



VICERRECTORADO ACADÉMICO

ESCUELA DE POSGRADO

**LICENCIA PRE PARTO POR MATERNIDAD Y
INFLUENCIA EN LA SALUD MATERNO –
NEONATAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN LA
CLÍNICA “SANTA ANITA”, IQUITOS, AÑOS 2015 –
2017.**

Presentado por:

Bach. EDWIN G. ZEVALLOS BAZÁN

ASESOR

MG. VALDIVIA PINEDO MIGUEL ARSENIO

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL**

LIMA – PERÚ

2018

DIDICATORIA

Dedico este importante Trabajo de Investigación, a mis padres, a mi querida esposa, así como a mis hijos, que son el motor de mi vida, y fueron ellos quienes me alentaron para poder culminar con éxito.

AGRADECIMIENTO

Debo agradecer a mi alma mater, la Universidad Alas Peruanas, cuyo personal administrativo y docente son quienes me han dado la oportunidad y facilidad de poder consolidarme profesionalmente en este escalón de la vida laboral.

Mención especial cabe para mi Asesor de Tesis, quien estuvo siempre apoyándome en los pequeños y grandes detalles para conseguir este logro.

RECONOCIMIENTO

Hago propicia la oportunidad para un especial reconocimiento en mi vida personal y familiar. Reconocer a Dios como el Arquitecto de la vida, a quien todo debemos y a quien debemos tener presente en todo instante.

INDICE	PAGS.
Área de investigación.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Reconocimiento.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	13
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
1.2.1 Delimitación Espacial.....	15
1.2.2 Delimitación Social.....	15
1.2.3 Delimitación Temporal.....	15
1.2.4 Delimitación Conceptual.....	15
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	
1.3.1 Problema Principal.....	15
1.3.2 Problemas Secundarios.....	16
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.4.1 Objetivo General.....	16
1.4.2 Objetivos Específicos.....	16
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.	
1.5.1 Justificación.....	17
1.5.2 Importancia.....	17
1.5.3 Factibilidad.....	20
1.5.4 Limitaciones.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.	
2.1 Antecedentes del Problema.....	22
2.2 Bases Teóricas o Científicas.....	28
2.3 Definición de Términos Básicos.....	42
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis general.....	45
3.2 Hipótesis secundarias.....	45
3.3 Definición conceptual y operacional de las variables.....	46
3.4 Cuadro de operacionalización de variables.....	47
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	
4.1.1 Enfoque de la investigación.....	48
4.1.2 Tipo de Investigación.....	48
4.1.3 Nivel de Investigación.....	49
4.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	
4.2.1 Métodos de Investigación.....	49
4.2.2 Diseño de la Investigación.....	50

4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.3.1	Población.....	51
4.3.2	Muestra.....	51
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
4.4.1	Técnicas.....	53
4.4.2	Instrumentos.....	54
4.4.3	Validez y confiabilidad.....	54
4.4.4	Procesamiento y análisis de datos.....	56
4.4.5	Ética en la investigación.....	57
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:		
5.1	Análisis descriptivo.....	58
5.1.1	Análisis inferencial.....	88
5.2	Discusión de resultados.....	95
5.3	Conclusiones.....	100
5.4	Recomendaciones.....	101
5.5	Referencias Bibliográficas.....	102
ANEXOS		
1.	Matriz de consistencia.....	105
2.	Instrumento de la recolección de datos con variables, dimensiones e Indicadores.....	106
3.	Validación de instrumento.....	108
4.	Tabla de prueba de validación.....	113
5.	Copia de datos procesados.....	114
6.	Consentimiento informado.....	115
7.	Autorización de la entidad.....	116
8.	Declaratoria de autenticidad de plan de tesis.....	117

CONTENIDO DE TABLAS

<u>Tabla 1: Causas registradas de la mortalidad neonatal</u>	<u>31</u>
<u>Tabla 2: Número de casos de muerte materna por Dptos. Perú 2000-2017</u>	<u>35</u>
<u>Tabla 3: Operacionalización de variables</u>	<u>47</u>
<u>Tabla 4: Tipo de Domicilio</u>	<u>58</u>
<u>Tabla 5: Edad en la que tuvo el parto</u>	<u>59</u>
<u>Tabla 6: Grado de instrucción</u>	<u>60</u>
<u>Tabla 7: Estado Civil</u>	<u>61</u>
<u>Tabla 8: Tipo de trabajo</u>	<u>62</u>
<u>Tabla 9: Horas diarias de trabajo</u>	<u>63</u>
<u>Tabla 10: Días de Licencia</u>	<u>64</u>
<u>Tabla 11: Género del RN</u>	<u>65</u>
<u>Tabla 12: Tipo de Parto</u>	<u>66</u>
<u>Tabla 13: Tipo de Domicilio vs Peso y Talladel RN</u>	<u>67</u>
<u>Tabla 14: Tipo de Domicilio y Tipo de Parto</u>	<u>70</u>
<u>Tabla 15: Edad de la madre vs Peso y Talla del RN</u>	<u>71</u>
<u>Tabla 16: Edad de la madre vs Tipo de Parto</u>	<u>73</u>
<u>Tabla 17: Educación de la madre vs Peso y Talla del RN</u>	<u>74</u>
<u>Tabla 18: Educación de la madre vs Tipo de parto</u>	<u>76</u>
<u>Tabla 19: Estado civil de la madre vs Peso y Talla del RN</u>	<u>77</u>
<u>Tabla 20: Estado civil de la madre vs Tipo de parto</u>	<u>79</u>
<u>Tabla 21: Tipo de trabajo de la madre vs Peso y Talla del RN</u>	<u>80</u>
<u>Tabla 22: Tipo de trabajo de la madre vs Tipo de parto</u>	<u>82</u>
<u>Tabla 23: Tiempo de Licencia vs Peso y Talla del RN</u>	<u>83</u>
<u>Tabla 24: Tiempo de Licencia vs Tipo de parto</u>	<u>85</u>
<u>Tabla 25: Salud Materno - Neo natal</u>	<u>86</u>
<u>Tabla 26: Criterios de Confiabilidad Según George y Mallery</u>	<u>87</u>
<u>Tabla 27:: Prueba de Normalidad: Kolmogorov-Smirnov</u>	<u>88</u>
<u>Tabla 28: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis General</u>	<u>89</u>
<u>Tabla 29: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis Específica 1</u>	<u>91</u>
<u>Tabla 30: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis Específica 2...</u>	<u>92</u>
<u>Tabla 31: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis Específica 3...</u>	<u>94</u>

