



Centro de Investigación y
Desarrollo (CIDE)

Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materno-infantil en madres de 15 a 19 y de 25 a 29 años

Lima, Octubre 2002

DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN

Econ. Mirlena Villacorta Olazabal
Directora Técnica del CIDE

Documento elaborado por:

Max Aliaga Chávez

Las opiniones y conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor, por lo que el INEI no se solidariza necesariamente con ellas.

Preparado	: Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Impreso	: Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI
Diagramación	: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI
Tiraje	: 000 Ejemplares
Domicilio	: Av. General Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú
Orden de Impresión	: N° 000 -OTA-INEI
Depósito Legal N°	: 150113-2002-0000

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística e Informática pone a disposición de las autoridades, instituciones públicas y privadas, y usuarios en general, la investigación: "Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materno infantil en madres de 15 a 19 y de 25 a 29 años". El propósito de esta publicación es aportar información que permita implementar políticas de salud materno infantil que respondan a las diferencias observadas, entre madres adolescentes y madres jóvenes adultas, en el acceso a la oferta de salud del Estado. El estudio ha sido elaborado tomando como base los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del INEI en sus versiones de 1996 y 2000.

Esta investigación ha sido realizada en el marco del Proyecto "Administración de Programas de Investigaciones de MACRO INTERNATIONAL Inc.", con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y bajo la Dirección Técnica del INEI, a través del Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE), con el objetivo de promover, apoyar y administrar las distintas investigaciones con un enfoque basado en la demanda; es decir, desde las necesidades de investigación de los distintos sectores sociales. El INEI espera como resultado de esta investigación, generar los insumos necesarios para instrumentar políticas y apoyar la gestión de los tomadores de decisión del país.

El INEI expresa su especial reconocimiento y agradecimiento a los docentes e investigadores de la Pontificia Universidad Católica del Perú y la Universidad Cayetano Heredia, por su participación y contribución en cada uno de los hitos de control diseñados para la ejecución de las investigaciones, que nos ha permitido interactuar con la comunidad académica en un proceso con transparencia y rigor científico.

Lima, Octubre 2002

Farid Matuk
Jefe del INEI

ÍNDICE

Presentación	3
Resumen ejecutivo	7
1. Introducción	9
2. Fundamentación del problema	10
3. Objetivos de la investigación	11
4. Marco teórico	12
5. Hipótesis	12
6. Métodos	13
7. Mediciones, análisis y resultados	14
8. Discusión	25
9. Conclusiones	29
10. Recomendaciones	30
11. Bibliografía	32
Anexo: Informe metodológico	34

RESUMEN EJECUTIVO

Se realizó un estudio transversal que evaluó las características del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido, de madres adolescentes de 15 a 19 años y adultas jóvenes de 25 a 29 años; a las cuales, por separado y luego comparativamente, se las analizó frente a nueve indicadores sociodemográficos de riesgo (uso de electricidad en el hogar, residencia de niñas, nivel de estudios de la entrevistada, conocimiento de los días del ciclo menstrual en que puede salir embarazada, uso de métodos anticonceptivos modernos, estado conyugal, nivel educativo de su pareja, idioma, uso de electricidad/gas como combustible para cocinar). Asimismo, se estudió el factor de riesgo de la adolescente frente a las características del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido.

El objetivo de la investigación consistió en evaluar cuáles de las variables sociodemográficas negativas representan más riesgo para tener indicadores negativos de salud tanto en el grupo de las adolescentes como en el de las adultas jóvenes y teniendo en cuenta que ambos grupos están expuestos al mismo riesgo. Asimismo, se evaluó las tendencias 1996-2000 de los indicadores del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido.

Se obtuvo los siguientes resultados en una muestra de 446 adolescentes y 188 adultas jóvenes:

- El ser adolescente es un factor de riesgo de no tener un adecuado control prenatal, parto y bajo peso del recién nacido, la cual no se observa en las adultas jóvenes.
- El análisis de los indicadores sociodemográficos de riesgo frente a las variables control prenatal, parto y peso del recién nacido nos muestra algunas diferencias entre madres adolescentes y adultas jóvenes:

Las variables sociodemográficas de riesgo relacionadas con la educación, se presentan mayormente en las adolescentes y están referidas a los riesgos de no tener control prenatal y tener un hijo con bajo peso al nacer; con excepción del riesgo de tener un bajo nivel educativo en las adultas jóvenes, el cual se relaciona con un mayor riesgo de no tener parto institucional.

Las variables sociodemográficas de riesgo relacionadas con la pobreza se presentan en ambos grupos, pero para las adultas jóvenes se encuentran relacionadas con la falta de control prenatal en hospital EsSalud y en clínica privada, y de no tener parto institucional.

- No se ha encontrado riesgo en ambos grupos etáreos en relación a las variables de complicaciones del parto y de complicaciones del puerperio.

- En el análisis de regresión para el grupo adolescente se observa que el no haber usado método y los signos de pobreza son riesgos presentes de no tener control prenatal, ni parto institucional, y tener hijos con bajo peso al nacer.
- En el análisis de regresión para el grupo de adultas jóvenes, el bajo nivel educativo de la entrevistada representa un riesgo del no control prenatal y de no tener parto institucional. El no uso de electricidad /gas como combustible es riesgo sólo de no tener parto institucional.
- En líneas generales se puede afirmar que la tendencia 1996 - 2000 del control prenatal (CPN) en algún centro de salud Minsa y puesto de salud Minsa ha mejorado tanto para las adolescentes como para las adultas jóvenes. Asimismo, la atención en alguna clínica privada ha disminuido en ambos grupos y el CPN por la partera sólo ha mejorado en las adolescentes. Finalmente, las tendencias del parto institucional han mejorado porcentualmente en ambos grupos, pero sin significancia estadística.

1. INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil tiene que pensarse como un binomio que sustancialmente es indesligable porque su realidad gira en un entorno bio-social, el cual es entendido como una serie de fenómenos aislados o generalmente concatenados que acontecen durante el devenir de la vida de las personas (5,23)*.

Se sabe que la sociedad donde nos desarrollamos tiene influencia sobre nuestra vida y nuestra salud, lo cual se expresa en daños o beneficios con una distribución que suele ser (sobre todo en nuestro país) sumamente heterogénea (2,6,19,20,25).

Con el objeto de prestar una adecuada y oportuna atención a la población materno-infantil, debe reconocerse la utilización de ciertos enfoques (3,5,24) en los que se ha basado- o debería basarse- la investigación de los problemas de salud de este grupo, así como la implementación de estrategias para su solución.

Las madres adolescentes y el resto de las mujeres en edad fértil son grupos bien diferenciados en cuanto a la situación de su salud materno-infantil (13,21,23), observándose que las adolescentes acusan una mayor deficiencia, tanto en la oferta, la demanda de salud, y su salud misma. La exposición a las carencias en el hogar, el bajo nivel educativo, la procedencia rural, etc., en las madres adolescentes y adultas jóvenes, representan un riesgo que es necesario medirlo para determinar su asociación, sus niveles y sus diferencias.

Las políticas de salud materno-infantil deben ser implementadas en forma diferenciada. Para tal objetivo se hace necesario emplear algunos de los usos del enfoque de riesgo tales como la modificación de los factores de riesgo y las políticas intersectoriales (3,5,21,24). Este enfoque es una metodología empleada para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos (en nuestro caso adolescentes de 15 a 19 años y adultas jóvenes de 25 a 29 años), también es una herramienta que es utilizada para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, y además, ayuda para determinar prioridades del sector salud. La aplicación de este enfoque intenta mejorar la atención para todos, prestando mayor atención a aquellos que más lo requieran, pudiendo ser utilizado tanto en el ámbito local como en el regional y nacional. La información que se derive de su uso puede utilizarse para definir prácticas de educación en salud y para mejorar la atención.

Los resultados de la investigación nos permiten concluir que el ser adolescente es un factor de riesgo de no tener un adecuado control prenatal y tener un recién nacido con bajo peso. El análisis de los indicadores de riesgo sociodemográficos frente a las variables control prenatal, parto y peso del recién nacido, no muestra algunas diferencias entre ambos grupos etáreos. En líneas generales, la tendencia del control prenatal ha mejorado en ambos grupos, a excepción de clínica privada, y no ha habido una mejoría significativa de la atención de parto institucional.

Nota: * Hace referencia a la numeración en la que se encuentra ordenada la bibliografía utilizada en este trabajo.

