

DAR A LUZ EN SALUD PÚBLICA: CARACTERIZACIÓN DE MUJERES PARTURIENTAS DE MENDOZA, ARGENTINA

DANIELA FERNANDA GONZALEZ¹; MIRTA SUSANA ISON²; ADRIANA ESPÓSITO³

Recibido para publicación: 25-09-2018 - Versión corregida: 12-11-2018 - Aprobado para publicación: 05-03-2019

Resumen

Objetivo: caracterizar a una muestra de mujeres parturientas de Mendoza (Argentina), atendiendo a variables personales y contextuales. **Materiales y métodos:** estudio con enfoque cuantitativo con diseño no experimental-transversal y alcance descriptivo. Muestra no probabilística-intencional, conformada por 73 mujeres que fueron entrevistadas 48 horas después de que habían dado a luz en un hospital público de la ciudad de Mendoza, Argentina. Los datos se recolectaron a través de una escala de factores demográficos y socioeconómicos y un formulario de datos médicos. De ellos se obtuvieron diferentes estadísticos descriptivos. **Resultados:** se registraron embarazos adolescentes, consumo moderado de alcohol y tabaco durante la gestación, niveles de educación predominantemente bajos, gran índice de desempleo suplidos, en algunos casos, por ayudas económicas gubernamentales y un predominio de la estructura familiar tradicional. El porcentaje de partos por cesárea fue menor al 30% y los valores de edad gestacional, peso, talla, pulso, perímetro cefálico y puntaje Apgar de los recién nacidos resultaron esperables. **Conclusiones:** a partir de los resultados encontrados se visibiliza la necesidad de implementar acciones políticas que permitan garantizar los derechos reproductivos de las mujeres usuarias del sistema público de salud durante su embarazo, parto y puerperio. Se considera relevante trabajar sobre la prevención del embarazo adolescente, un mayor y mejor registro en las historias clínicas y el mejoramiento de las condiciones edilicias. A su vez, se alienta a continuar con las prácticas actuales que han permitido disminuir la tasa de mortalidad materna y neonatal.

Palabras clave: salud pública, atención perinatal, madre, embarazo, trabajo de parto.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 19 N° 1, Enero-Junio 2019, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Gonzalez D.F., Ison M.S., Espósito A.

- 1 Licenciada en Psicología. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1357-4241>. Correo electrónico: danielagonzalez1992@gmail.com
- 2 Doctora en Psicología. Docente y Directora de Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Investigadora principal de Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA). Centro Científico Tecnológico, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Mendoza, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3598-982X>. Correo electrónico: mison@mendoza-conicet.gob.ar.
- 3 Doctora en Psicología. Docente y Coordinadora de Gestión del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8332-0509>. Correo electrónico: avlesposito@gmail.com.

Gonzalez DF, Ison MS, Espósito A. Dar a luz en salud pública: caracterización de mujeres parturientas de Mendoza, Argentina. Arch Med (Manizales) 2019; 19(1):87-98. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2752.2019>.

Public health's bearing: characterization of parturient women in Mendoza, Argentina

Summary

Objective: *characterize a sample of parturient women from Mendoza (Argentina), attending to personal and contextual variables. Materials and methods:* *it was used a quantitative approach with no experimental-transversal design and descriptive scope. Non-probabilistic-intentional sample, consisting of 73 women who were interviewed 48 hours after they had given birth in a public hospital in the City of Mendoza. The data was collected through a scale of demographic and socioeconomic factors and a medical data form. Different descriptive statistics were obtained. Results:* *there were some adolescent pregnancies, moderate consumption of alcohol and tobacco during pregnancy, predominantly low education levels, high unemployment rate, in some cases, supplemented by government financial aid and a predominance of the traditional family structure. The percentage of cesarean deliveries was less than 30% and gestational age, weight, height, pulse, head circumference and Apgar score of newborns were expected. Conclusions:* *actions and policies are required to guarantee the reproductive rights of women who use the public health system during pregnancy, childbirth and puerperium. It is also considered essential to work on the prevention of adolescent pregnancy, a greater and better record in the medical books and the improvement of building conditions. At the same time, it is encouraged to continue with the current practices that have boosted to reduce the maternal and neonatal mortality rate.*

Key words: *public health, perinatal care, mother, pregnancy, labor.*

Introducción

La complejidad del período perinatal demuestra que, a pesar de que se ha conceptualizado como un constructo unitario compuesto por tres etapas (embarazo, parto y puerperio), se trata de un proceso multidimensional [1]. El mismo se encuentra determinado por factores biológicos, sociales, psíquicos y espirituales tanto de la mujer, del hombre y del niño por nacer, al igual que por el contexto en el que estos se encuentran. Por lo tanto, para comprender la caracterización de mujeres parturientas de

un sector de la provincia de Mendoza (Argentina) es indispensable dar a conocer, al menos de forma breve y general, el marco legislativo que rige las prácticas de salud en la República Argentina. Este país adhiere a la Declaración Universal de Derechos Humanos que, en su artículo 25 afirma: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, (...), la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...). La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. (...)" [2]. A su vez el artículo 2 de la Ley

Nacional de Salud Pública 26.529 postula: “El paciente, (...) tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición” [3].