CONTENIDO DE FIGURAS

<u>FIGURA 1: Tasa de mortalidad neonatal 2000-2011 (tasa por 1 000 N.V.)</u>	<u>31</u>
<u>FIGURA 2: Mortalidad materna en el Perú 1980-2015 (tasa por 100 000 N.V.)</u>	<u>32</u>
<u>FIGURA 3: Número de muertes maternas 2010-2011, por regiones</u>	<u>33</u>
<u>FIGURA 4: Casos de muerte materna en el Perú 2000-2007</u>	<u>34</u>
<u>FIGURA 5: Número de casos de muerte materna, Perú 2000-2007</u>	<u>34</u>
<u>FIGURA 6: Muerte materna, según grupos de edad, Perú 2017</u>	<u>36</u>
<u>FIGURA 7: Tipo de Domicilio</u>	<u>58</u>
<u>FIGURA 8: Edad en la que tuvo el parto</u>	<u>59</u>
<u>FIGURA 9: Grado de instrucción</u>	<u>60</u>
<u>FIGURA 10: Estado Civil</u>	<u>61</u>
<u>FIGURA 11: Tipo de trabajo</u>	<u>62</u>
<u>FIGURA 12: Horas diarias de trabajo</u>	<u>63</u>
<u>FIGURA 13: Días de Licencia</u>	<u>64</u>
<u>FIGURA 14: Género del RN</u>	<u>65</u>
<u>FIGURA 15: Tipo de Parto</u>	<u>66</u>
<u>FIGURA 16: Tipo de Domicilio vs Peso</u>	<u>68</u>
<u>FIGURA 17: Tipo de Domicilio y Talla del RN</u>	<u>69</u>
<u>FIGURA 18: Tipo de Domicilio y Tipo de Parto</u>	<u>70</u>
<u>FIGURA 19: Edad de la madre y peso del RN</u>	<u>72</u>
<u>FIGURA 20: Edad de la madre vs Talla del RN</u>	<u>72</u>
<u>FIGURA 21: Edad de la madre vs Tipo de Parto</u>	<u>73</u>
<u>FIGURA 22: Educación de la madre vs Peso del RN</u>	<u>75</u>
<u>FIGURA 23: Educación de la madre vs Talla del RN</u>	<u>75</u>
<u>FIGURA 24: Educación de la madre vs Tipo de parto</u>	<u>76</u>
<u>FIGURA 25: Estado civil de la madre vs Peso</u>	<u>78</u>
<u>FIGURA 26: Estado civil de la madre vs Talla del RN</u>	<u>78</u>
<u>FIGURA 27: Estado civil de la madre vs Tipo de parto</u>	<u>79</u>
<u>FIGURA 28: Tipo de trabajo de la madre vs Peso del RN</u>	<u>81</u>
<u>FIGURA 29: Tipo de trabajo de la madre vs Talla del RN</u>	<u>81</u>
<u>FIGURA 30: Tipo de trabajo de la madre vs Tipo de parto</u>	<u>82</u>
<u>FIGURA31: Tiempo de Licencia vs Peso del RN</u>	<u>84</u>
<u>FIGURA32: Tiempo de Licencia vs Talla del RN</u>	<u>84</u>
<u>FIGURA 33: Tiempo de Licencia vs Tipo de parto</u>	<u>85</u>

RESUMEN:

El Objetivo fue determinar la relación entre la licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, entre 2015 – 2017. **Tipo de estudio:** Básico, **Población:** 208 gestantes, **Muestra** de 151. **Técnica:** la encuesta **Instrumento:** el cuestionario validado por cinco expertos. Las **Dimensiones** fueron: Tiempo de Licencia pre parto, Características laborales, Características sociodemográficas, Tipo de Gestación, Neonato con evaluación. **Resultados:** El 47.02% de las madres tuvieron de 15 a 29 días de licencia. En Tipo de Trabajo de la madre, Peso y Talla de los RN, 36% son obreras; y 32% se dedican al comercio. A más descanso (30 a 49 días), menor parto distócico y eutócico. El tiempo de descanso y el estado de salud del RN hasta 28 días, mejora la salud del RN. Con Licencia de 15-29 días existe buena salud del RN con 42%. El 41.72% son solteras, el 15.23% casadas, 39.74% convivientes. El 39.07% parto eutócico, y 58.94% partodistócico (cesárea). **Conclusiones:** Según la prueba Chi-Cuadrado, $p\text{-value} = 0,002 < 0,05$, nos indica que existe una relación entre la Licencia pre-parto por Maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos”. .El valor $p\text{-value} = 0,004 < 0,05$, concluye que “Existe una relación entre el tiempo de Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes. El $p\text{-value} = 0,006 < 0,05$, concluye que “Existe una relación entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad. Según $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$, existe una relación entre las características sociodemográficas de las gestantes y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

Palabras Claves: Licencia Pre parto, Salud Materna, Salud Neo natal, Descanso médico, Días laborales, condiciones de trabajo.