2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La salud materno-infantil (que en la ENDES -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- se evalúa por el embarazo, parto, puerperio y lactancia, así como por la inmunización y salud) es un problema que ha merecido y merece atención preferente debido al poco acceso de algunos sectores de la población a la oferta de servicios de salud por parte del Estado; a las altas tasas de morbi-mortalidad materna e infantil por causas evitables; y porque la pirámide demográfica nos muestra que las madres adolescentes y adultas jóvenes representan un buen porcentaje de la población que necesita gozar de salud para poder ser parte del desarrollo de nuestro país. Así, observamos que las mujeres en edad fértil de 15 a 44 años representan, según la ENDES, el 44,4% de la población total de mujeres. De éstas, el 22% son adolescentes, 19,2% son jóvenes de 20 a 24 años, 16,9% están entre 25 a 29 años y 15,7% entre 30 y 34 años (15).

La Epidemiología nos enseña que la distribución de los daños en las poblaciones sigue patrones no uniformes (4,7). Así, dentro del análisis de la salud materno-infantil, podemos encontrar que ésta se encuentra en desmedro en las madres rurales, en las urbano marginales, en las analfabetas o con poca educación, en las que desconocen el uso de métodos anticonceptivos, en las que inician precozmente su maternidad, etc.

Estas variables que podrían dar lugar a una deficiente salud materno infantil (frente a las variables de urbanidad, mayor educación, conocimiento del uso del método anticonceptivo, etc.) se

encuentran presentes en todos los grupos de edades entre 15 a 49 años. En el presente trabajo se estudia a dos grupos en especial: el de madres adolescentes entre 15 a 19 años y el de madres adultas jóvenes de 25 a 29 años. Al relacionarlos se observa que el primero de ellos es más vulnerable que el segundo, aún cuando ambos grupos están sometidos a las mismas variables negativas que influyen en el resultado de una deficiente salud materno-infantil (13,16,30). Asimismo, el grupo las adultas jóvenes entre 25 a 29 años (que representaría en este estudio al resto de las mujeres en edad fértil) es un grupo que está en las mejores condiciones sociales y de edad para casarse y tener hijos, y no está tan cerca de la adolescencia como podría ser una mujer de 20 ó 21 años. Además, según la ENDES, el 25,5% de las mujeres en edad fértil tiene su primer hijo a esta edad, porcentaje que disminuye en 11 y 15,2 puntos en los dos subsiguientes grupos etáreos (15).

Se dice que si las políticas de salud pretenden ser efectivas, deben sectorizarse y enfatizarse en los grupos más sensibles como el adolescente, el cual representa un problema de magnitud preocupante y creciente (9,12,21,22,29).

Para generar políticas de salud adecuadas es necesario- como lo vienen repitiendo los informes de las ENDES- estudiar nuestra realidad a través de encuestas y otros estudios.

No existen investigaciones que utilizando la base de datos de la ENDES 2000, hayan efectuado un estudio descriptivo sobre el control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido de

madres de 15 a 19 años y 25 a 29 años. Tampoco hay un estudio analítico transversal, también de ambos grupos que nos permita identificar los factores sociodemográficos de riesgo asociados. En este sentido, y siendo necesario, además, conocer la tendencia de estas variables en estos grupos, entre los años 1996 y 2000, se ha planteado lo siguiente:

¿Cuán diferentes serán las características del control prenatal, parto, puerperio y el peso del recién nacido en madres de 15 a 19 años, de procedencia rural o urbana, con vivienda adecuada o inadecuada, con educación o sin educación, con familia estable o inestable, quechua o hispano hablantes y que hayan usado o no MAC modernos?

¿Cuán diferentes serán las características del control prenatal, parto, puerperio y el peso del recién nacido en madres de 25 a 29 años de procedencia rural o urbana, con vivienda adecuada o inadecuada, con educación o sin educación, con familia estable o inestable, quechua o hispano hablantes y que hayan usado o no MAC Modernos?

De confirmarse la existencia de diferencias:

¿Será posible identificar y obtener asociaciones de riesgo potencialmente modificables en ambos grupos?

Inclusive cabe preguntar:

¿Qué diferencia habrá entre las asociaciones de riesgo en ambos grupos? y ¿cómo será la tendencia de estas variables en ambos grupos etéreos en ambas ENDES?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo general

- Determinar las características del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido en función de los factores sociodemográficos en madres de 15 a 19 y 25 a 29 años, en la ENDES 2000. Asimismo, evaluar sus tendencias en las ENDES 1996 y 2000.

B. Objetivos específicos

- Determinar la situación del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido en las madres entre 15 a 19 y 25 a 29 años, según conozcan o no el ciclo menstrual, usen o no en su hogar electricidad/gas como combustible, sean de procedencia de la ciudad/capital o pueblo/campo, sean quechua o hispano hablantes, tengan o no electricidad en su hogar, tengan pareja con educación primaria o sin nivel educativo, tengan pareja con educación secundaria/superior, hayan usado o no métodos anticonceptivos modernos, tenga la entrevistada educación primaria o sin nivel educativo, tenga la entrevistada educación secundaria/superior y tenga familia estable o inestable.
- Determinar la existencia de asociación y riesgo entre las variables sociodemográficas y las características del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido en ambos grupos etéreos.

- Evaluar comparativamente los riesgos en ambos grupos etáreos y su influencia en las características del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido.
- Evaluar las tendencias del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido en las ENDES 1996 y 2000.

4. MARCO TEÓRICO

El análisis de la presente investigación se basa en que existen evidentes vínculos entre la salud y el desarrollo (22,25).

La demanda incesante de adecuada vivienda, acceso a un mejor nivel educativo, servicios de salud para una población cada vez mayor, escasez de recursos o la mala distribución de los mismos, la obligación reconocida de lograr la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias y los esfuerzos de desarrollo, son todos factores que indican que hace falta poner en práctica investigaciones dirigidas a los grupos prioritarios en la demanda de salud.

La sociedad peruana se caracteriza por ser sumamente desigual y heterogénea, lo que ha dado como resultado que el acceso a la salud de la población sea muy diferenciado e injusto. En este sentido, por ejemplo, es muy fácil advertir grupos humanos de madres, y sus hijos, que se ven postpuestos irracionalmente en su acceso a gozar de salud, hecho que nos sitúa como un país postergado en su desarrollo (17).

Desde hace aproximadamente 24 años en el Perú se viene realizando encuestas nacionales, cuyo objetivo es evaluar o diagnosticar el nivel de salud de nuestra población y servir como punto de partida para la generación de políticas y estrategias tendientes a enfrentar y superar los indicadores negativos de la salud materno-infantil. Sin embargo, el autor ha podido observar que lo diseñado por el Ministerio de Salud estuvo sustentado en resultados agregados, como si nuestra población fuera cultural y socialmente homogénea. Esta práctica sugiere que lo ejecutado, aparentemente, no habría logrado mejorar significativamente el problema.

Es necesario entender que las políticas de salud deben ser diseñadas para los grupos humanos en riesgo de enfermar o morir. Debido a tal observación se ha querido plantear la presente investigación, no sólo para determinar cuáles son algunos de los factores asociados de riesgo, sino además, conocer en cuánto éstos afectan a cada grupo de mujeres consideradas vulnerables.

5. HIPÓTESIS

El autor ha optado por formular su hipótesis como una pregunta, lo que explicita el carácter de investigación exploratoria del presente documento de trabajo.

¿Diferirán las características del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido entre madres adolescentes y jóvenes adultas, teniendo en cuenta que ambos grupos están expuestos a variables sociodemográficas negativas?

6. MÉTODOS

Primeramente, se analizó todas las variables sociodemográficas y de la salud materno infantil de las madres entre 15 a 19 y 25 a 29 años de la ENDES 2000. Después se seleccionó algunas variables que, a criterio de especialistas consultados, era necesario incluirlas como tales (ver Anexo metodológico). De esta manera se consideró que para este primer momento, la variable independiente debía corresponder a los grupos etáreos adolescentes y jóvenes (factor de riesgo edad), y las variables dependientes debían ser las de control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido. Luego se procedió a analizar la diferencia porcentual de los resultados obtenidos en ambos grupos etáreos, para después establecer si era estadísticamente significativa mediante la prueba de chi-cuadrado, y posteriormente se halló el O.R. (odds ratio) respectivo.

En un segundo momento, las variables control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido de las madres entre 15 a 19 y 25 a 29 años de edad de la ENDES 2000, siguieron siendo catalogadas como dependientes (VD). Muchas de las preguntas de la encuesta ubicadas en listado de hogar como características de la vivienda, antecedentes de la entrevistada, anticoncepción, antecedentes del cónyuge y trabajo de la mujer, fueron catalogadas como variables sociodemográficas independientes (VI).