Para poder garantizar el goce de estos derechos a todos sus ciudadanos es que los gobiernos nacionales y provinciales han elaborado un sistema de salud que cuenta con diversos servicios, programas, profesionales idóneos y hospitales, clínicas, sanatorios y centros de salud que deben prestar atención gratuita a toda persona que así lo demande, es decir, en Argentina, la cobertura en riesgos de salud es pública y universal [4]. Además, el sistema de salud argentino cuenta con dos subsectores más que no se detallarán por no ser de interés para este trabajo: Sector de Seguro Social Obligatorio (Obras Sociales) y Sector Privado [5].

La mayor parte de los usuarios del sistema de salud pública no poseen seguro social ni medios de pago para el sector privado, por lo que es posible inferir que poseen características comunes como grupo social. Conocer dichas características se considera indispensable para poder identificar necesidades, definir políticas, priorizar determinados problemas dentro del área, garantizar los servicios y derechos y guiar las prácticas de los profesionales de la salud [5]. Se han encontrado escasos estudios que describan estas particularidades durante el período perinatal en la República Argentina, y aquellos que lo hacen se centran en la descripción de sólo algunos pocos aspectos [6-10]. Asimismo, no se han encontrado investigaciones similares que se hayan llevado a cabo en la provincia de Mendoza.

Las características que se pretenden estudiar constituyen en gran parte el contexto socioeconómico en el que se encuentra inmerso el niño por nacer y que poco a poco van determinando sus oportunidades actuales y futuras. Se ha demostrado que la edad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, hábitos, costumbres y

creencias de la madre influyen significativamente en el desarrollo de sus hijos en todas las etapas de su vida [11-13]. Por ejemplo, las hijas de aquellas mujeres adolescentes que alcanzaron bajos niveles de escolaridad, menor calidad laboral y/o menor estabilidad con sus parejas, alcanzaron menores niveles educativos y, por lo tanto, menos expectativas de alcanzar estudios superiores y mayor cantidad de ellas habían desertado del sistema escolar para ejercer labores hogareñas incluso antes del embarazo en comparación con madres no adolescentes [14].

Sin embargo, esta transmisión intergeneracional de la maternidad no es el único factor que puede favorecer u obstaculizar un adecuado desarrollo de la persona, sino también las oportunidades y limitaciones que pueda ofrecer la comunidad en la que se encuentra inserta. Es entonces cuando el sistema público entra en escena, siendo el ámbito de la salud uno de los de mayor relevancia. Este sector atiende al 80% de la población del territorio y asiste profesionalmente al 99,9% de los partos de nacidos vivos en la región [5].

En relación con los establecimientos asistenciales de la provincia, en el año 2016 se registraron 29 estructuras habilitadas para internación, en las cuales se suma un total de 623 camas obstétricas destinadas a cubrir una tasa de natalidad bruta de 19,4 por cada 1 000 habitantes. Esta provincia registra 1 863 809 habitantes de acuerdo con el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2010, de los cuales se podría estimar que más del 50% son mujeres [15].

Es por ello que esta investigación tiene como principal objetivo caracterizar a una muestra de mujeres parturientas de un sector de la ciudad de Mendoza (Argentina), atendiendo a variables personales y contextuales. De esta forma podría darse visibilidad a sus particularidades y demandas específicas y contribuir a generar políticas e intervenciones que les puedan garantizar la atención en salud integral antes, durante y después del parto, tomando

consciencia que esto afecta también a sus hijos y por lo tanto a las generaciones futuras.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo con un diseño no experimental-transversal de alcance descriptivo según los lineamientos de Hernández Sampieri *et al.* [16].

Población y muestra

La muestra fue no probabilística, intencional y estuvo compuesta por 73 mujeres que fueron entrevistadas 48 horas después de haber dado a luz en un hospital público de la Ciudad de Mendoza (Argentina). Las participantes fueron seleccionadas a partir de los siguientes criterios de inclusión: a) Embarazos de al menos 37 semanas de gestación; b) Madres mayores de 14 años. Se tomaron estos criterios de inclusión por cuestiones de acceso a la muestra ya que aquellas madres con partos prematuros u otras complicaciones se encontraban en un área restringida del Servicio de Neonatología por lo que el acceso a las mismas se vio dificultado.

VARIABLES

Entre las variables estudiadas es posible distinguir:

- **Características personales de las participantes:** edad, nacionalidad, peso, talla, índice de masa corporal, cantidad de hijos, intento de aborto durante el último embarazo, medicación durante el embarazo y consumo de sustancias (alcohol y tabaco) durante el embarazo.
- **Características demográficas y socioeconómicas de las participantes:** nivel educativo alcanzado, estado civil, nivel de desempleo de las madres y de sus parejas y obtención de ayudas económicas gubernamentales.
- **Características del parto y del neonato:** tipo de parto (vaginal o por cesárea), medi-

cación durante el parto, sangrado durante el parto, edad gestacional, sexo, peso, talla, perímetro cefálico, pulsación y Puntaje Apgar del bebé.

