

FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN UNA ZONA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CALLAO, PERÚ.

Carolina Tarqui M¹, Alejandro Barreda G¹

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles en la jurisdicción de la microrred de Pachacutec, distrito de Ventanilla, Callao, Perú. Se incluyeron 52 casos: mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario y 208 controles: mujeres en edad fértil residentes en la misma área geográfica con antecedente de parto institucional. Se calcularon los OR e IC al 95%, se realizó un análisis bivariado y las variables significativas entraron al modelo de regresión logística en el análisis multivariado. **Resultados:** La edad promedio de los casos fue de $28 \pm 6,5$ años, y de los controles de $26 \pm 6,1$ años. El análisis bivariado demostró la asociación significativa de diversos factores, pero al aplicar el análisis multivariado éstos no fueron confirmados. Finalmente, los factores de riesgo fueron: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención de parto $w=25,78$ ($p=0,00$); OR=25,48 (IC 95%: 7,30-88,93); el poco entendimiento en el diálogo proveedor- usuaria durante la atención de salud $w=7,61$ ($p=0,006$); OR=4,34 (IC 95%: 1,53-12,31); el domicilio como lugar previsto de parto $w=25,14$ ($p=0,000$); OR=16,84 IC 95%: 5,58-50,8). **Conclusiones:** La continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria durante la atención de salud y el domicilio como lugar previsto de parto son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario.

Palabras clave: Parto domiciliario; Estudio de Casos y Controles; Factores de Riesgo; Continuidad de la Atención del Paciente; Salud Materna; Barreras de Comunicación; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objectives: To identify personal and institutional factors associated with choice of in house preference as a place for delivery a child. **Materials and methods:** A case control study was performed in Pachacutec micro-network, Ventanilla district, Callao, Peru. 52 cases were included: fertile women whose last delivery occurred at home; and 208 controls: fertile women living in the same geographical area with a history of institutional delivery. OR and 95% confidence intervals were calculated, a bivariate analysis was performed and significant variables were entered in a logistic regression model in a multivariate analysis. **Results:** Average age of cases included was of $28 \pm 6,5$ years, and the controls of $26 \pm 6,1$ years. Bivariate analysis showed a significant association for a variety of factors, but when multivariate analysis was used, this association was not confirmed. Finally, risk factors were as follows: poor continuity for personnel taking care of the delivery $w=25,78$ ($p=0,00$); OR=25,48 (95% CI: 7,30-88,93); poor understanding in the dialogue between health care providers and user during health consultation $w=7,61$ ($p=0,006$); OR=4,34 (95% CI 1,53-12,31); and the household as planned place for giving birth $w=25,14$ ($p=0,000$); OR=16,84 (95% IC: 5,58-50,8). **Conclusions:** Continuity of personnel taking care of the delivery, a poor understanding in the dialogue between health care providers and user during health consultation; and the household as a chosen place for giving birth are highly associated with in-house delivery.

Key words: Home childbirth; Case-Control Studies; Risk Factors; Continuity of Patient Care; Communication Barriers; Peru (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que por cada 100 000 nacidos vivos, 185 mujeres peruanas pier-

den la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio¹.

Frente a este problema, el Ministerio de Salud a través de la ex Dirección del Programa Nacional de Salud

¹ Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Materno Perinatal tuvo como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna². Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún recurso familiar o de la comunidad, en estas circunstancias el personal de salud tiene muy poca participación³. En el departamento de Lima, la mortalidad materna ha disminuido lentamente, sin embargo, aún se notifican partos domiciliarios⁴.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: *factores personales* como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente⁵. Entre los *factores institucionales* más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto⁵.