Para una evaluación más adecuada del propósito del estudio, se creyó conve-

niente escoger sólo a las madres primerizas con un hijo menor de 2 años y ningún aborto en su historia obstétrica. No se estudió a las madres indistintamente de si tienen o no varios hijos porque se hubiese sesgado el estudio debido a que las variables estudiadas no son comparables entre una madre primeriza (quizás con poca experiencia de vida) y aquella con varios hijos, que podría situarse en una mejor o peor condición en su relación con muchas de las variables que la ENDES plantea.

Posteriormente, en ambos grupos etáreos se estableció que las madres que tuvieran presencia de variable dependiente con categoría "No", pasaban a ser las de efectos negativos en salud. Asimismo, las madres con presencia de variable dependiente con categoría "Sí", pasaban a ser las de efectos positivo en salud.

Las variables de riesgo o sociodemográficas (VI), para esta segunda parte, fueron catalogadas como tales tomando como referencia la literatura revisada, teniendo que dicotomizar las múltiples categorías en que, en algunos casos, se las encontró. El análisis de riesgo se valoró mediante el O.R. siendo necesario utilizar también el análisis multivariado.

Para evaluar la tendencia de las variables del control prenatal, parto, y peso del recién nacido de las ENDES, y en ambos grupos etáreos, se recurrió al análisis porcentual y la prueba chi-cuadrado.

7. MEDICIONES, ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se estudió una muestra de la ENDES 2000 de 446 adolescentes de 15 a 19 años y 188 adultas jóvenes de 25 a 29 años de edad, y otra muestra de la ENDES 1996 de 510 adolescentes y 229 jóvenes.

Las variables seleccionadas en grupos de madres adolescentes (15 a 19 años) y adultas jóvenes (25 a 29 años) que se ajustaron a los objetivos y metodología de la investigación como variables dependientes, fueron analizadas frente a la variable edad (VI) en sus frecuencias porcentuales y luego en forma comparativa, y en tablas tetracóricas para la prueba de chi-cuadrado y el O.R. respectivo.

También se muestra el análisis de las variables de control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido como dependientes, siendo las variables las sociodemográficas catalogadas como independientes. El análisis se efectúa en tablas de 2x2 para la prueba de chi-cuadrado y el O.R.

Variables del control prenatal, parto y peso del recién nacido

La Tabla N° 7.1 nos muestra la significancia estadística de comparar las diferentes variables en los grupos etáreos.

Tabla N° 7.1
Riesgo de no tener control prenatal, tener parto domiciliario y peso del recién nacido < 2500 gr

Control prenatal		15 a 19	25 a 29	X ²	p	O.R.	I.C. (95%)
N° de C.P.N.	Ninguno	64 14,4%	63,2%	16.815	0.000	5.094	2.166- 11.982
	1 a 20	379 85,6%	181 96,8%				

Lugar del control prenatal		15 a 19	25 a 29	X ²	p	O.R.	I.C. (95%)
Hospital	No	377 99,0%	149 81,9%	58.532	0.000	20.874	7.296- 59.942
	EsSalud	4 1,0%	33 18,1%				
Puesto de Salud	No	223 58,5%	144 79,1%	23.010	0.000	0.372	0.247- 0.562
	MINSA	158 41,5%	38 20,9%				
Policlinico	No	378 99,2%	173 95,0%	10.206	0.003	6.555	1.753- 24.513
	EsSalud	3 0,8%	9 5,0%				
Clínica	No	378 99,2%	163 95,0%	30.559	0.000	14.687	4.287- 50.319
	Particular	3 0,8%	19 5,0%				

Lugar del parto		15 a 19	25 a 29	X ²	p	O.R.	I.C. (95%)
	Domiciliario	313 48,1%	27 14,60%	61.980	0.000	5.420	3.390- 8.710
	Institucional	230 51,9%	158 85,40%				

Peso del recién nacido		15 a 19	25 a 29	X ²	p	O.R.	I.C. (95%)
	< 2500 gr	69 21,1%	11 6,3%	18.677	0.000	3.987	2.049- 7.759
	> 2501 gr	258 78,9%	164 93,7%				

Control prenatal (CPN)

El objetivo de la asistencia prenatal es asegurar que todo embarazo deseado culmine en el nacimiento de un niño sano y sin deterioro de la salud de la madre (10).

Antes del auge de la obstetricia moderna, la mujer solía tener en el curso del embarazo una sola entrevista con su médico, lo cual apenas representaba un intento por calcular la fecha de parto. La siguiente visita con su médico era generalmente durante el proceso del parto con graves complicaciones. Aún frente al avance de la ciencia médica, la tecnología y las comunicaciones, todavía la ausencia del control prenatal en las madres gestantes es un grave problema que acarrea serias consecuencias para la salud de la madre y sus hijos (8,9).

La Tabla N° 7.1 nos permite observar que las adolescentes, en general, tienen 5,1 de riesgo de no tener control prenatal con respecto a las adultas jóvenes.

Desde la Tabla N° 7.2 a la Tabla N° 7.10, se observa que las adolescentes que no conocen acerca del ciclo menstrual, las que vivieron antes de los 12 años en el pueblo/campo, las que no tienen electricidad en su hogar y las que no han usado método anticonceptivo moderno, están sujetas al riesgo de no tener control prenatal, a diferencia de las adultas jóvenes en las que no se observa tal riesgo. Sin embargo, las adultas jóvenes con educación primaria o menor nivel educativo tienen 7 veces más riesgo de no tener control prenatal que las adolescentes de su mismo nivel; y las que no se encuentran casadas/no conviviendo tienen 15 veces más riesgo que las adolescentes con el mismo estado conyugal.

Lugar del control prenatal

El lugar al que una mujer embarazada acude para realizarse el control de su embarazo depende fundamentalmente de tres factores: la disponibilidad, el acceso y la aceptabilidad. Estos factores se sujetan a su vez a una variada gama de situaciones de vida que son diferentes entre las madres adolescentes y jóvenes, las cuales han sido descritas por muchos investigadores (8,10,27).

La Tabla N° 7.1 nos permite observar que los riesgos de las adolescentes, en general, son de 20,9, 6,6 y 14,7 de no controlarse en un hospital EsSalud, policlínico EsSalud y clínica particular, respectivamente. En cambio existe protección para las adolescentes en hacer su control prenatal en el puesto de salud Minsa.

Desde la Tabla N° 7.2 a la Tabla N° 7.10, advertimos el riesgo de no hacer el control prenatal en un hospital Minsa para las adolescentes en casi la totalidad de los indicadores sociodemográficos estudiados, a excepción de las no están casadas/no son convivientes en las que no hay riesgo para ambos grupos.

Por otro lado, el riesgo de no atención en un hospital EsSalud se observa en jóvenes que no conocen el ciclo menstrual y que residieron de niñas en el pueblo/campo. Asimismo, las adolescentes que no utilizan gas/combustible tienen 7,7 más riesgo de no atención, que las jóvenes.

En lo referente a la no atención prenatal en una clínica particular, las jóvenes tienen riesgo de 8,3 si no utilizan electricidad/gas como combustible, y 3,6 si vivieron antes de los 12 años en el pueblo/campo.

El riesgo de no atención prenatal en médico particular en adolescentes que no usan gas/combustible es de 9,4.

Lugar del parto

El embarazo y el parto tienen que considerarse, a priori, como un estado fisiológico normal en condiciones en que la mujer y su entorno no estén sometidas a situaciones biosociales negativas. De otro modo, este proceso normal da lugar a procesos mórbidos y de mortalidad para la madre y el niño (10).

El parto controlado y atendido por un profesional de la salud u otro personal capacitado (sanitario, comadrona/partera) es una de las metas de todas las políticas de salud que buscan, como objetivo, disminuir los indicadores negativos de la salud materno-infantil.

La Tabla N° 7.1 nos permite observar que las adolescentes, en general, tienen un riesgo de 5,4 de no tener parto institucional en comparación con las adultas jóvenes.