Procedimiento

Los datos fueron recolectados entre el día 19 de noviembre y el 22 de diciembre de 2013, a través de una escala de factores sociodemográficos en la que se entrevistó directamente a la madre y un formulario de datos médicos que fue completado a partir de la historia clínica del hospital. Ambos instrumentos fueron elaborados *ad hoc* a los fines de este estudio.

Análisis estadísticos

El análisis de datos fue realizado con el programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versión 23, a partir del cual se pudieron obtener los siguientes estadísticos descriptivos de cada una de las variables estudiadas: frecuencias absolutas y porcentuales, moda, media estadísticas, desviación estándar, máximos y mínimos.

Aspectos éticos

Para la realización de este estudio se presentó el proyecto al Comité de Ética en Investigación del hospital que aprobó su realización en reunión ordinaria el día 7 de noviembre de 2013 a las 11:00 horas.

La participación durante el estudio fue voluntaria, sin beneficio directo ni modificaciones en la calidad del servicio recibido por las participantes. Las mismas podían dejar de participar de la investigación en cualquier momento sin dar explicaciones a las investigadoras. Todas las participantes fueron informadas adecuadamente acerca de los lineamientos de la investigación, así como también se les pidió que firmasen el consentimiento informado pertinente. En el caso de las madres menores de edad el consentimiento fue firmado por su representante legal. Los datos obtenidos han sido tratados con absoluta confidencialidad.

Resultados

Características personales de las participantes. La edad promedio fue de 24 (DE=5,62) años con una moda de 22, un mínimo de 14 y un máximo de 39 años. Dentro de esta variable se registró un 8,2% (n=6) de embarazos en mujeres menores de edad⁴ (Tabla 1) y un 24,7% (n=18) de embarazos adolescentes.

Con relación a la nacionalidad se registró que el 97,3% (n=71) de las mujeres eran argentinas y el 2,7% (n=2) eran chilenas. Su peso osciló entre los 43 y 95 kg, con una media de 62,77 kg (DE= 12,62) y una moda de 56 kg (Tabla 1) mientras que la talla osciló entre los 145 y 175 cm con un promedio de 159,94 cm (DE=6,81), con una moda de 160 cm (Tabla 1). De acuerdo con estos datos, se calculó, además, el índice de masa corporal (IMC) de las participantes, de lo que se obtuvo un promedio de 24,45 kg/m² (DE=4,22), con un mínimo de 16,8 kg/m², un máximo de 37,11 kg/m² y una moda de 20,55 kg/m². El 67,1% (n=49) de las madres presentaban un índice normal de masa corporal (Tabla 1).

Teniendo en cuenta la cantidad de hijos de estas mujeres se encontró que la mayor parte de ellas eran madres primerizas (38,4%; n=28) y que el 68,5% (n=50) del total no tenía más de dos hijos (Tabla 1). Respecto al último embarazo, el 4,1% (n=3) de las mujeres refirió haber intentado interrumpirlo voluntariamente. En relación con la medicación administrada durante el embarazo, no se encontró registro en las historias clínicas de las participantes.

Por otro lado, al analizar el consumo voluntario de sustancias psicoactivas legales se observó que el 13,7% (n=10) de las mujeres fumaron tabaco durante el período gestacional; de las cuales, 7 consumieron entre uno y cinco cigarrillos por día; y las 3 restantes afirmaron haber fumado entre seis y diez cigarrillos diarios (Tabla 1). Además, al menos el 9,6% (n=7) de las

mujeres bebieron entre 1 y 2 vasos de bebidas alcohólicas cada semana durante la gestación.

Tabla 1. Características personales de las participantes

| Variable | Niveles | N | % |
|--------------------------------------|----------------------|----|------|
| Grupo de edades (Intervalos de años) | 14-17 | 6 | 8,2 |
| | 18-21 | 20 | 27,4 |
| | 22-25 | 18 | 24,7 |
| | 26-29 | 15 | 20,5 |
| | 30-33 | 11 | 15,1 |
| | 34-37 | 1 | 1,4 |
| | 38-41 | 2 | 2,7 |
| Peso (kilogramos) | 43-47 | 7 | 9,6 |
| | 48-52 | 9 | 12,3 |
| | 53-57 | 11 | 15,1 |
| | 58-62 | 18 | 24,7 |
| | 63-67 | 5 | 6,8 |
| | 68-72 | 9 | 12,3 |
| | 73-77 | 3 | 4,1 |
| | 78-82 | 4 | 5,5 |
| | 83-87 | 2 | 2,7 |
| | 88-92 | 2 | 2,7 |
| Talla (centímetros) | 93-97 | 3 | 4,1 |
| | 145-149 | 3 | 4,1 |
| | 150-154 | 13 | 17,8 |
| | 155-159 | 19 | 26 |
| | 160-164 | 18 | 24,7 |
| | 165-169 | 13 | 17,8 |
| | 170-174 | 5 | 6,8 |
| Índice de masa corporal | 175-179 | 2 | 2,7 |
| | Delgadez severa | 0 | 0 |
| | Delgadez moderada | 1 | 1,4 |
| | Delgadez aceptable | 2 | 2,7 |
| | Normopeso | 49 | 67,1 |
| | Sobrepeso | 12 | 16,4 |
| | Preobesidad | 7 | 9,6 |
| | Obesidad de clase I | 2 | 2,7 |
| | Obesidad de clase II | 0 | 0 |
| Obesidad de clase III | 0 | 0 | |
| Cantidad de hijos | 1 | 28 | 38,4 |
| | 2 | 22 | 30,1 |
| | 3 | 12 | 16,4 |
| | 4 | 7 | 9,6 |
| | 5 | 2 | 2,7 |
| | 6 | 1 | 1,4 |
| | 8 | 1 | 1,4 |
| Cigarrillos consumidos por día | 1-5 | 7 | 70 |
| | 6-10 | 3 | 30 |