En nuestro país para la atención de la gestación coexiste la atención profesional y empírica. Para el parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional. Esta realidad se ve reflejada en la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2000, que sin mostrar diferencias importantes con relación a la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 1992, confirma que 42% de nacimientos ocurren en domicilios. En cuanto al agente responsable de la atención, 59% de los partos fueron atendidos por un profesional de la salud (36% por médicos, 19% por obstetras y 4% por enfermeras), 21% de los partos fueron atendidos por parteras y 18% por familiares. Estos datos siguen reflejando las grandes diferencias existentes en el comportamiento de las mujeres con relación a la atención de la gestación y parto¹.

En los últimos años se han realizado investigaciones para explicar la ocurrencia de partos domiciliarios, sin embargo, ninguno de éstos, permiten establecer correlaciones entre las variables y establecer grados de asociación estadísticamente significativos entre los diferentes factores de riesgo y el lugar de atención del parto.

Por tal razón, el presente estudio se propuso identificar los factores de riesgo personales e institucionales que están relacionados con la elección del parto domiciliario.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles; con la finalidad de conocer los factores de riesgo asociados con la elección del parto domiciliario en 260 mujeres en edad fértil (MEF) con antecedente de parto durante los años 2001-2002 en una zona de atención primaria, correspondiente a la jurisdicción de la Microrred Pachacútec en Ventanilla, Callao.

ÁREA DE ESTUDIO

La Provincia Constitucional del Callao está ubicada en la costa del Perú, en el centro occidental del departamento de Lima y está conformada por seis distritos. Ventanilla es el segundo distrito más poblado del Callao representando el 25,3% de su población; presenta la mayor tasa de crecimiento intercensal (13,8%) y con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (62,3%). En el año 2000, se creó en un areal de Ventanilla la denominada ciudadela Pachacútec, con el fin de reubicar a cerca de 45 000 personas de zonas marginales de Lima, en su mayoría inmigrantes de la sierra del país, se encuentra estructurada en 37 asentamientos humanos, con predominio de la población joven (0 a 24 años) con 51,7% correspondiente al sexo femenino. El 96 % de la población vive en la extrema pobreza, 84% de las viviendas tienen características de extrema indigencia, construidas con esteras, palos y cartones, el otro 16 % tiene viviendas de materiales provisionales. No contaban con servicios de agua, luz y desagüe al momento del estudio y el inicio de una precaria red de salud, debido a la creación sin planificación de este nuevo centro urbano⁶.

No hay estadísticas oficiales de la prevalencia de partos domiciliarios en el Callao y en particular en Ventanilla, sin embargo, se sabe que la tendencia de la atención de partos domiciliarios varió entre seis a diez

por ciento durante los años 1995 y 2001; además se estima que la mayor proporción de estos partos se presentan en Pachacútec dada las características peculiares de la población que habita allí, como las condiciones socioeconómicas deprimentes y la diversidad cultural debido principalmente a que provienen de diversas provincias del interior del Perú, de los alrededores de Lima y con deficientes condiciones de saneamiento ambiental⁶.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

No existe un marco muestral real de los participantes dado el problema de subregistro existente en el sistema de salud⁶, por tal razón, el marco muestral utilizado corresponde al plano de manzanas, el cual está basado en los mapas de las zonas que conforman la Microrred Pachacútec. El tamaño muestral se obtuvo a través del programa EPI INFO v. 6.04⁷, para lo cual se tomó como referencia la prevalencia del factor menos frecuente obtenido en un estudio preliminar, se usó una significancia de 5%, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Según el cálculo obtenido el tamaño de muestra requerido fue 260 MEF. La relación caso/control fue 1:4. Los casos fueron 52 MEF y el grupo control 208 MEF.

Se realizó una búsqueda poblacional de los casos, para lo cual se aplicó el muestreo sistemático circular con arranque aleatorio. La selección de los controles, se realizó luego de la identificación de cada caso en la población, la cual consistió en asignar al azar cuatro controles que viven en la misma zona de residencia del caso identificado.