Desde la Tabla N° 7.2 a la Tabla N° 7.10, en referencia al riesgo de no tener parto institucional, observamos que las adultas jóvenes que no tienen conocimiento acerca del ciclo menstrual, tienen un punto adicional en dicho riesgo que las adolescentes. Asimismo, y siempre referido a las adultas jóvenes con respecto a las adolescentes, las que no usan gas/electricidad como combustible en su hogar, tienen 2 puntos más; las que han vivido antes de los 12 años en el pueblo/campo tienen 1,1 puntos más; las quechua hablantes 28 puntos más; las que tienen

pareja con nivel educativo bajo tienen 4,5 más riesgo; las que no tienen electricidad en su hogar tienen 2,6 más; y las que tienen bajo nivel educativo tienen 41 puntos más. Además, las adolescentes que no han usado métodos anticonceptivos modernos tienen un punto más de riesgo que las adultas jóvenes.

Peso del recién nacido

El peso del recién nacido es un indicador de salud que está relacionado a múltiples factores biosociales (17,21), entre los que destaca no sólo la edad de la madre, sino una nutrición prenatal inadecuada un control prenatal tardío, y enfermedades propias de la madre o del feto (malformaciones) (10).

La Literatura médica (15) ha establecido categorías de los pesos del recién nacido: de bajo peso son aquellos con menos de 2500 gramos, o los que habiendo nacido a término o prematuros, tienen un peso menor del que se espera para su edad gestacional debido a que tienen una falla en su crecimiento.

La Tabla N° 7.1 nos permite observar que las adolescentes en general, tienen 4 de riesgo de tener un hijo recién nacido de bajo peso en comparación con las jóvenes adultas.

En las Tablas desde la N° 7.2 a la N° 7.10, observamos que las adolescentes que no tienen electricidad en su hogar tienen un riesgo de 2,6; las que no han usado método anticonceptivo moderno 2,6 y las que tienen educación primaria/ninguna 2,1.

Complicaciones del parto y puerperio

- No se encontró diferencia estadística significativa en ambos grupos etáreos en las siguientes variables del parto: labor prolongada, fiebre, sangrado y convulsiones.
- No se encontró diferencia estadística significativa en ambos grupos etáreos en las siguientes variables del puerperio: excesivo sangrado vaginal post parto, mareos/pérdida de conocimiento, fiebre alta/escalofríos, mastitis, ardor al orinar y pérdida involuntaria de orina.

Variables sociodemográficas como indicadores de riesgo

Como se habrá podido observar en el presente estudio, la totalidad de los indicadores de riesgo estudiados está de alguna manera relacionada con la pobreza. Al aplicar estas situaciones observadas en ambos grupos etáreos para determinar si su influencia es la misma, encontramos lo siguiente (ver desde la Tabla N° 7.2 a la Tabla N° 7.10):

- El riesgo de no conocer los días del ciclo menstrual en que hay peligro de embarazo se presenta en adolescentes y está referido a la falta de control prenatal y no controlar el embarazo en el hospital Minsa. También hay riesgo en las jóvenes para no controlar su embarazo en algún hospital EsSalud. El riesgo es mayor en adultas jóvenes de no tener parto institucional.
- El riesgo por no usar gas o electricidad para cocinar está presente en las

adolescentes de no realizar su control prenatal en el Minsa y en médico particular. El riesgo se presenta en ambos grupos etáreos, siendo mayor en las adolescentes de no tener control prenatal en algún hospital EsSalud, y mayor en las adultas jóvenes de no tener parto institucional. De otro lado, las jóvenes presentan riesgo de no atenderse en alguna clínica privada.

- El riesgo por haber residido antes de los 12 años en el pueblo/campo, se presenta en las adolescentes en la falta de control prenatal de no realizar éste en algún hospital Minsa. Hay riesgo en las jóvenes de no recibir control prenatal en algún hospital EsSalud y en alguna clínica privada. Asimismo, existe riesgo en ambos grupos etáreos, siendo mayor para las adultas jóvenes, de no tener parto institucional.
- El riesgo por ser quechua hablante se presenta en las adolescentes de no hacer su control prenatal en el Minsa. Asimismo este riesgo se presenta en ambos grupos etáreos, siendo mayor en las adultas jóvenes de no tener parto institucional.
- El riesgo por tener una pareja con algún nivel educativo de primaria o menos, se presenta en adolescentes de no hacer su control prenatal en algún hospital Minsa. El riesgo también se presenta en ambos grupos etáreos, teniendo las adultas jóvenes mayor riesgo de no tener parto institucional.
- El riesgo por no tener electricidad en el hogar se presenta en las adolescentes de no realizar su control

prenatal, no hacer su control prenatal en algún hospital Minsa y tener hijos recién nacidos con bajo peso. El riesgo también se presenta en ambos grupos étnicos, siendo mayor en las adultas jóvenes de no tener parto institucional

- El riesgo por no haber usado MAC moderno se presenta en las adolescentes de no hacer su control prenatal, no hacer su control prenatal en algún hospital Minsa y tener un recién nacido con bajo peso. El riesgo es mayor en adolescentes de no tener parto institucional.
- El riesgo porque la entrevistada tenga un nivel educativo primario o menor, se presenta en adolescentes de no hacer su control prenatal en algún hospital Minsa y de tener un hijo con bajo peso al nacer. El riesgo también se presenta en ambos grupos étnicos, teniendo las adultas jóvenes mayor riesgo de no hacer su control prenatal y de no tener parto institucional.
- El riesgo por estar casada o no conviviendo se presenta en adultas jóvenes más que en las adolescentes de no tener control prenatal.

Análisis de regresión

Modelo final (madres de 15 a 19 años)
(ver tabla N° 7.12).

El análisis de la variable dependiente control prenatal nos indica que no tener electricidad en el hogar y no haber usado MAC representa un riesgo de 3,2 y 2,2, respectivamente.

El análisis de la variable dependiente lugar del parto nos muestra que el no usar electricidad/gas, el haber vivido en pueblo/campo, el no haber usado MAC moderno y no tener electricidad representa riesgos de 4,7; 3,6; 2,3; y 1,8 respectivamente.

El análisis de la variable dependiente peso del recién nacido nos indica que no usar MAC moderno y no tener electricidad representa un riesgo de 3,4 y 2 respectivamente.

Modelo final (madres de 25-29 años)

El análisis de la variable dependiente control prenatal nos indica que el bajo nivel educativo de la entrevistada representa un riesgo de 9.

El análisis de la variable dependiente lugar del parto nos muestra que el bajo nivel educativo de la entrevistada y el no usar gas/ electricidad representa un riesgo de 23,6 y 5,6 respectivamente (ver Tabla N° 7.13).

Tabla N° 7.2
Riesgo por no tener conocimiento de ciclo menstrual,
por grupos étnicos

Control prenatal			Conocimiento		X ²	P	O.R	IC (95%)
			No	Sí				
15 - 19	C.P.N.	No	57	7	4.903	0.027	2.462	1.084- 5.593
		1 a 20	291	88				
Lugar de control prenatal								
15 - 19	Hospital Minsa	No	236	50	22.129	0.000	3.287	1.974- 5.475
		Sí	56	39				
25 - 29	Hospital EsSalud	No	75	74	4.356	0.037	2.331	1.038- 5.234
		Sí	10	23				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	154	69	17.268	0.000	0.323	0.187- 0.560
		Sí	138	20				
25 - 29		No	60	84	7.029	0.008	0.371	0.176- 0.784
		Sí	25	13				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		183	30	13.908	0.000	2.455	1.519- 3.968
		Institucional	164	66				
25 - 29	Domiciliario		20	7	7.833	0.005	3.501	1.401- 8.750
		Institucional	71	87				

Tabla N° 7.3
Riesgo por no usar electricidad/ gas como combustible para cocinar,
por grupos étnicos

Lugar de C.P.N.			Resto	Electricidad/ gas	X ²	P	O.R	IC (95%)
	Sí	59	36					
15 - 19	Hospital EsSalud	No	299	78	6.974	0.032	11.500	1.180- 112.078
			Sí	1				
25 - 29		No	75	73	9.453	0.002	3.816	1.560- 9.336
			Sí	7				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	154	69	30.112	0.000	0.183	0.095- 0.353
			Sí	146				
25 - 29		No	59	84	4.498	0.034	0.458	0.221- 0.951
			Sí	23				
25 - 29	Clínica privada	No	80	82	10.362	0.001	8.293	1.856- 37.061
			Sí	2				
15 - 19	Médico particular	No	297	74	14.574	0.001	9.365	2.365- 37.086
			Sí	3				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		204	8	57.087	0.000	10.822	5.253- 22.293
		Institucional	155	74				
25 - 29	Domiciliario		24	13	23.842	0.000	12.933	3.733- 44.811
		Institucional	60	97				