Fuente: Elaboración propia

4 En Argentina la mayoría de edad se alcanza a los 18 años [17].

Características demográficas y socioeconómicas de las participantes. Se observó que solo el 11% (n=8) del total de las madres poseían empleo al momento del nacimiento de su hijo. Asimismo, al analizar el nivel educativo⁵ de la muestra se encontró que la mayor parte de las participantes (27,4%) no ha finalizado sus estudios secundarios (Tabla 2). Cabe destacar que el 21,9% (n=16) de las participantes no respondieron a esta pregunta.

Al analizar el estado civil de estas mujeres se encontró que el 68,5% (n=50) estaban casadas o conviviendo con su pareja y el 8,2% (n=6) tenían una relación estable, pero viviendo en casas separadas de sus parejas (Tabla 2). De estas parejas el 91,8% (n=51) de las personas se encontraban empleadas y el 8,2% (n=5) restante se encontraban desempleadas. Además, se constató que, del total de familias, el 47,9% (n=35) recibían algún tipo de ayuda económica que por lo general provenía de la Asignación por Embarazo y/o de la Asignación Universal por Hijo.

Características del parto y del neonato. De los casos estudiados se observó que la mayor parte de los partos (75,3%) fueron vaginales (Tabla 3). La edad gestacional varió entre 37 y 42 semanas con una media 39,2 (DE=1,1) y una moda de 39. Casi la totalidad de las participantes (98,6%) recibió medicación durante el parto, en su mayoría oxitocina (75,3%) y anestesia (59%) según el registro en las historias clínicas del hospital (Tabla 3). Se registraron 4 (5,48%) casos de sangrado excesivo durante el alumbramiento.

5 El sistema educativo en Mendoza se encuentra organizado de la siguiente manera [18]:

Nivel inicial: se encuentra constituido por dos ciclos: a) Jardín Maternal para niños de 45 días a 2 años inclusive (no obligatorio) y b) Jardín de Infantes para niños de 3 a 5 años (obligatorio).

Educación general básica: comprendida por Nivel Primario (de primer a séptimo grado) y Nivel Secundario (de primer a quinto año) siendo obligatorio en su totalidad.

Educación superior: que comprende los Niveles Terciario (carreras de 3 años), Universitario (carreras de al menos 5 años) y Posgrado (no obligatorio).

Tabla 2. Características demográficas y socioeconómicas de las participantes

| Variable | Niveles | N | % |
|-----------------|---|-----|------|
| Nivel educativo | Primaria incompleta | 5 | 6,8 |
| | Primaria completa | 10 | 13,7 |
| | Secundario incompleto | 20 | 27,4 |
| | Secundario completo | 14 | 19,2 |
| | Terciario incompleto | 3 | 4,1 |
| | Terciario completo | 4 | 5,5 |
| | Universitario incompleto | 1 | 1,4 |
| Estado civil | Universitario completo | 0 | 0 |
| | Casada o conviviendo | 50 | 68,5 |
| | Con pareja estable, pero en casas separadas | 6 | 8,2 |
| | Soltera | 13 | 17,8 |
| | Separada o divorciada | 2 | 2,7 |
| Otro | 2 | 2,7 | |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Características del parto

| Variable | Niveles | N | % |
|----------------------------------|--------------|----|------|
| Tipo de parto | Vaginal | 55 | 73,3 |
| | Por cesárea | 18 | 24,6 |
| Medicación recibida por la madre | Antibióticos | 25 | 34,2 |
| | Analgésicos | 14 | 19,2 |
| | Anestesia | 43 | 59 |
| | Oxitocina | 55 | 75,3 |

Fuente: Elaboración propia

Con relación a los recién nacidos se registraron 42 (57,5%) niños y 31 (42,5%) niñas. Asimismo, se registró un peso promedio de 3 394,56 (DE=428,96) gramos con un mínimo de 2 330 gramos, un máximo de 4 370 gramos y una moda de 2 915 gramos. La talla osciló entre 45 y 55 cm con una media de 50,10 cm (DE=2) y una moda de 49 cm. El perímetro cefálico promedio fue de 34,45 cm (DE=1,49) con un mínimo de 31 cm, un máximo 38 cm y una moda de 35 cm. De estos niños, el 97,3% (n=71) presentaron pulso normal, el 1,4% (n=1) pulso moderado y el 1,4% (n=1) restante, pulso bajo. El puntaje Apgar fue de 9 puntos y 10 puntos al minuto y a los cinco minutos del nacimiento respectivamente en el 95,5% (n=70) casos y de 8 puntos durante el primer minuto y 9 puntos a los cinco minutos del nacimiento en el 4,1% (n=3) de los casos (Tabla 4).