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between maternity prenatal leave and Maternal and Neonatal Health of pregnant women attended in the Clinic "Santa Anita", Iquitos, between 2015 - 2017. Type of study: Basic, Population: 208 pregnant women, Sample of 151. Technique: the survey Instrument: the questionnaire validated by five experts. The dimensions were: Pre-labor leave time, Labor characteristics, Sociodemographic characteristics, Type of pregnancy, Neonate with evaluation. Results: 47.02% of the mothers had 15 to 29 days of leave. In Mother's Type of Work, Weight and Size of the RN, 36% are workers; and 32% are engaged in commerce. The more rest (30 to 49 days), the less dystocic and eutocic delivery. The rest time and the health status of the RN up to 28 days improves the health of the RN. With a 15-29 day license there is good health of the RN with 42%. 41.72% are single, 15.23% married, 39.74% live together. 39.07% eutocic delivery, and 58.94% dystrophic delivery (caesarean section). Conclusions: According to the Chi-Square test, $p\text{-value} = 0.002 < 0.05$, indicates that there is a relationship between the Maternity pre-delivery license and the maternal and neonatal health of pregnant women treated at the clinic "Santa Anita" , Iquitos. " The $p\text{-value} = 0.004 < 0.05$, concludes that "There is a relationship between the period of pre-maternity leave and maternal and neonatal health of pregnant women. The $p\text{-value} = 0.006 < 0.05$, concludes that "There is a relationship between the job characteristics of pregnant women who receive pre-maternity leave. According to $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$, there is a relationship between the sociodemographic characteristics of pregnant women and the maternal and neonatal health of pregnant women treated at the clinic "Santa Anita", Iquitos, in the years 2015 - 2017".

Keywords: Pre-natal leave, Maternal Health, Neo-natal Health, Medical rest, Working days, working conditions

INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace de una inquietud en el tema laboral, y salud materna neonatal, teniendo en cuenta mi experiencia en la atención de cientos de partos en mi ejercicio profesional como Gineco-Obstetra; observando alguna relación de ventaja para la madre y el recién nacido; en madres que, no solo han tenido un adecuado control prenatal, sino además un descanso prenatal oportuno; y existe la ley en nuestro país, que otorga en descanso laboral prenatal, pero esta norma no obliga a tener este beneficio antes del parto, por lo cual muchas gestantes lo toman solo algunos días antes y este descanso lo acumulan para tenerlo después del parto, con el fin de dedicarse a la lactancia y cuidado del recién nacido, esta circunstancia muy común era necesario evaluar y poder sustentar que el descanso prenatal debería tomarse necesariamente en un tiempo determinado antes del parto, para mejor pronóstico de la salud materno neonatal.

Como se podrá corroborar con la bibliografía de los estudios encontrados al respecto, que son pocos, no he logrado encontrar alguno que trate específicamente sobre el problema que planteo en este estudio, y como toda iniciativa para modificar o mejorar la norma, es necesario sustentarla mediante un estudio y este trabajo de investigación pretende contribuir a ello; más aun teniendo en cuenta las altas tasas de mortalidad materno neonatal que tenemos en nuestro país, y siendo cada vez mayor el número de mujeres que se incorporan a la actividad laboral y en consecuencia mayor cantidad de mujeres gestantes que trabajan.

Se tomará como población las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita” de Iquitos por ser el centro donde laboro y donde se ha podido incorporar a las historias clínicas los días de descanso prenatal tomado por las gestantes trabajadoras.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La protección de la maternidad se ha convertido, con el pasar de los años, en una prioridad para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que viene incitando continuamente a sus países miembros para fomentar dicha protección, mejorando los niveles de protección y garantizando el tiempo de disfrute de la Licencia por Maternidad para el restablecimiento de la salud de la madre, como la inserción del menor como nuevo integrante de la familia, con los cuidados y atenciones que requiera.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, mientras que la mortalidad de recién nacidos corresponde al 41% del total de defunciones de menores de cinco años. La mortalidad de neonatos ha descendido de 1992 al 2015 en 63% ⁽¹⁾, aparentemente debido al aumento de las inversiones en atención de salud para la mujer y el niño en el último decenio. ⁽¹⁾ El Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (adoptado en 1919 y revisado por última vez en 2000), establece unos mínimos de lo que deben incluir las legislaciones nacionales a este respecto. El Convenio prevé entre otros la concesión de licencias de maternidad y establece que las prestaciones médicas deberán comprender la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia después del parto, así como la hospitalización

cuando sea necesario, y que el horario de trabajo y las tareas asignadas no deben ser perjudiciales para la madre y su hijo. El Convenio exige que las licencias de maternidad tengan una duración de 14 semanas e incluyan obligatoriamente un periodo de seis semanas después del parto para proteger la salud de la madre y del hijo. ⁽²⁾

En el Perú la mortalidad materna y neonatal aún son un problema de salud pública, sobre todo en Loreto que registra los índices más altos a nivel nacional. No se han encontrado reporte sobre la mortalidad o morbilidad en grupos de gestantes que laboran con o sin licencias por maternidad remunerado a nivel Nacional. La legislación peruana determina que debe haber un descanso de 49 días previos y 49 días posteriores al parto, los cuales deben ser remunerados. Sin embargo, en el contexto de informalidad laboral y condiciones de trabajo muchas gestantes no pueden acceder a estos beneficios económicos obligándolas a continuar sus labores a pesar del estado de gravidez.