Tabla N° 7.4

Riesgo por tener residencia antes de los 12 años en pueblo/campo, por grupos étnicos

Control prenatal			Pueblo/ campo	Resto	X ²	P	O.R	IC (95%)
15 - 19	C.P.N.	No	55	9	10.186	0.001	3.153	1.510- 6.583
		1 a 20	250	129				
Lugar de control prenatal								
15 - 19	Hospital Minsa	No	218	68	52.062	0.000	5.752	3.488- 9.484
		Sí	34	61				
25 - 29	Hospital EsSalud	No	64	85	8.871	0.003	4.216	1.543- 11.523
		Sí	5	28				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	123	100	28.974	0.000	0.277	0.171- 0.448
		Sí	129	29				
25 - 29		No	45	99	13.004	0.000	0.265	0.126- 0.560
		Sí	24	14				
25 - 29	Clinica privada	No	66	97	4.411	0.045	3.629	1.017- 12.950
		Sí	3	16				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		188	25	70.713	0.000	7.138	4.369- 11.661
		Institucional		118	112			
25 - 29	Domiciliario		21	6	22.152	0.000	8.021	3.045- 21.128
		Institucional		48	110			

Tabla N° 7.5

Riesgo por no ser español hablante por grupos étnicos

Lugar de C.P.N.			Quechua/ aymara	Resto	X ²	P	O.R	IC (95%)
15 - 19	Hospital Minsa	No	68	218	10.530	0.001	3.392	1.565- 7.352
		Sí	8	87				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	34	169	7.442	0.006	0.497	0.299- 0.826
		Sí	42	116				
25 - 29		No	2	142	22.388	0.000	0.053	0.011- 0.261
		Sí	8	30				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		65	148	35.646	0.000	4.877	2.806- 8.476
		Institucional		19	211			
25 - 29	Domiciliario		8	19	36.281	0.000	32.842	6.493- 166.124
		Institucional		2	156			

Tabla N° 7.6

Riesgo por bajo nivel educativo de la pareja, por grupos étnicos

Lugar de C.P.N.			No educación/ primaria	Resto	X ²	P	O.R	IC (95%)
15 - 19	Hospital Minsa	No	70	155	5.560	0.018	2.299	1.136- 4.655
		Si	11	56				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	35	133	9.414	0.002	0.446	0.265- 0.751
		Si	46	78				
25 - 29		No	6	118	7.728	0.005	0.203	0.060- 0.685
		Si	6	24				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		62	96	17.303	0.001	2.885	1.735- 4.797
	Institucional		30	134				
25 - 29	Domiciliario		6	17	12.725	0.000	7.412	2.145- 25.605
	Institucional		6	126				

Tabla N° 7.7

Riesgo por no tener electricidad en el hogar, por grupos étnicos

Control prenatal			Electricidad		X ²	P	O.R	IC (95%)
			No	Si				
15 - 19	C.P.N.	No	50	13	20.935	0.000	4.199	2.167- 7.833
		1 a 20	183	196				
Lugar de control prenatal								
15 - 19	Hospital Minsa	No	163	123	32.683	0.000	4.397	2.585- 7.479
		Si	22	73				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	77	146	42.359	0.000	0.244	0.158- 0.377
		Si	108	50				
25 - 29		No	22	122	10.868	0.001	0.277	0.125- 0.611
		Si	15	23				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		152	60	68.899	0.000	4.660	3.114- 6.974
	Institucional		81	149				
25 - 29	Domiciliario		15	12	23.748	0.000	7.337	3.048- 7.661
	Institucional		23	135				
Peso del recién nacido								
15 - 19	Peso	< 2500	30	16	8.761	0.003	2.612	1.362- 5.012
		> 2501	117	163				

Tabla N° 7.8
Riesgo por no haber usado método anticonceptivo, por grupos étnicos

Control prenatal			Uso de MAC		X ²	P	O.R	IC (95%)
			No	Sí				
15 - 19	C.P.N.	No	27	37	20.260	0.000	3.461	1.972- 6.075
		1 a 20	37	313				
Lugar de control prenatal								
15 - 19	Hospital Minsa	No	63	223	13.670	0.000	5.085	1.981- 13.075
		Sí	5	90				
25 - 29	C. de S. Minsa	No	3	133	8.589	0.009	0.150	0.036- 0.629
		Sí	6	40				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	28	195	10.270	0.001	0.424	0.248- 0.723
		Sí	40	118				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		73	140	40.073	0.000	4.930	2.923- 8.314
		Institucional	22	208				
25 - 29	Domiciliario		5	22	10.632	0.007	3.955	1.862- 25.974
		Institucional	5	153				
Peso del recién nacido								
15 - 19	Peso	< 2500	14	32	7.093	0.008	2.561	1.259- 5.209
		> 2501	41	240				

Tabla N° 7.9
Riesgo por tener un bajo nivel educativo de la entrevistada por grupos étnicos

Control prenatal			No educación/ primaria	Resto	X ²	P	O.R	IC (95%)
			15 - 19	No				
15 - 19	CPN	1 a 20	168	211	9.347	0.020	9.056	1.700- 48.235
		25 - 29	No	3				
25 - 29	1 a 20		18	163				
Lugar del control prenatal								
15 - 19	Hospital MINSA	No	149	137	27.847	0.000	4.078	2.365- 7.034
		Sí	20	75				
15 - 19	P. de S. Minsa	No	76	147	23.007	0.000	0.361	0.237- 0.550
		Sí	93	65				
25 - 29	P. de S. Minsa	No	8	136	14.540	0.000	0.165	0.060- 0.454
		Sí	10	28				
Lugar del parto								
15 - 19	Domiciliario		134	79	43.167	0.000	3.648	2.463- 5.404
		Institucional	73	157				
25 - 29	Domiciliario		16	11	72.106	0.000	44.509	13.733- 144.255
		Institucional	5	153				
Peso del recién nacido								
15 - 19	Peso	< 2500	26	20	5.572	0.018	2.114	1.125- 3.972
		> 2501	107	174				

Tabla N° 7.10
Riesgo por no estar casada/no conviviendo por grupos étnicos

Control prenatal		Resto	Casada/ conviviente	X ²	P	O.R	IC (95%)	
15 - 19	CPN	No	35	29	14.490	0.000	2.771	1.617- 4.748
		1 a 20	115	264				
25 - 29		No	5	1	11.917	0.003	17.625	2.001- 155.224
		1 a 20	40	141				
Lugar de control prenatal								
25 - 29	Hospital EsSalud	No	32	111	5.061	0.039	0.231	0.058- 0.916
		Sí	5	4				

Tabla N° 7.11
Tendencias del control prenatal, parto y peso del recién nacido por grupos étnicos

		15- 19 años				25- 29 años			
		1996	2000	x ²	p	1996	2000	x ²	p
CPN	No	162 31.89%	64 14.45%	39.740	0.000	23 10.04%	6 3.21%	7.420	0.006
	Sí	346 68.11%	379 85.55%			206 89.96%	131 96.79%		
Lugar de CPN									
H. Minsa	No	401 78.63%	286 75.07%	1.570	0.540	167 81.66%	149 73.62%	0.030	0.870
	Sí	109 21.37%	95 24.93%			62 18.34%	48 26.38%		
H. EsSalud	No	501 98.23%	377 98.95%	0.360	0.540	187 81.66%	149 81.87%	0.000	0.950
	Sí	9 1.74%	4 1.05%			42 18.34%	33 18.93%		
CS Minsa	No	426 83.53%	263 69.03%	26.160	0.000	197 86.03%	136 74.73%	8.420	0.003
	Sí	84 16.47%	118 30.97%			32 13.97%	46 25.27%		
PS Minsa	No	402 78.82%	223 58.53%	42.890	0.000	203 88.65%	144 79.12%	7.000	0.008
	Sí	108 21.18%	158 41.47%			26 11.35%	38 20.88%		
PS EsSalud	No	501 98.24%	378 99.20%	0.920	0.330	221 96.50%	173 95.05%	0.540	0.460
	Sí	9 1.76%	3 0.80%			8 3.50%	9 4.95%		
Privada	No	490 82.35%	378 99.20%	7.320	0.006	182 79.47%	163 89.58%	7.650	0.005
	Sí	20 17.65%	3 80.00%			47 20.53%	19 10.44%		
Partera	No	491 96.30%	379 99.50%	8.370	0.003	225 98.25%	182 100.00%	1.650	0.190
	Sí	19 3.70%	2 50.00%			4 1.75%	0 0.00%		
Lugar del parto	Domiciliario	259 52.00%	213 48.10%	1.450	0.230	47 21.60%	27 14.60%	3.240	0.070
	Institucional	239 48.00%	230 51.90%			171 78.40%	158 85.40%		
Peso del R.N.	< 2500	62 18.13%	69 21.10%	0.940	0.330	15 7.65%	11 6.30%	0.270	0.600
		280	258			181	164		
	> 2501	81.87%	78.90%			92.35%	93.65%		