Se definió como caso a las mujeres en edad fértil cuyo último parto fue domiciliario entre los años 2000 y 2001 y los controles a las mujeres en edad fértil residentes en la misma área geográfica de cada caso con antecedente de parto institucional en el mismo periodo.

Todas las participantes del estudio tuvieron entre 15 y 19 años, residían en la jurisdicción de la Microrred Pachacútec, la atención del parto fue vía vaginal, sólo se incluyeron los casos de cesárea no programados durante el embarazo y que expresaron su deseo de participar del estudio previa explicación del equipo investigador.

RECOLECCION DE DATOS

Se usó la entrevista como instrumento de recolección de datos y se aplicó a cada una de las MEF incluidas en el estudio, luego se realizó la verificación de algunos datos con la historia clínica respectiva.

El cuestionario tuvo tres secciones con preguntas sobre aspectos personales, aspectos relacionados con el último parto y aspectos relacionados con la atención institucional. En la mayoría de los casos se asumió definiciones operacionales convencionales con valores «sí» o «no». El instrumento empleado se construyó usando como base la Encuesta Nacional de Demografía y la Salud Familiar⁸ y la encuesta sobre la evaluación del control prenatal en el hospital Kennedy de Bogotá⁹. Se realizó algunas modificaciones y se adicionó preguntas relacionadas con el estudio. Finalmente, antes de ser aplicado, se realizó una prueba piloto en diez mujeres en edad fértil residentes en el AA.HH. Mi Perú, Callao; las cuales tenían características sociodemográficas similares a la población del estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Dirección de Salud Callao y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para ser incluidos en el estudio.

ANALISIS ESTADÍSTICO

El plan de análisis se realizó en dos etapas; la primera etapa se basó en un análisis bivariado entre cada una de las variables explicativas con el lugar de parto, para lo cual, fue necesario realizar una recategorización de las variables. Las pruebas estadísticas usadas para establecer diferencias y asociaciones fueron el chi cuadrado (χ^2). Para la interpretación se fijó un nivel de significación en p valor $<0,05$ para un nivel de confianza de 95%, luego, se hicieron cálculos de Odds Ratio (OR) y OR de Mantel y Haenzel (OR MH).

La segunda etapa consistió en realizar el análisis multivariado, ingresando al modelo los factores personales e institucionales que resultaron significativos en el análisis bivariado como variables independientes y la atención domiciliaria o no del parto como variable dependiente. Finalmente, se ingresó al modelo de regresión logística los factores que en el análisis multivariado previo hayan sido significativos.

RESULTADOS

El 60% de las participantes proceden de la sierra, 25% de la selva y el resto de los alrededores de Lima. La

edad promedio en el grupo de casos fue $28 \pm 6,5$ años y de los controles $26 \pm 6,1$ años. El saneamiento básico fue precario, 96,8% de las familias obtienen agua de los camiones cisternas, 88,24% la almacenaba en tachos de plástico, 79,2% contaba con silo y 68,6% no tenía alumbrado eléctrico. El 87,3% de las familias no tienen seguro social y el ingreso aproximado mensual

fue de 410 nuevos soles (± 125 dólares americanos) en 71%.

En la primera etapa se aplicó el análisis bivariado para encontrar los factores de riesgo personales para la preferencia del parto domiciliario (Tabla 1) y los factores institucionales (Tabla 2).

Tabla 1. Análisis bivariado entre los factores personales con el lugar de atención del parto que aumenta la preferencia domiciliaria. Ventanilla, Callao 2001-2002.