Las características laborales que incluyen el beneficio de una licencia por maternidad remunerada pueden influir en la salud materno-perinatal. Existen reportes internacionales sobre la influencia del tiempo de la licencia por maternidad con en el parto prematuro ⁽³⁾ y trastornos emocionales de la gestantes ⁽⁴⁾. A pesar de la disponibilidad de tomar 49 días antes del parto, algunas mujeres toman esta licencia antes del parto sólo debido a problemas de salud, insatisfacción laboral y/o fatiga ⁽⁵⁾. Como consecuencia estas mujeres son más proclives a cesáreas y gestaciones prolongadas ⁽⁶⁾.

Existe la necesidad de analizar la licencia de maternidad en trabajadoras y evaluar la actual regulación laboral, con la finalidad de establecer las verdaderas repercusiones de estas licencias sobre la salud materna perinatal. Debido a que se ha establecido que una adecuada licencia por maternidad es una estrategia para reducir la mortalidad materna y neonatal ⁽⁷⁾ y a pesar de que se cumple con otorgar estos beneficios aun no queda claro porqué en algunos países funciona mejor que en otros ⁽⁸⁾. Algunos estudios sugieren que el éxito de la licencia por maternidad se relaciona al nivel de estudio de las mujeres, situación laboral ⁽⁹⁾ y el estrato socioeconómico de la mujer ⁽¹⁰⁾.

Por lo expuesto, consideramos importante determinar la relación entre la licencia por maternidad y la salud perinatal.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Espacial:

Este Trabajo de Investigación se llevará a cabo para optar el Título de MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL en la Universidad Alas Peruanas y se realizará en las instalaciones de la Clínica “Santa Anita” Iquitos, Loreto, Perú

1.2.2 Delimitación Social:

Por tanto, se efectuarán los estudios siendo nuestro objetivo primordial las madres gestantes cuyo parto fue atendido en la Clínica “Santa Anita” de Iquitos, Loreto, Perú. Todo ello con el fin de apoyarlas y recoger valiosa información que ha de constituir material básico e importante para futuros casos.

1.2.3 Delimitación Temporal:

Los estudios se llevarán a cabo tomando como base de tiempo el periodo comprendido entre los años 2015 - 2017, pues considero que en este lapso se podrá efectuar una buena toma de resultados y análisis en la Clínica “Santa Anita” de Iquitos, Loreto, Perú.

1.2.4 Delimitación Conceptual:

Mi tema de investigación, como ya lo he dejado en claro, se efectuará en la Clínica “Santa Anita” de Iquitos, Loreto, Perú, teniendo como bases principales:

- ✓ La Salud materno – neonatal, y
- ✓ La Licencia por Maternidad

1.3 PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre la Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ✓ ¿Cuál es la relación entre el tiempo de Licencia pre parto por Maternidad antes del parto y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017?

1.4. BJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

1.4.2 Objetivos Secundarios

- ✓ Determinar la relación que existe entre el tiempo de Licencia pre parto por Maternidad ante parto y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.
- ✓ Identificar y valorar la relación que existe entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.
- ✓ Encontrar la relación que existe entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.5.1 Justificación

La vida en las familias de hoy es una lucha constante, entre el cuidado de los hijos y cubrir económicamente tanto sus necesidades mínimas, como las del hogar. En este contexto, tanto el padre como la madre juegan un rol importante en los aportes económicos que cada quien pueda generar.

Sin embargo cuando la madre está nuevamente gestando, se generan preocupaciones de toda índole: por la salud del nuevo integrante, por la salud de la madre, por el cuidado de los niños existentes y por la parte económica. Pero en este sentido la Constitución de nuestro país ampara y protege a toda mujer gestante otorgándole los derechos de la Licencia por Maternidad que por ley le corresponde.

Este concepto surge a partir del momento que se entiende que una mujer, por quedar embarazada y empezar el proceso de gestación de un hijo, no debería ser apartada ni perder su puesto laboral. Así, con el avance del siglo XX y de los reclamos de los diferentes movimientos feministas, la licencia por maternidad se vuelve en un derecho necesario para que la mujer pueda planificar su vida personal y familiar sin que esto afecte a su condición laboral.

Las licencias suelen entonces establecerse como algo indiscutible que suponen darle a la madre un tiempo adecuado para que pueda pasar junto al bebé los primeros meses de vida, cuidarlo, protegerlo y brindarle toda la atención posible; comprende, sin embargo, un tema importante a discutir y tratar ya que aún hay lugares y espacios laborales en los que se suele tomar a hombres en lugar de mujeres debido a que la mujer es la que carga con el embarazo y, por lo tanto, con las posibles ausencias al trabajo.

1.5.2 Importancia

Desde el punto de vista de la importancia del estudio, la investigación permitirá identificar las consecuencias maternas y neonatales cuando no existe un buen descanso pre parto, además tener un sustento para que este

beneficio sea ampliado y se no merme, a fin que sea obligatorio tomarlo antes del parto, y considerando el tipo de trabajo de la madre.

La maternidad juega un papel clave en la vida de toda mujer y de toda familia; por eso es menester recalcar que el Estado está siempre preocupado y pendiente de hacer cumplir la Constitución, y muy en especial referente a la Licencia de Maternidad.