Resultados del modelo de regresión: 15 a 19 años

Tabla N° 7.12

Variable dependiente: control prenatal

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I. for EXP (B)	
							Lower	Upper
METODO (1)	0.706	0.037	6.716	1	0.010	2.218	1.214	4.05
ELECT (1)	1.165	0.345	11.365	1	0.001	3.205	1.628	6.307
Constant	-2.776	0.289	92.477	1	0.000	0.062		

Variable dependiente: lugar del parto

METODO (1)	0.832	0.293	8.057	1	0.005	2.298	1.294	4.081
ELECT (1)	0.568	0.247	5.269	1	0.022	1.765	1.087	2.866
COMBUSTI(1)	1.537	0.401	14.726	1	0.000	4.653	2.122	10.204
RES_NIÑO(1)	1.28	0.277	21.295	1	0.000	3.596	2.088	6.192
Constant	-2.801	0.397	49.883	1	0.000	0.061		

Variable dependiente: peso del recién nacido

EDUC_1(1)	0.495	0.318	2.425	1	0.119	1.641	0.88	3.06
METODO (1)	1.228	0.403	9.272	1	0.002	3.413	1.549	7.521
ELECT (1)	0.711	0.324	4.82	1	0.028	2.036	1.079	3.84
IDIOMA_1(1)	0.498	0.431	1.334	1	0.248	1.645	0.707	3.83
METODO (1) by IDIOMA_1(1)	-2.822	0.924	9.329	1	0.002	0.059	0.01	0.364
Constant	-2.111	0.244	74.898	1	0.000	0.121		

Resultados del modelo de regresión: 25 a 29 años

Tabla N° 7.13

Variable dependiente: control prenatal

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I. for EXP (B)	
							Lower	Upper
EDUC_1(1)	2.203	0.853	6.666	1	0.010	9.056	1.700	48.235
Constant	-3.995	0.583	47.018	1	0.000	0.018		

Variable dependiente: lugar del parto

EDUC_1(1)	3.16	0.626	25.446	1	0.000	23.572	6.905	80.467
COMSBUSTI(1)	1.717	0.689	6.215	1	0.130	5.570	1.444	21.491
Constant	-3.609	0.602	35.914	1	0.000	0.027		

Variable dependiente: peso del recién nacido

RES_NIÑO(1)	0.866	0.628	1.905	1	0.168	2.378	0.695	8.139
Constant	-3.082	0.457	45.408	1	0.000	0.000		

8. DISCUSIÓN

En forma general (tal como se muestra en la tabla N° 7.1), las madres adolescentes, a diferencia de las adultas jóvenes, muestran riesgo de tener variables de efecto negativo en el control prenatal, parto y peso del recién nacido. Este hecho está bien documentado en la literatura y se le ha encontrado asociado a múltiples factores entre los que destacan los sociales, económicos, psicológicos y culturales (21,23). Sin embargo, al analizar a ambos grupos etáreos frente a las diferentes variables sociodemográficas de riesgo, encontramos que existen algunas diferencias que las discutimos a continuación.

Control prenatal

- El 85,6% de las adolescentes y el 96,8% de las adultas jóvenes (ver tabla N° 7.11) recibió control prenatal, lo cual guarda semejanza con la ENDES, con la diferencia que ésta evalúa a los nacimientos de los últimos 5 años para todas las edades.
- El riesgo en las adolescentes de no recibir control prenatal está influido por seis de las variables sociodemográficas, lo que nos indica la situación desventajosa que tiene este grupo etáreo. Lo peculiar del mayor riesgo en las adultas jóvenes, en las variables bajo nivel de educación de la entrevistada y no casada/no conviviente, parecería indicar un riesgo sumamente alto y fácil de superar. En cambio, en las adolescentes, sólo podría superarse el desconocimiento del ciclo menstrual, el no haber usado métodos anticonceptivos modernos y

el bajo nivel de educación de la entrevistada.

La explicación del menor riesgo de no control prenatal en adolescentes con bajo nivel educativo y que no estén casadas/no conviviendo, podría explicarse porque existiría, en muchas de ellas, un entorno familiar que aconseja el control. Peculiaridad que no se daría en las adultas jóvenes, quienes son más independientes en sus decisiones.

En cuanto a la tendencia 1996 - 2000 del CPN (ver tabla N° 7.11) se observa que hubo disminuciones de 17,4 y 6,8 puntos en las adolescentes y jóvenes respectivamente, ambas caídas, estadísticamente significativas. Como se podrá inferir, existe una mejoría más evidente para las adolescentes.

La importancia del control prenatal radica no sólo en la prevención sino particularmente en el diagnóstico precoz de las complicaciones y su transferencia a niveles de la complejidad necesaria. Sin embargo, para lograr este objetivo es necesario que el CPN cumpla con un mínimo de requisitos, entre los cuales se encuentran la convicción de su necesidad, el inicio oportuno y la continuidad de las visitas que son particularmente importantes.

Lugar del control prenatal

- El 1% de adolescentes y el 18,9% de adultas jóvenes (ver tabla N° 7.11) hicieron su control prenatal en algún hospital EsSalud. La ENDES no aporta datos acerca de esta variable. El alto

porcentaje de jóvenes se explicaría porque están aseguradas por su trabajo o son derecho-habientes por sus parejas.

La observación de que las adolescentes que no usan electricidad/gas para cocinar tienen mayor riesgo que las adultas jóvenes de no controlarse en algún hospital EsSalud, nos podría indicar que esta variable de riesgo, difícil de superar, es de gran efecto en este grupo etéreo.

En cuanto a la tendencia del CPN en algún hospital EsSalud (ver tabla N° 7.12), no se observa significancia estadística en ambos grupos. Probablemente este resultado guarde relación con el no aumento de la población asegurada.

- El riesgo para las adolescentes de no recibir CPN en el algún hospital Minsa, en relación a casi la totalidad de las variables de riesgo sociodemográficas, nos podría indicar que la oferta de salud del Minsa no estaría contribuyendo a este riesgo, más que para las adultas jóvenes.

En cuanto a la tendencia del CPN en hospital Minsa (ver tabla N° 7.11) se observa un ligero aumento en ambos grupos, pero no es estadísticamente significativo. Probablemente la oferta de salud del Estado no llega adecuadamente.

- El CPN en algún puesto de salud Minsa (ver tabla N° 7.11) fue de 41,5% en adolescentes y 20,9% en adultas jóvenes. Al respecto, la ENDES no aporta datos acerca de esta variable. La mayor demanda de adolescentes es evidente porque podría representar a grupos sin seguro social y con mayor

acceso a los niveles de atención primaria de la red del Minsa.

En cuanto a la tendencia del CPN en algún puesto de salud Minsa (ver tabla N° 7.11), se observa un aumento, en las adolescentes de 20,3, y de 9,5 puntos en las adultas jóvenes, los cuales son estadísticamente significativos, lo que indicaría una mejoría en la demanda y la oferta de salud por el Estado en este nivel de atención.

- La tendencia del control prenatal en centro de salud Minsa (ver tabla N° 7.11) en las adolescentes tuvo un aumento de 14,5 y 11,3 puntos en adultas jóvenes que es significativo. Aquí también se pensaría en una mayor demanda y oferta por parte del Estado.
- El 0,8% y 5% de adolescentes y adultas jóvenes, respectivamente, se hizo control prenatal en algún policlínico EsSalud. La explicación del mayor porcentaje en las segundas sería porque tienen mayor acceso al Seguro Social, por estar aseguradas o por ser derecho-habientes por sus parejas.

En cuanto a la tendencia del CPN en un policlínico EsSalud (ver tabla N° 7.11) en las adolescentes, el porcentaje ha disminuído y en las adultas jóvenes ha aumentado, pero no es significativo.

- El 0,8% de adolescentes y el 10,4% de adultas jóvenes (ver tabla N° 7.11) se hicieron control en una clínica particular. Esto se explicaría por la mejor situación económica de este grupo y por la presencia de una mejor

estabilidad en el hogar (17), datos que corroboran la postergación del grupo adolescente.