Factores Personales	Casos		Controles		p	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Antecedente de partos domiciliarios							
Sí	52	100	19	9,1	0,000	1020,38	134,2 - 7480
No	0	0,00	189	90,9			
Antecedente de partos institucionales							
Sí	31	59,6	203	97,6	0,000	27,5	8,84 - 91,50
No	21	40,4	5	2,4			
El domicilio como lugar previsto del próximo parto							
Sí	44	84,6	36	17,3	0,000	26,28	10,66 - 67,04
No	8	15,4	172	82,7			
Procedencia							
Rural	48	92,3	111	53,4	0,000	10,49	3,43 - 35,94
Urbano	4	7,7	97	46,6			
Antecedente de hijo muerto							
Sí	11	21,2	11	5,7	0,000	4,8	1,78 - 13,03
No	41	78,8	197	94,7			
Nivel educativo							
Ninguno	4	7,7	0	0,00	0,000		
Primaria	22	42,3	43	20,7			
Secundaria	25	48,1	138	66,3			
Superior	1	1,9	27	13			
Embarazo deseado							
Sí	14	26,9	114	54,8	0,00033	3,29	1,60 - 6,86
No	38	73,1	94	45,2			
Antecedente de aborto							
SÍ	6	11,5	29	13,9	0,65	0,81	0,28 - 2,21
No	46	88,5	179	86,1			
Ocupación							
Empleada	2	3,8	19	9,1	0,583		
Empleada del hogar	4	7,7	19	9,1			
Independiente	12	23,1	49	23,6			
Ama casa	26	50	101	48,6			
Otro	8	15,4	20	9,6			
Estado conyugal							
No unida	7	13,5	27	13	0,926	1,04	0,38 - 2,74
Unida	45	86,5	181	87			
Edad							
Adolescente	6	11,5	24	11,5	1	1	0,34 - 2,80
Adulta	46	88,5	184	88,5			
Entrevistada sugiere lugar atención parto							
SÍ	33	63,5	69	33,2	0,00006	0,29	0,14 - 0,57
No	19	36,5	139	66,8			

En la segunda etapa se aplicó la regresión logística en cada dimensión. Con respecto a los factores personales, la única variable significativa fue el domicilio como lugar previsto de parto: $w=7,03$ ($p=0,008$); $OR=5,76$ ($IC95\%:1,58-21,01$). Los factores institucionales con variables significativas fueron: el rechazo del rasurado perineal $w=6,63$ ($p=0,010$);

$OR=4,85$ ($IC95\%:1,46-16,13$), el rechazo a la episiotomía $w=7,44$ ($p=0,006$); $OR=4,41$ ($IC95\%:1,52-12,79$), el poco entendimiento en el diálogo proveedor-usuaria: $w=10,31$ ($p=0,001$); $OR=6,06$ ($IC95\%:2,02-18,21$) y la poca continuidad del personal en el parto: $w=29,11$ ($p=0,000$); $OR=33,33$ ($IC95\%:9,33-119,11$).

Tabla 2. Análisis bivariado entre los factores institucionales con el lugar de atención del parto que aumenta la preferencia domiciliaria. Ventanilla, Callao 2001-2002.

Factores institucionales	Casos		Controles		p	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Poca continuidad en la atención de parto							
Sí	47	90,4	59	28,4	0,000	23,74	8,42 - 72,27
No	5	9,6	149	71,6			
Es importante o necesario el rasurado perineal							
Sí	6	11,5	119	57,2	0,000	10,25	3,94 - 28,24
No	46	88,5	89	42,8			
Es importante o necesario la episiotomía							
Sí	8	15,4	132	63,5	0,000	9,55	4,03 - 23,47
No	44	84,6	76	36,5			
Entendimiento en el diálogo proveedor - usuaria							
Sí	16	30,8	143	68,8	0,000	4,95	2,43 - 10,16
No	36	69,2	65	31,3			
Percepción de violencia y manoseo acerca del tacto vaginal							
Sí	39	75	84	40,4	0,000	4,43	2,12 - 9,40
No	13	25	124	59,6			
Rechazo a posición ginecológica							
Sí	31	59,6	54	26	0,000	4,21	2,12 - 4,21
No	21	40,4	154	74			
Es importante o necesario el enema evacuante							
Sí	6	11,5	73	35,1	0,001	4,15	1,59 - 11,46
No	46	88,5	135	64,9			
Maltrato verbal							
Sí	34	65,4	77	37	0,000	3,21	1,62 - 6,43
No	18	34,6	131	63			
Confianza al personal de salud							
Sí	26	50	148	71,2	0,004	2,47	1,26 - 4,84
No	26	50	60	28,8			
Tuvo información antes de cada procedimiento							
Sí	17	32,7	112	53,8	0,006	2,40	1,20 - 4,83
No	35	67,3	96	46,2			
Discriminación en la atención							
Sí	39	75	133	63,9	0,132	1,69	0,81 - 3,60
No	13	25	75	36,1			
Percepción como practicante del personal de salud joven							
Sí	41	78,8	150	72,1	0,326	1,44	0,66 - 3,23
No	11	21,2	58	27,9			
Importancia de la seguridad							
Sí	42	80,8	156	75	0,383	1,4	0,62 - 3,24
No	10	19,2	52	25			