Tabla 4. Características del neonato

| Variable | | Niveles | N | % |
|----------------------------------|-----------------|-----------|----|------|
| Sexo del bebé | | Varón | 42 | 57,5 |
| | | Mujer | 31 | 42,5 |
| Peso (gramos) | | 2300-2799 | 4 | 5,5 |
| | | 2800-3199 | 20 | 27,4 |
| | | 3200-3599 | 28 | 38,4 |
| | | 3600-3999 | 13 | 17,8 |
| | | 4000-4399 | 8 | 11 |
| Talla (centímetros) | | 45-47 | 6 | 8,2 |
| | | 48-50 | 38 | 52 |
| | | 51-53 | 26 | 35,6 |
| | | 54-56 | 3 | 4,2 |
| Perímetro cefálico (centímetros) | | 31-33 | 17 | 24 |
| | | 34-36 | 50 | 68 |
| | | 37-39 | 6 | 8 |
| Puntaje Apgar | Al minuto | 8 | 3 | 4,1 |
| | | 9 | 70 | 95,9 |
| | A los 5 minutos | 9 | 3 | 4,1 |
| | | 10 | 70 | 95,9 |

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Características personales de las participantes. El hecho de que el mínimo de edad de las participantes haya sido de 14 años enciende una señal de alerta para la salud pública ya que denota la existencia de embarazos adolescentes. Al momento de la realización del estudio, la tasa de nacidos vivos de madres menores de 20 años fue de 15,6 en Argentina y de 15,9 en Mendoza [19]. Estos indicadores, asociados al embarazo adolescente se han incrementado con relación a los datos arrojados por el mismo estudio en 2005 ya que, en ese año, la tasa de nacidos vivos de madres menores de 20 años fue de 13,8 en Argentina y de 14,1 en Mendoza, mientras que se observa un leve descenso en relación con los resultados en 2016 ya que este índice fue de 15,2 tanto para Argentina como para Mendoza [15,20].

Esto es un dato de relevancia, ya que la gestación, el parto y el puerperio adquieren características específicas si se desarrollan durante esta etapa del ciclo vital. Esto se debe a la falta de desarrollo del sistema óseo, inma-

urez del canal de parto, falta de maduración psicosocial que podría predisponer a la madre a malos hábitos alimentarios y/o consumo de sustancias psicoactivas, falta de información debida a los bajos niveles de escolaridad y dependencia económica. A su vez, el embarazo adolescente, sobre todo antes de los 15 años se encuentra ligado a mayores posibilidades de prematuridad y bajo peso al nacer del bebé [21,22]. En Argentina, se ha encontrado que, además, esta situación predispone a la madre y al sistema familiar al aborto ilegal e inseguro, al abandono y maltrato infantil, a conflictos conyugales y familiares, a la delegación del cuidado de los hijos, deserción escolar, y dificultades de inserción laboral [23]. Cabe destacar que los mayores índices de embarazo adolescente se encuentran en sectores socioeconómicamente desfavorecidos y que es considerado, en sí mismo, uno de los factores más influyentes en la transmisión intergeneracional de las desigualdades socioeconómicas [24].

Sin embargo, el promedio de edad de las mujeres de la muestra fue de 24 años, lo cual es alentador si se tiene en cuenta que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la brecha de edad óptima para ser madre se da entre los 20 y 40 años. Respecto al peso y talla de las participantes se encontraron, en general, parámetros esperables y un IMC normal [25]. Sin embargo, estos índices no garantizan una adecuada nutrición de la mujer y de su bebé. Un ejemplo de esto lo da un estudio realizado por el Banco de Leche Humana del hospital "Luís Carlos Lamaggiore" de Mendoza (Argentina) [26]. El mismo señala que en general, las mujeres mendocinas presentan exceso en el consumo de energía calórica, grasas totales y saturadas, sodio y colesterol durante su período de lactancia. Es así como se sugiere avanzar en la investigación con relación a la nutrición materna y del lactante.

Por otro lado, se encontró que más de un tercio de las participantes eran madres primizas, sin embargo, dentro de la muestra se

encontraron madres con hasta 8 hijos. Esto denota que, si bien en Argentina se observa una desaceleración en la tasa de fecundidad aún pueden observarse altos niveles de natalidad (como en toda Latinoamérica) en comparación con países desarrollados [27]. A su vez, 3 mujeres del total de la muestra refirieron haber intentado realizarse un aborto durante su último embarazo. La OMS señala que cada año se realizan alrededor de 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, y que en su mayoría se producen en países en vías de desarrollo. Estas prácticas son las causantes de más de 45 mil fallecimientos de mujeres y más de 5 millones de hospitalizaciones. Asimismo, esta organización señala que estas muertes y hospitalizaciones podrían prevenirse a través de políticas y acciones que garanticen los derechos reproductivos de los ciudadanos. Sin embargo, este tema aún se encuentra en debate en Argentina [28]. Otra de las acciones recomendadas para este hospital se relaciona con la meticulosidad del registro médico de cada paciente ya que, en este caso no se encontraron referencias escritas de la medicación e intervenciones recibidas por las mujeres durante su embarazo.