En los últimos cincuenta años, la protección de la maternidad se ha visto por los progresos de la legislación, la evolución de la práctica en el lugar de trabajo y el aumento de las expectativas sociales en relación con los derechos de las trabajadoras durante sus años de crianza. Pero las ventajas que se han ido obteniendo no han conseguido resolver el problema fundamental que experimentan la mayoría de las mujeres trabajadoras (si no todas) en algún momento de sus vidas profesionales: la desigualdad de trato en el empleo a causa de su función procreadora.

Esta discriminación se hace más aguda porque cada vez hay más mujeres que pasan la mayor parte de su vida en un empleo asalariado. Sin duda, uno de los cambios más notables que se han producido en los últimos cincuenta años, ha sido el rápido incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo. A nivel mundial, los índices de actividad económica de las mujeres han pasado de un 54 por ciento en 1950 a un 66 por ciento en 1990, y las proyecciones prevén que alcancen casi un 70 por ciento en el año 2010. En las regiones más desarrolladas, el crecimiento ha sido aún más rápido, partiendo de una tasa inicial más baja –de un 47 por ciento– que previsiblemente pasará del 85 por ciento en el año 2015.

Hace dos generaciones, las mujeres empezaron a ingresar masivamente en la fuerza de trabajo, a principios del decenio de 1920, y muchas de ellas la abandonaron pocos años más tarde para dar a luz y criar a sus hijos. En 1950, la tasa mundial de actividad económica de las mujeres ascendía a un 59 por ciento en el grupo de 20-24 años, bajaba hasta un 54 por ciento en las mujeres con diez años más de edad, se mantenía relativamente constante para los 15 años siguientes y caía rápidamente después de los 49 años.

Hacia el año 2000, la tasa de actividad económica asumió un nuevo modelo mundial, con tasas de ingreso muy elevadas para las mujeres veinteañeras, una participación creciente en el mercado de trabajo de las de entre 30 y 40 años, y una baja a partir de los 50 años. En otras palabras, cada vez hay más mujeres que pasan sus años de crianza de los hijos como trabajadoras asalariadas.

Queda entendido que la licencia de maternidad se concibió para proteger a las trabajadoras durante el período de embarazo y de recuperación después del parto, pero hay también otros tipos de licencia. Los permisos parentales, de paternidad y de adopción ayudan a los padres a adaptarse a la llegada de un niño y les permite equilibrar mejor las responsabilidades familiares y profesionales. En este capítulo se analiza la legislación que regula las licencias y su eficacia práctica.

La manera de organizar la crianza de los hijos es un problema inmediato para una gran parte de la fuerza de trabajo. En el decenio de 1980 aumentaron mucho los hogares que tenían dos fuentes de ingresos y niños pequeños, en los que tanto el padre como la madre trabajaban a tiempo completo. Esta situación originó una creciente demanda de políticas que contribuyesen a brindar a estos niños los debidos cuidados. El deseo de las mujeres de permanecer en la fuerza de trabajo durante el período de procreación, junto con el reconocimiento de la importancia de una alimentación adecuada durante los primeros años de la infancia, la escasez de servicios de guardería de buena calidad y los costos de dichos servicios han llevado a que se busquen otras medidas alternativas.

Por otra parte, establecer unas condiciones que permitan a los trabajadores elegir el tipo de empleo que mejor se adapte a sus circunstancias familiares concretas, sin restricciones discriminatorias, resulta fundamental para aplicar en la práctica el principio de igualdad de oportunidades y de trato en el empleo. La Conferencia Internacional del Trabajo adoptó el Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156) y la recomendación correspondiente (núm. 165); como las medidas encaminadas a que hombres y mujeres puedan compaginar sus obligaciones laborales y familiares son la consecuencia lógica de los principios de

igualdad, aceptados por todos; el convenio núm. 156 y la recomendación núm. 165 deben considerarse como elementos indispensables del objetivo general de garantizar que todo hombre y mujer tengan la posibilidad de llevar a cabo plenamente sus funciones en la vida social, económica, pública y familiar.

La recomendación núm. 165 estipula que los trabajadores y las trabajadoras tienen derecho a una licencia parental para cuidar a sus hijos, si bien la duración y las condiciones de dicha licencia deben determinarse en cada país; en la recomendación, la licencia parental forma parte de un planteamiento integrado, y no se concibe aislado de otras iniciativas que puedan contribuir a conciliar las responsabilidades familiares y profesionales. Entre otros medios previstos en este instrumento para ayudar a los empleados con responsabilidades familiares, cabe citar la promoción de servicios de asistencia a la infancia, la introducción de una mayor flexibilidad en la organización de los horarios de trabajo, la reducción progresiva de la duración de la jornada de trabajo y la disponibilidad de puestos de trabajo a tiempo parcial con prestaciones de seguridad social o desgravaciones fiscales para los trabajadores con responsabilidades familiares.

1.5.3 Factibilidad

Para el desarrollo de la presente investigación se cuenta con el adecuado presupuesto, la población a investigar y el apoyo del personal para recabar los datos reales, por lo que se determina que existe la factibilidad para el desarrollo de la misma.