Se realizó la regresión logística final, y se encontró que los factores de riesgo son: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo el parto $w=25,78$ ($p=0,00$); $OR=25,48$ (IC95%:7,30-88,93); el poco entendimiento en el diálogo proveedor-usuaria durante la atención de salud $w=7,61$ ($p=0,006$); $OR=4,34$ (IC95%:1,53-12,31); el domicilio como lugar previsto de parto $w=25,14$ ($p=0,000$); $OR=16,84$ (IC95%:5,58-50,78).

DISCUSIÓN

Este estudio parte del contexto en el cual se involucran diversos factores que influyen favoreciendo la preferencia domiciliaria como lugar de parto, lo cual genera una constante preocupación en el ámbito de la salud materna, debido a que el parto domiciliario aún es un problema crítico en nuestro país, porque se asocia con la ocurrencia de muerte materna¹⁰. Por lo tanto, se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre la mayoría de los factores implicados que incrementan la ocurrencia de los partos domiciliarios. Las zonas que conforman la jurisdicción de la Microrred Pachacútec corresponden a zonas urbano-marginales, cuya condición socioeconómica es pobre, a esto se añade el hecho de que la población que habita en estas zonas procede de diversos lugares de nuestro país, por lo cual presenta un diverso bagaje cultural, en razón a ello, es apropiado decir que los patrones y estilos de vida ya fueron establecidos con anterioridad al evento de estudio.

A pesar de que es sabido que la ocurrencia de partos domiciliarios se relaciona con la decisión de buscar o no atención médica, la cual se basa en muchos factores como el horario del servicio, tiempo de viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos o tratamientos y trato personal que reciben los pacientes¹⁰, también es apropiado decir que el parto domiciliario guarda relación con la confianza que tienen las mujeres con el proveedor de salud¹ y la planeación del último hijo (intención, aceptación y deseo)¹¹.

Los diferentes factores que se asocian con la decisión de optar por la atención de parto en el domicilio son de diversa índole, motivo por el cual para realizar la medición de la asociación existente entre éstos fue necesario, no sólo, hacer uso del análisis bivariado convencional, sino también, del análisis multivariado de regresión logística. Es así, que muchos de los factores que resultaron significativos en el análisis bivariado no resultaron realmente significativos en el análisis multivariado, lo cual se evidenció tanto en los

factores personales como en los institucionales. Por ejemplo el embarazo no deseado, en el cual, el riesgo de presentar parto domiciliario es tres veces mayor en las mujeres cuyo embarazo no fue deseado comparado con las mujeres cuyo embarazo fue deseado y aceptado, al parecer esto se explica por la necesidad de algunas mujeres de tratar de mantener oculto el embarazo¹² ya sea porque fue producto de alguna relación considerada «indebida» o porque se dio en el momento inadecuado, esto es muy frecuente en las adolescentes embarazadas dado que el embarazo no fue planificado, mas aún si es producto de una relación con una pareja esporádica, con la consiguiente interrupción brusca de sus planes de vida y los serios problemas que se originan en el entorno familiar¹³.