Teniendo en cuenta el consumo de sustancias, más del 20% de las participantes refirieron haber consumido alcohol y/o tabaco durante el período gestacional. Si bien el consumo señalado de ambas sustancias se considera moderado, el mismo puede provocar disminución de aportes de nutrientes y oxígeno para el feto resultando en trastornos del desarrollo neurológico, crecimiento deficiente, anomalías cardíacas, y dificultades en las diferentes funciones ejecutivas a futuro [29,30].

Características demográficas y socioeconómicas de las participantes. Con relación al nivel de estudio alcanzado por las participantes se observa que, si bien todas las madres contaban con algún nivel de instrucción, el 47,9% refirió no haber completado los niveles de educación básica obligatoria. Algunos autores

sostienen que los bajos niveles de escolaridad predisponen a las mujeres a mayor cantidad de relaciones sexuales poco seguras, a la no utilización de métodos anticonceptivos resultando en mayor cantidad de hijos, al embarazo adolescente y menores cuidados de salud antes, durante y después del parto [13,14]. En este caso, el nivel de escolaridad funciona como base de cursos de "Preparación Integral para la Maternidad". Se trata de uno de los puntos centrales del control para el sistema público de salud argentino que busca no sólo dar asistencia sino también educar para la salud, por lo que es fundamental conocer el nivel de instrucción de cada una de las mujeres que asisten [31].

A su vez, estos resultados se encuentran en estrecha relación con la situación de desempleo por la que atraviesa gran parte de las mujeres de la muestra. Lo cual podría asociarse, en parte, a la desigualdad laboral que se vive en el país [32]. Por ejemplo, al menos el 89% de las participantes se encontraban desempleadas mientras que solo el 8,2% de sus parejas hallaban en esta situación.

Asimismo, se encontró que poco menos de la mitad de las participantes reciben ayuda de algún programa de protección social que brinda el Estado. Se trata de intervenciones condicionadas compensatorias que incrementan los ingresos o activos mediante transferencias focalizadas orientadas a aumentar el bienestar de los grupos vulnerables. Dentro de estos grupos se encuentran aquellas personas que tienen mayor probabilidad de ser pobres o de sufrir algún daño por las características propias del período vital que atraviesan. En este caso, la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo son políticas que tienen como base la transferencia de fondos a menores de 18 años, sujeto a cumplimiento por parte de los padres de requisitos que actúan como incentivos en el capital humano de sus hijos (educación y salud). Diversos estudios señalan que estos programas disminuyen de manera

significativa los niveles de pobreza, indigencia y desigualdad [33-37]. Por ejemplo, la Asignación Universal por Hijo permitió, entre 2009 y 2011, que el índice de pobreza disminuyera en un 21,9%; el porcentaje de hogares indigentes se redujo en un 42,3%, la desigualdad se redujo en un 20% [33].

Por otro lado, se observó que más de dos tercios de las participantes se encontraban casadas o conviviendo con sus parejas. De esto se infiere que, si bien se están produciendo cambios en las estructuras de las familias aún, en este país, predomina la denominada "familia nuclear tradicional" en tanto un sistema organizado que está conformado por un núcleo conyugal primario de padres e hijos conviviendo de manera estable, con una historia de pareja que incluye proyectos [38].

Características del parto y del neonato.

Los resultados encontrados concuerdan por los reportados por Vélez-Pérez *et al.* en 2012 [39], quienes sostienen que el promedio de cesáreas realizadas alcanza el 29,2% de los partos registrados en América Latina. Tal y como recomienda la OMS, la tasa de cesáreas para esta muestra no supera el 30% de los partos, de forma tal que las mismas estén destinadas sólo a aquellas mujeres cuya situación de embarazo así lo amerite. Esto se debe tener en cuenta ya que esta práctica puede añadir ciertos riesgos al parto como mayor posibilidad de infecciones, sangrado excesivo y reacciones a la anestesia [40]. Durante este estudio se registraron 4 casos de sangrado excesivo durante el parto, sin embargo, no se conocen las causas que los provocaron ya que las mismas no se encontraban detalladas en las historias clínicas de las participantes.

Por su parte, se encontraron valores dentro de los parámetros esperables en relación con las características del neonato: edad gestacional, peso, talla, pulso, perímetro cefálico y puntaje Apgar. Se infiere que esto está relacionado con el tipo de muestreo y los criterios inclusión propios del estudio.

Finalmente, es importante tener en cuenta el contexto hospitalario en el que se encontraban estas mujeres. Al momento de realizar el trabajo de campo de este estudio, el área de maternidad contaba con tres pisos con salas que podían albergar desde dos a ocho camas, cada una de las cuales se destinaba a una madre con su bebé, con uno o dos ventiladores de techo, un televisor y sin cunas disponibles. De acuerdo con lo explicitado por la institución, estas condiciones se debían al presupuesto estatal destinado a la infraestructura y mobiliario de los hospitales. No obstante, al momento de la redacción de este manuscrito, se ha recibido la información, por parte del personal del hospital, acerca del incremento del número de cunas en el área de maternidad.

