 de julio de 2023];29(2):241-7. Disponible en: <http://revistas.unsch.edu.pe/index.php/investigacion/article/view/344>
 27. Benova L, Owolabi O, Radovich E, Wong KLM, Macleod D, Langlois EV, et al. (2019) Provision of postpartum care to women giving birth in health facilities in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study using Demographic and Health Survey data from 33 countries. *PLoS Med* 16(10): e1002943. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002943>
 28. Mon AS, Phyu MK, Thinkhamrop W, Thinkhamrop B. Utilization of full postnatal care services among rural Myanmar women and its determinants: a cross-sectional study. *F1000Res.* 2018; 7:1167. doi: 10.12688/f1000research.15561.1.
 29. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetricia.* 24^a Edición. Buenos Aires: Editorial McGraw Hill; 2015.
 30. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* 11^a Edición. México DF: Editorial McGraw Hill; 2014.
 31. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. 2022. En: *StatPearls* [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
 32. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients.* 2020 Apr 9;12(4):1039. doi: 10.3390/nu12041039.

33. Ángel-Müller E, Parra Pineda MO, Bautista-Charry AA. Obstetricia integral siglo XXI. Segunda edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2022:906 pag.
34. Ministerio de Salud del Perú. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
35. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. Lima, MINSA; 2023 [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/>
36. Ministerio de salud del Perú. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú, 2018.
37. Boushra M, Rahman O. Postpartum Infection. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado el 24 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560804/>
38. Colegio de Obstetras del Perú. Código de Ética y Deontología Profesional [Internet]. Segunda edición. Lima, 2016 [citado el 25 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/Normativa-Institucional/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA.pdf>
39. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria [Internet]. JONNPR. 2020 [citado el 26 de julio de 2023];5(1): 81-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es. Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
40. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. URSS, 1978 [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

41. Ministerio de Salud y Bienestar del Gobierno de Canadá. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. [Internet]. Ottawa, 1974 [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud [Internet]. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
43. Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. [Internet] Washington, D.C; 2019. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>
44. Barrantes R, Busse P, eds. Salud, vulnerabilidades, desigualdades. Instituto de Estudios Peruanos. Lima, 2014.
45. López Serna N. Biología del desarrollo. Cuaderno de trabajo. Editorial McGraw Hill; 2012.