Llamó la atención que la edad no esté asociada con el evento de interés, dado que en otros estudios consideran a la edad como un marcador de riesgo, debido a que tiene un comportamiento paradójico según se relacione con el control prenatal o el parto domiciliario, por ello, cuanto menor sea la edad de la madre la probabilidad de control prenatal aumenta y la del parto institucional disminuye¹⁴.

Los principales factores asociados con el lugar de parto que aumentan la preferencia del parto domiciliario fueron: el poco entendimiento entre proveedor-usuaria durante la atención de salud, la importancia de la continuidad del personal que brinda la atención del parto y el domicilio como lugar previsto de parto.

El poco entendimiento entre el proveedor-usuaria durante la atención de salud se explica por las diferencias y dificultades que se suscitan en el momento de establecer las relaciones interpersonales: usuaria-personal de salud, dado que el proveedor asume un papel particular puramente funcional con la población, y la relación asume características asimétricas, a diferencia de la atención dada por la partera, a quien se considera «igual», dado que comparte los mismos códigos y pese a que en el momento del parto es una autoridad, las reglas de comportamiento son codificadas de tal manera que toda persona será tratada en forma similar, tal como se acostumbra tratar a los demás¹⁵. Un ejemplo claro de esto es el lenguaje que emplea el profesional de salud, el cual muchas veces resulta poco comprensible para las usuarias, dado que el profesional de salud emplea términos médicos que son poco comunes en el lenguaje habitual de la gestante, esta situación empeora cuando se brinda la atención de salud en zonas rurales en donde el idioma principal es distinto al castellano, a

diferencia de la atención que brinda la partera, en la cual no sucede lo mismo dado que además de tener el mismo lenguaje goza de la plena confianza de las mujeres debido a que es considerada como parte de la comunidad¹⁶.

La importancia de la continuidad del personal de salud durante la atención del parto, podría explicarse por la sensación de «abandono» que muchas mujeres refieren después de la atención de parto en alguna institución de salud, dado que se enfrentan a un ambiente desconocido, frente a personas extrañas a su entorno familiar y aisladas de su familia, en esas circunstancias, las mujeres esperan actitudes de apoyo y atención que el personal de salud no siempre les brinda en los diferentes ambientes hospitalarios. En este sentido, la poca continuidad es entendida como el cambio frecuente del personal que tiene a su cargo la atención del parto y el poco tiempo que permanece con la gestante durante el trabajo de parto; de esta forma, la gestante, lejos de encontrar el ambiente cálido de la casa, la presencia de familiares, y la presencia constante de la partera durante la atención del parto, la gestante se enfrenta a un modelo institucionalizado del parto, en el cual es evaluada por distintos profesionales del equipo de salud y en diferentes momentos de la atención (emergencia, sala de dilatación, expulsivo, puerperio inmediato y hospitalización).

El domicilio como lugar previsto de parto, al parecer se genera como producto de experiencias previas positivas y negativas vividas durante el proceso de parto por la gestante, amigas y familiares, las que pueden ser recordadas como un evento gratificante o como un suceso terrible y difícil de olvidar. Se cree que las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto son valorado por las mujeres y lo recuerdan llenas de satisfacción y alegría, en cambio la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que no se olvidan fácilmente, debido a la sensibilidad, susceptibilidad y vulnerabilidad que presenta la mujer como producto del proceso de gestación, situación que se agudiza en el momento del parto¹⁵.

Una de las debilidades del estudio es el probable sesgo de selección que podría haberse presentado al momento de seleccionar a los participantes que conforman el grupo de casos, aún cuando estuvo basado en una búsqueda poblacional, la cual no implica que necesariamente abarque todos los casos existentes en la zona de estudio. El sesgo de memoria ha sido

minimizado dado que se partió del hecho de que el parto es un evento «único» que la madre difícilmente puede olvidar, por lo que se realizó mediciones referidas al último embarazo de las madres seleccionadas, todas las mediciones se han hecho sobre la base de datos de partos ocurridos entre los años 2001 y 2002.