Cabe destacar que, de acuerdo con las Estadísticas Sanitarias Mundiales elaboradas en 2013 por la Organización Mundial de la Salud, Argentina posee el mayor índice de camas hospitalarias en comparación con el resto de los países sudamericanos contando con 45 camas cada 10 000 habitantes [41].

Conclusiones. La política de salud pública exige el conocimiento, no solo del estado de salud y enfermedad de la población a la que se encuentra dirigida sino también de sus particularidades como comunidad con estructura, dinámica y distribución propias [42]. Es por ello que este estudio se encuentra abocado a la descripción de las características de una porción de esta población como lo son las mujeres parturientas.

De este análisis se desprende que las participantes presentan características comunes como grupo en tanto características personales (edad de embarazo, índice de masa corporal y cantidad de hijos), características sociodemográficas (nivel educativo y estado civil), y características del parto y sus hijos (tipo de parto, medicación recibida durante el parto y peso, talla, perímetro cefálico, pulso y puntaje Apgar).

Si bien a lo largo de los años se han registrado mejoras en la atención de salud pública materno-infantil en esta región de Argentina y los resultados de los casos evaluados son buenos, se hace evidente la necesidad de seguir avanzando en políticas y acciones que se ajusten aún más a las características de la población que hace uso de este servicio. Los ítems más requeridos a tratar que se han podido observar durante este estudio se encuentran relacionados con la garantía de los derechos de las mujeres que acceden al servicio de salud pública. Entre los más relevantes se encuentran la educación sexual y reproductiva integral para trabajar sobre la prevención del embarazo adolescente, un mayor y mejor registro en las historias clínicas y el mejoramiento de las condiciones edilicias de los hospitales públicos.

Limitaciones. Por su tipo de muestreo, no probabilístico, los resultados de este estudio no son generalizables al resto de mujeres partu-

rientas usuarias del sistema público de salud de Mendoza. Sin embargo, se espera que el mismo pueda sentar las bases descriptivas para seguir indagando acerca de las características propias de este sector.

Es importante destacar, además, que en el presente estudio no se indagaron ciertas variables, entre las que es posible mencionar: tipo de empleo materno, ingresos económicos familiares, características y creencias culturales, tipo de complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio, resultados específicos de partos en madres que intentaron realizarse un aborto, características personales, sociodemográficas y hospitalarias de madres que han asistido al hospital con anterioridad, etc.

Conflictos de interés: no existen intereses en conflicto para la publicación de este manuscrito.

Fuentes de financiación: la presente investigación no contó con financiación.

Literatura citada

1. Athan A, Chung S, Sawyer Cohen J. **Spiritual Beliefs of Mothers With Potentially Distressing Pregnancies.** *Spirituality in Clinical Practice* 2015; 2(3):216-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000069>.
2. **Declaración Universal de Derechos Humanos.** (Organización de las Naciones Unidas, número 217, 10-12-48).
3. **Ley Nacional de Salud Pública. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud** (Boletín Oficial de la República Argentina, número 26.529 de 19-11-09).
4. Cetrángolo O. **Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino.** *Rev Economía Política Bs As* 2014; 13:145-183.
5. Belló M, Becerril-Montekio VM. **Sistema de Salud de Argentina.** *Salud Publica Mex* 2011; 53(2):96-168.
6. Couceiro M, Passamal M, Contreras N, Zimmer M, Cbianca G, Mayorga M. et al. **Características maternas y de los recién nacidos de mujeres con embarazos controlados bajo responsabilidad del primer nivel de atención de Salta Capital.** *Ciencia* 2010; 5(11):63-76.
7. Marasca R, Nazer C, Herrero MI, Esquivel S. **Influencia de características socio-demográficas maternas en las concepciones y prácticas sobre el desarrollo del bebé.** En: V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata; 2015. 1497-1505.
8. Marín GH, Cañas M, Homar C, Aimetta C, Orchuela J. **Uso de fármacos durante el período de gestación en embarazadas de Buenos Aires, Argentina.** *Rev Salud Pública* 2010; 12(5):722-731.
9. Alvarez P, Bejarano I, Alfaro Gómez EL, Andrade A, Enrici A, Dipierri JE. **Variación regional del peso al nacimiento en la provincia de Santa Cruz (Argentina).** *Rev Arg Antropología Biológica* 2005; 7(2):9-20.
10. Specogna MB. **Nacer y Parir en la provincia de Buenos Aires. Dispositivos normativos de la atención del parto.** En: IX Jornadas de Sociología de la UNLP. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata; 2016.1-20.