La tendencia del CPN en clínica particular en las adolescentes ha disminuído en 16,8 puntos y en las adultas jóvenes 10 puntos (ver tabla N° 7.11) Esto podría explicarse, entre otras razones, por el aumento de la pobreza en el Perú en la última década lo cual limitaría el acceso a este bien.

- La tendencia del control prenatal por la partera disminuyó en 3,2 puntos en las adolescentes y cayó a cero en las adultas jóvenes (ver tabla N° 7.11), lo cual es estadísticamente significativo para el primer grupo. Aquí cabría preguntarse si esta disminución está en relación con el aumento de la demanda hacia el sector Gobierno y una mayor oferta de dicho servicio.

Lugar del parto

- El 52% y el 85,4% de las adolescentes y adultas jóvenes, respectivamente, tuvieron parto institucional (ver tabla N° 7.11). La ENDES informa que el 58 % de los últimos nacimientos tuvieron lugar en un servicio de salud.
- La observación de que todas las variables sociodemográficas estén presentes como indicadores de riesgo para ambos grupos etáreos, para no tener parto institucional, nos haría pensar en el profundo problema social que existe en la atención del parto y las consecuencias previsibles en la salud de las madres y sus hijos.

En cuanto a la tendencia del parto institucional (ver tabla N° 7.11) se

observa una disminución porcentual en ambos grupos, pero no es significativa.

En el mejor de los casos, la literatura dice que la categoría lugar del parto está sólo tangencialmente relacionada con la salud materno infantil, porque el parto en un hospital y bajo la atención de un médico no determina que el nacimiento sea más seguro o más higiénico que un parto en el hogar bajo la dirección de una partera (23,24).

Peso del Recién Nacido

- El 78,9% y el 93,7% de los hijos de las adolescentes y jóvenes, respectivamente, tuvieron más de 2 501 gramos de peso al nacer. La ENDES informa que el 94% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años tuvieron esta característica.

Los niños nacidos de madres adolescentes tienden a tener bajo peso al nacer (23), lo cual se corrobora en el presente trabajo, pero al estratificarlos en indicadores de riesgo, observamos que el bajo peso al nacer está presente sólo en aquellas que no tienen electricidad en su hogar, en las que no han usado MAC y las que tienen baja educación en relación a las adultas jóvenes, lo cual amerita un estudio más amplio. Este sencillo indicador del estado de salud del niño o recién nacido es quizás el más fácil de obtener y el más útil en términos generales (8).

La tendencia del bajo peso al nacer en adolescentes aumentó en 3 puntos y en adultas jóvenes 1,4 puntos, pero no es significativo.

Tabla N° 8.1
Resumen de los indicadores de riesgo sociodemográficos, según control prenatal, parto y peso del recién nacido por grupos étnicos

	Edad	No conocimiento del ciclo menstrual	No uso de eléct./gas combustible	Residencia de niña en campo	Quechua hablante	Bajo nivel educativo de la pareja	No electricidad en el hogar	No haber usado MAC	Bajo nivel educativo de entrevistada	No casada/ no conviviendo
CPN	15 - 19	2.462	-	3.153	-	-	4.199	3.461	1.959	2.771
	25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	9.056	17.625
CPN en h. Minsa	15 - 19	3.287	3.268	5.752	3.392	2.299	4.397	5.085	4.078	-
	25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CPN en h. EsSalud	15 - 19	-	11.500	-	-	-	-	-	-	-
	25 - 29	2.331	3.816	4.216	-	-	-	-	-	0.231
CPN en clínica privada	15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25 - 29	-	8.293	3.629	-	-	-	-	-	-
CPN en médico particular	15 - 19	-	9.365	-	-	-	-	-	-	-
	25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parto domiciliario Parto institucional	15 - 19	2.455	10.822	7.138	4.877	2.855	4.660	4.930	3.648	-
	25 - 29	3.501	12.933	8.021	32.842	7.412	7.337	3.955	44.509	-
Peso del RN	15 - 19	-	-	-	-	-	2.612	2.561	2.114	-
	25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-

9. CONCLUSIONES

1. El análisis de la edad como factor de riesgo frente a las variables de efectos negativos en el control prenatal, parto y peso del recién nacido, demuestra que éstas se encuentran presentes sólo en las madres adolescentes.
 - El haber residido antes de los 12 años en el pueblo/ campo:
Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN y no tenerlo en algún hospital Minsa.
Es un riesgo en las adultas jóvenes de no tener CPN en algún hospital EsSalud y clínica privada.
Es mayor riesgo (1,1 más) en las adultas jóvenes de tener parto domiciliario.
 - La falta de conocimiento de los días del ciclo menstrual en que una mujer puede quedar embarazada:
Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN y no tenerlo en algún hospital Minsa.
Es un riesgo en las adultas jóvenes de no tener CPN en algún hospital EsSalud.
Es mayor riesgo (un punto más) en adultas jóvenes que en adolescentes de no tener parto domiciliario.
 - El ser quechua hablante:
Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN en algún hospital Minsa.
Es mayor riesgo (28 más) en las jóvenes adultas de tener parto domiciliario.
 - El bajo nivel educativo de la pareja (sin educación/primaria):
Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN en algún hospital Minsa.
Es mayor riesgo (4,6 más) en las adultas jóvenes de tener parto domiciliario.
 - El no tener electricidad en su hogar:
Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN, no tener éste en algún hospital Minsa y tener algún hijo con bajo peso al nacer.
Es mayor riesgo (2,7 más) en adultas jóvenes de tener parto domiciliario.
 - El no haber usado método anticonceptivo moderno:
2. Al analizar los indicadores socio-demográficos de riesgo frente a las variables control prenatal, parto y peso del recién nacido, observamos diferencias entre madres adolescentes y adultas jóvenes.
 - El no uso de electricidad/gas como combustible para cocinar:
Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN en algún hospital Minsa y en médico particular.
Es un riesgo en las adultas jóvenes de no tener CPN en alguna clínica privada.
Es mayor riesgo (7,7 más) en las adolescentes de no tener CPN en algún hospital EsSalud.

Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN, no tener éste en algún hospital Minsa y tener algún hijo con bajo peso al nacer.

Hay mayor riesgo (uno más) en las adolescentes para tener parto domiciliario.

- El bajo nivel educativo de la entrevistada (sin educación/primaria): Es un riesgo en las adolescentes de no tener CPN en algún hospital Minsa y de tener hijo con bajo peso al nacer. Es mayor riesgo en las adultas jóvenes de no tener CPN y de tener parto domiciliario.
 - El no estar casada/no conviviendo: Es mayor riesgo (15 más) en las jóvenes adultas para no tener CPN.
3. En el análisis de regresión para el grupo adolescente se observa que el no haber usado MAC moderno y los signos de pobreza, son un riesgo presente de no tener control prenatal, de no tener parto institucional y de tener hijos con bajo peso al nacer. En cambio, en las adultas jóvenes, el bajo nivel educativo de la entrevistada representa un riesgo de no tener control prenatal y de no tener parto institucional. El no uso de electricidad/gas como combustible, es riesgo sólo de no tener parto institucional.
 4. La tendencia 1996 - 2000 del control prenatal del CPN en algún centro de salud Minsa y puesto de salud Minsa, ha mejorado para ambos grupos. La

atención en clínica privada ha disminuido en ambos grupos y el CPN por la partera sólo ha mejorado en las adolescentes. Las tendencias del parto institucional han mejorado porcentualmente en ambos grupos, pero sin significancia estadística.

5. Las tendencias de las variables del control prenatal, parto y peso del recién nacido 1996-2000, demuestran en las adultas jóvenes una mejoría en el control prenatal; en el control prenatal en algún centro de salud Minsa en el puesto de salud Minsa; y en alguna clínica particular.
6. No se ha encontrado riesgo en ambos grupos étnicos, en relación a las variables referidas a las complicaciones del parto y el puerperio.

10. RECOMENDACIONES

1. Sería recomendable realizar investigaciones en las cuales se analice los indicadores de salud materno-infantil en cohortes, para obviar el sesgo de comparar mujeres y niños de diferentes edades. De esta manera, por ejemplo, podríamos evaluar la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, vacunación y lactancia, frente a los diferentes indicadores de riesgo en grupos definidos tales como neonatos, lactantes, pre-escolares, etc.

Otra investigación podría centrarse en estudiar las complicaciones del parto y

puerperio (VD) frente a las variables lugar de control prenatal (VI) o quién atendió el parto (VI).