Se sugiere promover la atención multidisciplinaria durante la atención prenatal, dándole especial cuidado a aquellos casos de gestantes que han tenido antecedente de parto domiciliario o que llevando el control de su embarazo en los establecimientos de salud planifican llevar un parto domiciliario.

Es necesario diseñar estrategias que acorten la brecha intercultural entre el prestador de salud y la gestante, por ello es necesario incorporar a los promotores de salud y demás recursos de la comunidad como los principales nexos entre el sistema de salud y la comunidad, para lograr la captación oportuna de gestantes; el personal de salud debe trabajar de forma articulada con las diferentes organizaciones de la comunidad (gobierno local, organizaciones de base, organizaciones no gubernamentales, instituciones locales, agentes comunitarios de salud, pareja y familia de la gestante) para formar una red activa que promueva la atención prenatal y la atención institucional del parto.

En conclusión, las mujeres que tendrán mayor preferencia por la atención del parto en domicilio está constituido por aquellas que argumentan la poca continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el difícil o poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria durante la atención de salud y cuyo lugar previsto de parto sea el domicilio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. Lima: INEI; 2001.
2. **Perú, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Materna y Perinatal.** Plan nacional de acción para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 1998-2001. Lima: MINSA; 2002.
3. **Watanabe T.** Tendencia, niveles y estructura de la Mortalidad Materna en el Perú 1992 - 2000. Lima: INEI; 2002. Informe Técnico N° 137.
4. **Perú, Ministerio de Salud.** Evaluación anual del área de la Dirección General de Salud de las Personas. Lima: DGSP/MINSA; 2002.

5. **Borda C.** Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Publica (Bogotá) 2001; 3(2): 154-70.
6. **Dirección de Salud Callao.** El derecho a la identidad. Informe Técnico de la Oficina de Estadística. Callao: DISA Callao; 2003.
7. **Fleiss J, Levin B, Cho MP.** Statistical methods for rates and proportions. 2^{da} ed. New Jersey: Wiley; 1981. p. 44-45.
8. **Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Variables investigadas con las ENDES. Lima: INEI; 2001. p. 221.
9. **Urrego Z, Gonzales E, Fernandez R.** Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy Primer Nivel E.S.E. Bogotá 1999-2000 [online]. Caracas: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina [Fecha de acceso: Enero 2004]; Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/control%20prenat.pdf>
10. **Perú, Ministerio de Salud.** Análisis de la Situación de Salud 2001. Documento de Trabajo. Lima: OGE/MINSA; 2001.
11. **Chavez M, Casanueva E.** Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas. Rev Salud Publica (Bogotá) 2005; 7(1): 16-25.
12. **Langer A.** El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica 2002; 11(3): 192-204.
13. **Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T.** Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Rev Sogía 1998; 5(1): 17-28.
14. **Vicuña M.** Efecto de las intervenciones del Estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú, durante 1991 - 2000. Lima: INEI; 2002. p. 85.
15. **Dierna R, Salazar X, Vargas R, Nacarado P, Vargas C.** El parto de la vida en los andes y amazonía del Perú. Lima: MINSA; 1999.
16. **Tutaya C.** La información y educación en quechua: una experiencia comunitaria en la población rural de Vilcashuamán-Ayacucho. Documento para evaluar la Salud Materna en Áreas Prioritarias de Salud. Lima: PUCP; 1998.

Correspondencia: Carolina Tarqui Mamani
Dirección: Jr. Santa Isabel N° 373 Pueblo Libre. Lima, Perú.
Correo electrónico: carobtm@hotmail.com
Teléfono: (511) 99615082