11. Madonado-Durán M, Baucedo-García JM, Lartigue T. **Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto.** *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22(1):5-14.
12. Gonzalez E, Molina T. **Características de la maternidad adolescente de madres a hijas.** *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(6):374-382.
13. Castaño Castrillón JJ, Esquivel Romero VM, Ocampo Osorio P, Páez Cala ML, Rico Echeverry LM, Santacoloma Cardona V, et al. **Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia), 2003-2008.** *Arch Med (Manizales)* 2011; 11(1):23-38. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.11.1.1248.2011>.
14. Barrera-de León JC, Higareda-Almaraz MA, Barajas-Serrano TE, Villalvazo-Alfaro M, Gonzalez-Bernal C. **Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes.** *Gac Med Mex* 2014; 1:67-62.
15. Ministerio de Salud de la República Argentina, Organización Panamericana de la Salud. **Indicadores básicos.** Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016.
16. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. **Metodología de la investigación.** 6° ed. Lima: Mc Graw Hill; 2014.
17. **Ley Nacional. Mayoría de edad a los 18 años.** (Boletín Oficial de la República Argentina, número 26.579, 2-12-09).
18. **Ley Educación Pública Provincial.** (Boletín Oficial de la República Argentina, número 6.970, 3-1-02).
19. Ministerio de Salud de la República Argentina, Organización Panamericana de la Salud. **Indicadores básicos.** Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013.
19. Ministerio de Salud de la República Argentina, Organización Panamericana de la Salud. **Indicadores básicos.** Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2005.
21. Izaguirre-González A, Aguilar-Reyes V, Ramírez-Izcoa A, Valladares-Rivera G, Rivera-Mejía W, Valladares-Rivera E, et al. **Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles.** *Arch Med* 2016; 12(4:3):1-6. DOI: [10.3823/1326](https://doi.org/10.3823/1326).
22. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. **Embarazo Adolescente.** *Rev Ped Elec* 2008; 5(1):42-51.
23. Climent GI. **Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas.** *Cuadernos FHyCS-UNJu* 2009; 37:221-242.
24. Villarán Landolt V, Traverso Koroleff P, Huasasquiche Vincas ML. **Narrativas sobre el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes de sectores urbano marginales de Lima que acaban de dar a luz.** *Rev Psicol* 2017; 35(2): 485-508. DOI: <https://doi.org/10.18800/psico.201702.004>
25. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. **Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato.** *Salud Pública Mex* 2010; 52(3):220-225.
26. Díaz J, Dos Santos E, Llaver C, Flores D, Vega P, Sosa P. **Impacto de la nutrición materna sobre la composición de la leche humana destinada a recién nacidos de alto riesgo.** *Rev Jornadas de Investigación* 2016; 8:37.
27. Perren J. **Transición demográfica. Modelos teóricos y experiencia latinoamericana.** *Nómas Rev Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 2008; 18(2):0-0.
28. Straw C. **La visión socio-política de los derechos reproductivos en Argentina.** *RJUAM* 2017; 35:171-195.
29. Mallol J, Brandenburg J, Madrid R, Sempertegui F, Ramírez L, Jorquera D. **Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico.** *Rev Chil Enf Respir* 2007; 23(1):17-22.
30. Marín GH, Cañas M, Homar C, Aimetta C, Orchuela J. **Uso de fármacos durante el período de gestación en embarazadas de Buenos Aires, Argentina.** *Rev Salud Pública* 2010; 12(5):722-731.
31. Castrillo B. **Gobierno de embarazos y partos: las guías de procedimientos de los Ministerios de Salud nacional y provincial.** En: XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires: Memoria Académica; 2016. 1-15.
32. Pérez PH. **Desigualdades de género en el mercado de trabajo argentino (1995-2003).** *Trabajos y comunicaciones* 2008; 8(34):171-200.
33. Calabria AA, Calero AV. **Políticas de inclusión social para los grupos etarios más vulnerables: Plan de Inclusión Provisional y Asignación Universal por Hijo para Protección Social.** *Actualidad Económica* 2012; 22(77):9-21.
34. Calabria AA, Calero AV, D'Elia V, Gaiada J, Rottenschweiler S. **Transferencias condicionadas de ingreso en Argentina: la Asignación Universal por Hijo para Protección Social.** *MPRA* 2010; 20:1-23.
35. Repetto F, Díaz Langou G. **Desafíos y enseñanzas de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social a un año de su creación.** *CIPPEC* 2010; 88:2-18.

36. Roca, E. **Asignación Universal por Hijo (AUH): extensión de las asignaciones familiares.** *Rev Debate Público* 2011; 1(1):29-44.
37. Esquivel V, Faur E, Jelin E. **Las lógicas del cuidado infantil entre las familias, el estado y el mercado.** Buenos Aires: IDES; 2012.
38. Fernández-Moya J. **En busca de resultados. Una introducción a las terapias sistémicas.** 3° ed. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconagua; 2010.
39. Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán VJ, Méndez-Velarde F, López-López CR, Ruiz-Bustos E. **Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora.** *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2012; 29(2):58-64.
40. Vázquez Parra, JC. **Abuso de la operación de cesárea y el principio de beneficencia.** *Rev Latinoam Bioét* 2016; 16(1):60-71. DOI: 10.18359/rbi.1441.
41. Organización Mundial de la Salud. **Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.** Geneva: WHO Document Production Services; 2013.
42. Barragán HL, Moiso A, Mestorino MA, Ojeda OA. **Fundamentos de Salud Pública.** Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata; 2007.