También sería interesante estudiar las variables uso de métodos anti-conceptivos (VI) en las ENDES 1992-1996-2000, las y tendencias de la salud materno infantil (VD) para demostrar si la planificación familiar organizada en el Perú ha mejorado o no la salud materno-infantil.

2. Es evidente que los indicadores de riesgo de pobreza son difíciles de superar, pero de acuerdo a los resultados de la presente investigación y a la observación del conocimiento

del ciclo menstrual, la educación, el uso de MAC moderno y el control prenatal, son posibles de modificar mediante intervenciones de políticas de salud y educación agresivas, en coordinación intersectorial desde la educación primaria y en forma obligatoria. La mejoría de algunos aspectos de la salud materno infantil se obtendría a mediano plazo. Esta afirmación tiene su fundamento en el criterio común y lo observado en las tendencias de la salud materno infantil para ambos grupos etáneos, en donde los porcentajes de uso de MAC se incrementaron notablemente, debido a la política de población del gobierno anterior.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Aliaga, M. *Características sociales de adolescentes embarazadas del Instituto Materno Perinatal*. Tesis de Maestría. UPCH. Lima. 1996.
2. Ashken, I., and A. Soddy. Study of pregnant school age girls. *British Journal of Family Planning*, 1980.(3): 77-82.
3. Backett, EM., A.M. Daries, and A. Petros-Barvazian. El Concepto del riesgo en la asistencia sanitaria. OMS. *Cuadernos de Salud Pública* N° 76. Ginebra, 1985.
4. Beaglehole, R. Rosita, and T. Kjellström. *Epidemiología básica*. OPS. Washington. D.C., 1994.
5. Benguini, Y., et al. *Acciones de salud materno infantil a nivel local: según metas de la cumbre mundial a favor de la infancia*, OPS/ OMS. Washington. D.C., 1996.
6. Bermudez, M., M. Raabe. *Embarazo entre las adolescentes, resultados de una encuesta realizada en la ciudad de Limón, 1980*, Asociación Demográfica Costarricense, Departamento de investigaciones demográficas. San José, 1982.
7. Calero, J., R. Herruzo, and F. Artalejo, *Fundamentos de epidemiología clínica*. (Primera Edición). Proyecto Editorial: Ciencias Médicas. Madrid, 1996.
8. Campbell, A. Manual para el análisis de la fecundidad. *Publicación científica*, N° 494. OPS, 1986.
9. Comité on Population. *Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1990.
10. Cunningham, F., et. al. L. C.-Williams Obstetricia, (cuarta edición), Masson S.A., Barcelona, 1996.
11. Di Saia, P., and W. Creasman. *Oncología ginecológica clínica*. Editorial Harcourt Brace. (Quinta Edición). Madrid, 1999.
12. Encuesta Nacional de Jóvenes. República Dominicana, 1992.
13. Freyre, R. *La salud del adolescente. Aspectos médicos y psicosociales*. Concytec. Lima, 1994.
14. Helsing, E., and F. Sarage. *Guía práctica para una buena lactancia*. Editorial PAX. México DF, 1988.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta demográfica de salud familiar (2000)*. Lima.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. La fecundidad del adolescente en el Perú. Lima, 1995.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida en el*

- Perú. Enaho 1998. Colección. Estudios e investigaciones. Lima, 1998.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Fecundidad adolescente en el Perú: determinantes e implicancias socio-económicas*. Lima, 1998.
 19. Ministerio de Salud. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición materno infantil. *Informes de Investigación* N° 6. Lima, 1997.
 20. Monroy de V., A., y Cols. *Salud, sexualidad y adolescencia*. Editorial Concepto. México, 1986.
 21. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la Adolescencia, causas, riesgos y opciones. *Cuaderno técnico*. N° 12. Washington D.C., 1988.
 22. Organización Panamericana de la Salud. Salud Internacional, un debate Norte- Sur. Serie de *Desarrollo de recursos humanos* N° 95. (Primera Edición). Washington D.C., 1992.
 23. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y el Joven. *Publicación Científica*, N° 552, 1995.
 24. Organización Panamericana de la Salud/ OMS. *Manual PALTEX de Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil*. (Segunda Edición). Washington D.C., 1993.
 25. Organización Panamericana de la Salud/ OMS. *La conexión Salud-desarrollo*. (Primera Edición). Washington D.C., 1996.
 26. Pan American Health Organization, World Health Organization. *Breastfeeding practices and trends and the implementation, of the International code of marketing of breast milk substitutes in the Americas*. Washington. D.C., PAHO/WHO (Documento HDN/ 927), 1992.
 27. Passos, R. *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. Serie PALTEX,. Sociedad y Salud 2000,. N° 4. Washington, 1977.
 28. Planning Appropriate Cervical *Cancer Control Programs*. Seattle, Washington. 1997.
 29. Revista Médica de Supervivencia Infantil. *Planificación familiar*, N° 6, Lima, 1989.
 30. Sllber, T., et.al. *Manual de Medicina de la adolescencia* Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, N° 20, 1992.

ANEXO

INFORME METODOLÓGICO

Se analizó primeramente el formato de encuesta de la ENDES 2000, en lo correspondiente al cuestionario del hogar (listado del hogar y características de la vivienda) y el cuestionario de salud materno infantil (embarazo, parto, puerperio, lactancia, inmunización y salud).

Del cuestionario de salud materno infantil (SMI), se escogió las siguientes variables:

1. Se hizo o no control prenatal (CPN)
2. Dónde se hizo el CPN: sector gobierno (Hospital: Minsa, EsSalud, FFAA y PN, C. de S. Minsa, policlínico/centro/Posta EsSalud); sector privado (clínica particular, consultorio médico particular, casa de la partera).
3. Lugar del parto (domiciliario/institucional)
4. Características del parto. (Labor prolongada, sangrado excesivo, fiebre con sangrado, convulsiones).
5. Peso del recién nacido (< 2500 gr, >2501 gr)
6. Características del puerperio (sangrado intenso por la vagina, desmayo o pérdida del conocimiento, fiebre alta o escalofríos, infección de los senos, dolor o ardor al orinar, flujos o líquidos vaginales, pérdida involuntaria de orina).

Las variables de salud infantil (enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, vacunación y lactancia) no se tomaron en cuenta porque los hijos de las madres no correspondían a una sola cohorte (es decir, habría el sesgo de comparar, por ejemplo, niños enfermos, de dos años de edad con lactantes y/o neonatos o vacunados, y lactantes de diferentes edades).

Se escogió del cuestionario del hogar las siguientes variables sociodemográficas (SD):

1. Usa o no electricidad/gas como combustible para cocinar en su hogar.
2. Vivió antes de los 12 años en el pueblo/campo o capital/ciudad.
3. El nivel de estudios alcanzado de la entrevistada fue ninguno/primaria o secundaria/superior
4. Conoce o no en que días del ciclo menstrual hay riesgo de embarazo.
5. Usó o no métodos anticonceptivos modernos o métodos tradicionales/ninguno.
6. Actualmente está no unida/no conviviendo o casada/conviviendo.
7. El nivel educativo de su pareja es primaria/ninguno o secundaria/superior.

8. El idioma que habla es español o quechua/aymara.
9. Tiene o no electricidad en su hogar.

Se evaluó todas en las variables del hogar, pero sólo se escogió la de tenencia o no de electricidad en el hogar, porque se consideró que era la más representativa, a juzgar por el informe del INEI "Fecundidad Adolescente en el Perú" (16), en donde los porcentajes de no tenencia de electricidad en el hogar se corresponde con los servicios de agua y otras características de la vivienda.

Las variables del control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido se dicotomizaron como variables "de efectos negativos" y "de efectos positivos", identificándolas como variables dependientes (VD).

Nueve variables sociodemográficas se consideraron como variables independientes (VI) y cada una de ellas,

dicotomizadas como exposición o no, se cruzaron en tablas de 2 x 2 en ambos grupos étnicos, con cada una de las variables dependientes. De esta manera se procedió a comprobar la asociación y el riesgo. Asimismo se aplicó la regresión logística para las variables dependientes CPN, lugar del parto y peso del recién nacido en ambos grupos étnicos.

Por otro lado y para evaluar el riesgo edad, éste se catalogó como variable independiente frente a las variables de control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido, que en este caso también eran variables dependientes

Por último, se comparó las variables de control prenatal, parto, puerperio y peso del recién nacido de las ENDES 1996 y 2000, en ambos grupos étnicos, con el fin de determinar si las diferencias encontradas eran estadísticamente significativas. Se utilizó para este propósito la prueba de chi-cuadrado.