1.5.4 Limitaciones de la investigación

- Limitaciones económicas:

Existen limitaciones de orden económico, por cuanto la investigación no cuenta con ningún financiamiento ni patrocinio por otros para su desarrollo, teniendo como fuente de financiamiento el propio peculio; razón por la cual la investigación se realizará en la Clínica "Santa Anita", Iquitos

- Limitaciones de tiempo:

Para desarrollar el presente trabajo de investigación se ha elegido a la Clínica “Santa Anita”, Iquitos., por cuanto nos permitirá conocer la relación entre la LICENCIA PRE PARTO POR MATERNIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MATERNO – NEONATAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS durante los AÑOS 2015 – 2017

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

21 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1 Antecedentes internacionales

- ✓ **Guendelman**, (2006). (3), en su Trabajo de Investigación: *Licencia de maternidad en el noveno mes de embarazo y el parto los resultados entre las mujeres que trabajan. Problemas de salud de las mujeres 19.1: 30-7*, concluyó de la siguiente manera:

El presente estudio examinó los tipos de licencia de maternidad de las trabajadoras embarazadas en California y el trabajo, datos demográficos y características de bienestar asociados con dejar de tomar la licencia de maternidad. A diferencia de la mayoría de los Estados, California ofrece licencia de embarazo pagado hasta 4 semanas prenatal y 6 a 8 semanas postnatal. Se analizaron datos ponderados de entrevistas telefónicas postparto realizadas entre julio de 2002 y noviembre de 2003 para 1214 mujeres que participan en un estudio de casos y controles de los resultados de nacimiento en el sur de California. Las mujeres que trabajaron por lo menos 20 h/semana durante los dos primeros trimestres del embarazo o hasta la fecha de la detección prenatal. La tasa de respuesta global fue del 73%.

Cincuenta y dos por ciento de las

mujeres no tomó ninguna licencia, 32% tomó licencia prenatal esperando volver

a su trabajo o empleador en algún momento después del parto, y 9% dejaron su empleo durante el embarazo. Para las que dejaron su trabajo con licencia pagada (69%), el estado era la principal fuente de pago (74%). Problemas médicos (52%) fueron las razones más comunes indicadas para renunciar. Los predictores más fuertes de licencia versus trabajo durante todo el embarazo fueron se sienten estresadas y cansadas (ajustado $OR = 4.3$, IC del 95% [2,2-8.2]) y niños (ajustado $OR = 2.1$, IC 95%: [1.2-3.7]), seguido por factores ocupacionales (turno de noche, trabajo frustrante y poco flexible, tenencia de trabajo). Los beneficios de maternidad no se determinan sólo tomando licencia prenatal. Las mujeres trabajadoras y embarazadas en California utilizan la licencia con cautela y predominante para hacer frente a problemas de salud, insatisfacción laboral y la fatiga.

- ✓ **Berkowitz**, (1995). (4), en su libro: *Relaciones entre la actividad física y el embarazo, resultados. J Am Med Assoc de las mujeres (1972) 50(5): 167-9, 174.*, sostiene que:

Aunque la literatura sobre el efecto de la actividad física relacionada con el empleo sobre el resultado del embarazo es importante, no se ha alcanzado ningún consenso. Sin embargo, un número creciente de estudios sugiere que la bipedestación prolongada y largas horas de trabajo pueden suponer un riesgo para el embarazo. La prestación de descanso por maternidad varía entre los países europeos y Estados Unidos. El presente estudio realizó una revisión de la literatura científica sobre el papel de la actividad física laboral, el cual sugiere que la bipedestación prolongada y largas horas de trabajo pueden aumentar el riesgo de parto prematuro. Aunque la legislación sobre la maternidad y el trabajo en muchos países europeos ha regulado los horarios de trabajo y las condiciones de trabajo para las mujeres embarazadas, ninguno de los países europeos excepto Francia parece haber experimentado una reducción en las tasas de parto prematuros. Francia ha tenido una legislación integral de la maternidad y un programa nacional dirigido específicamente a reducir el nacimiento prematuro.

- ✓ **Cooklin**, (2007). (5), en su libro: *Derechos del empleado durante el embarazo y bienestar psicológico materno. Aust N Z J Obstet Gynecol 47(6): 483-90*, propone lo siguiente:

La evidencia sugiere que las condiciones de trabajo son los principales determinantes de la salud mental, pero no se sabe si las condiciones de trabajo influyen en bienestar psicológico prenatal. El presente estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre las condiciones de empleo y la salud prenatal en mujeres australianas. Un estudio de cohorte recogió datos de una entrevista estructurada de evaluar las características sociodemográficas, acuerdos de empleo, experiencia de discriminación relacionada con el embarazo y el acceso a prestaciones de maternidad. Los participantes completaron dos medidas psicométricas estandarizadas de humor maternal: la escala de depresión de Edinburgo (EDS) y el perfil de los Estados de ánimo (PoMS).

Se hicieron comparaciones de humor entre mujeres por experiencia de adversidad del lugar de trabajo, utilizando una medida compuesta de los eventos de trabajo. El estudio concluyó que problemas en el lugar de trabajo durante el embarazo, se asocia con un pobre bienestar materno psicológico. Los derechos y las condiciones de trabajo son factores de consideración en la evaluación del bienestar psicosocial prenatal.

- ✓ **Guendelman, Perla, et al** (2009). (6), en su obra: *Utilización de pago licencia prenatal entre las mujeres que trabajan en el sur de California.* "10.1 de salud J Matern infantil: 63-73, nos aporta lo siguiente:

En California, las mujeres son elegibles a recibir beneficios hasta 4 semanas antes del parto; se exploró si aumenta el tiempo de gestación y peso al nacer, y se reducen partos por cesárea primarias entre las mujeres que trabajan a tiempo completo. Los resultados demuestran que en general, no hubo diferencias marcadas en el tiempo de gestación o peso medio al nacer. Sin embargo, en un subgrupo de mujeres cuyos esfuerzos superaron sus recompensas laborales, se prolongó la gestación (cociente de riesgo para la entrega de cada día entre 36 y 41 semanas, 0.56, IC 95%, 0,34 0,93). "La licencia de maternidad en mujeres laboralmente tensas puede reducir cesáreas y gestaciones prolongadas".

- ✓ **Nandi, Hajizadeh,** (2017) (7), en su Investigación sobre: *Mayor duración de la licencia de maternidad pagada disminuye mortalidad infantil en países de ingresos bajos y medios: un estudio cuasi-experimental,* llegó a las siguientes conclusiones:

La licencia por maternidad reduce las tasas de mortalidad neonatal e infantil en países de altos ingresos. Sin embargo, el impacto de la maternidad en la salud infantil no ha sido rigurosamente evaluado en países de bajos y medianos ingresos (PBMI). En este estudio, se evaluó si la política de licencia de maternidad remunerada afecta la mortalidad infantil en PBMI. MÉTODOS y resultados: Se utilizaron datos de la historia de nacimiento recogidos a través de las encuestas demográficas y salud para montar un panel de aproximadamente 300.000 nacimientos en 20 países desde 2000 a 2008; Estos datos observacionales se fusionaron con información longitudinal sobre la duración de la licencia de maternidad pagada proporcionada por cada país. Se estimó el efecto de un aumento en licencia de maternidad en el año anterior en la probabilidad del niño (menor de 1 año), neonatal (menor de 28 días), post neonatal (entre 28 y d y 1 después del nacimiento) de disminuir la mortalidad; efectos fijos por país y año se incluyeron para controlar, respectivamente, respecto al tiempo; que varió entre países y tendencias temporales de mortalidad, que fueron compartidos entre los países. Tasas medias de mortalidad infantil, mortalidad neonatal y mortalidad durante el período de estudio fueron 55.2, 30.7 y 23.0 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Cada mes adicional de licencia por maternidad pagada se asoció con muertes infantiles menos 7,9 por 1.000 nacidos vivos (IC del 95%: 3.7, 12.0), reflejando una reducción relativa del 13%. Reducciones en la mortalidad infantil asociada a aumentos en la duración de la licencia de maternidad pagada se concentraron en el período post neonatal. Las estimaciones fueron ajustándose por características individuales, domésticos y nivel de país, aunque puede haber factores de confusión residual que varían con el tiempo, como cambios en las políticas coincidentes.

Conclusiones: Las políticas de maternidad pagada es un instrumento potencial para facilitar las intervenciones de los primeros años de vida y reducir la mortalidad infantil en los PBMI. Desde una perspectiva de planificación política, es necesario elucidar los mecanismos que explican los beneficios de maternidad pagadas en la mortalidad infantil.

- ✓ **Plante, Malenfant** (1998). (8), en libro *Salud reproductiva y trabajo: diferentes experiencias. Ocupación de J Environ Med 40(11)*, ha llegado a la siguiente proposición:

Quebec y Dinamarca aprobaron una legislación en 1981 que tiene como objetivo proteger a las mujeres embarazadas y sus niños nonatos de peligros para la salud en el trabajo. Finlandia aprobó una legislación similar en 1991. Mientras que estas medidas tienen mucho en común, se aplican de diversas maneras. Aproximadamente el 1% de las trabajadoras embarazadas se benefician de una "especial maternidad" en Dinamarca, en comparación con 0,1% en Finlandia, mientras que, en Quebec, cerca del 40% de las mujeres se benefician de las medidas preventivas de la reasignación de trabajo durante su embarazo. En este artículo, se analizaron las razones de estas disparidades entre las tasas de utilización en Finlandia, Dinamarca y Quebec a la luz de la experiencia de Quebec en los últimos 16 años.

- ✓ **Topphoj, Sabroe** (1999). (9), en su libro *Duración de la licencia de maternidad y licencia por enfermedad durante el embarazo*, afirma lo siguiente:

El objetivo del proyecto fue describir los motivos de licencia por enfermedad durante el embarazo. Este artículo presenta datos sobre un subgrupo de las mujeres con licencia por enfermedad. El propósito de este nuevo análisis fue examinar si la mujer con la maternidad corta tenía más licencia por enfermedad durante el embarazo. Las mujeres embarazadas en un condado danés que solicitaron licencia por enfermedad en un año se incluyeron consecutivamente en el estudio. Los datos se obtuvieron mediante cuestionarios durante 1991- 1992. Las mujeres con derecho a una maternidad más largo, obtenidos a través de la negociación colectiva, fueron empleadas principalmente en los grupos ocupacionales relacionados con el sector público y en licencia por enfermedad significativamente más, que las mujeres con la licencia de maternidad corta, la obtuvieron sólo a través de la legislación. Los diagnósticos difieren entre los dos grupos. Datos sugieren desiguales posibilidades para la obtención de embarazo relacionado con la licencia por enfermedad, como las mujeres con más entrenamiento y una situación de empleo más segura tenía licencia por enfermedad significativamente mayor que otras mujeres.

- ✓ **Blondel de Vigoureux**, (2017) (10), en su Trabajo de Investigación *Características profesionales, sociales y médicos de la licencia prenatal temprana en Francia*. *Salud pública de EUR J 26(6)*, propone lo siguiente:

La ley de licencia prenatal en Francia protege a las mujeres durante el embarazo y su empleo. El objetivo fue describir cuánto tiempo antes del parto las mujeres dejan de trabajar y analizar la asociación entre factores profesionales, sociales y médicos y licencia prenatal temprana (antes de gestación 24 semanas). La muestra fue extraída de la encuesta Perinatal Nacional 2010 francés. Las mujeres fueron entrevistadas en las maternidades francesas durante un período de una semana; se centraron en todas las mujeres con un nacimiento, que trabajaban durante el embarazo (n = 10 149). Las mujeres fueron entrevistadas entre el parto y postparto para recoger información sobre empleo, fecha de la licencia, factores sociodemográficos y características médicas. Entre las mujeres que trabajaron durante el embarazo, 27.5% reportó licencia ocupacional temprana (antes de gestación 24 semanas). Licencia ocupacional temprana era más frecuente entre las mujeres con empleos inestables (plazo fijo vs no-contrato a plazo fijo: ajustado odds ratio aOR = 1.60 [intervalo de confianza del 95% 1.84 1.40]) y con categorías profesionales menos cualificados (trabajadores manuales vs. gerentes y posiciones superior intelectual: aOR = 2.96 [2.30-3.82]), incluso después de ajustar por características sociodemográficas y otro empleo. Las mujeres con un cuadro patológico o en embarazo de riesgo que trabajan solicitaron licencia antes que otras mujeres. Después de estratificación el tipo de embarazo seguía siendo una tasa más alta de salir temprano para las mujeres menos calificadas en el grupo profesional. Se demostró que en Francia, existe vulnerabilidad social de las mujeres embarazadas, vinculado a la situación sociodemográfica baja.

2.1.2 Antecedentes nacionales

- ✓ **Macazana** (2016), En su trabajo de Investigación cuyo título es: “*Evaluación del producto: adolescentes que acceden a servicios de salud para prevención del embarazo en Ucayali*” para optar el Grado Académico en Gestión de la Inversión Social, en la Sección Post Grado de la Universidad del Pacífico. En su trabajo, él analiza la implementación del producto: adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo, el cual forma parte del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, a través de su implementación en la región Ucayali. Es importante esta investigación por

cuanto trata tangencialmente el abandono y falta de control en adolescentes embarazadas en la Región Loreto.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos: El primero es la introducción, en la cual se plantea el problema de investigación, se desarrollan los antecedentes del embarazo adolescente, y se trazan los objetivos, las hipótesis y el alcance del trabajo.

En el segundo capítulo se contextualiza la problemática del embarazo adolescente a nivel internacional y a nivel nacional, analizando la situación actual en la región Ucayali. En el tercer capítulo se hace referencia al marco teórico identificando los determinantes del embarazo adolescente y explicando la estrategia del presupuesto por resultado que se implementa a través de los programas presupuestales.

La metodología de investigación se describe en el capítulo cuatro, aquí se explican también los instrumentos y fuentes de información a las cuales se recurrirá para analizar el producto en estudio. Finalmente, se tiene el quinto capítulo que describe los resultados encontrados en función de cada uno de los objetivos e hipótesis fijadas anteriormente. A partir de este análisis se plantean una serie de conclusiones y recomendaciones que permitan mejorar la implementación del producto y contrarrestar la problemática del embarazo adolescente.

Al realizar la investigación se encuentra que no se alcanzan los resultados programados por el producto: Adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo, debido a que el Gobierno Regional de Ucayalines necesita fortalecer sus capacidades técnicas e institucionales en materia de presupuesto por resultados. Esta situación hace que la implementación del producto no se desarrolle acorde con los documentos técnicos establecidos, afectando el cumplimiento de metas, el costeo del producto, la disponibilidad de recursos, insumos y la calidad de atención en los servicios diferenciados. En este escenario se considera pertinente que el Estado pueda contar con una política nacional específica para la prevención del embarazo adolescente que se implemente a través del presupuesto por resultados.

22 Bases Teóricas o Científicas

2.2.1 La Maternidad

Se conoce con este nombre a todo aquello que confiere a la mujer en su estado de gravidez, esto dicho en los términos más simples.

Maternidad es “el estado o cualidad de madre”. Esta expresión puede abarcar varios aspectos, como el psicológico, el moral, el social, el afectivo, el médico-biológico, etc. Se definida también como “maternidad” a la condición de la mujer que ha tenido un hijo. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2015)

En definitiva, la expresión Maternidad, en su justo y positivo sentido, viene siendo usada para designar un conjunto de condiciones de salud para las madres gestantes.

- **Maternidad biológica**

Se hace referencia aquí a aquel período, que incluye tanto el parto, el parte y el postparto.

El **preparto** se define como el período previo al parto. Puede durar como máximo tres días. Es el período de actividad uterina creciente y que corresponde a las últimas semanas anteriores al parto, tiempo en el cual, la mujer requiere de mayor cuidado y descanso, a fin de generar condiciones óptimas para sí misma y para su bebé. Lo anterior justifica, que el legislador, deje elegir a la madre, si desea iniciar el disfrute de las semanas de descanso, en este momento gestacional.

El **parto**, se define como el fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta y constituye el momento crucial tanto para la madre como para su RN.

El **postparto** o puerperio, es el tiempo que transcurre desde el parto hasta la recuperación de los cambios gestacionales. Dura aproximadamente unos 40 días. En este tiempo, la mujer vuelve a la situación anterior al embarazo. Y su importancia radica en el restablecimiento morfológico normal de la madre. En este lapso, la mujer precisa mayor descanso, lo que hace igualmente obligatorio que disfrute como mínimo seis de las semanas de la licencia de maternidad

previamente concedida, y se materialice inmediatamente después del parto.

2.2.2 La Maternidad y el Derecho Social

Hoy en día, la protección por la maternidad se ha convertido con el pasar de los años en una prioridad para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que viene incitando continuamente a sus países miembros para fomentar dicha protección, mejorando los niveles de cuidado y garantizando tanto el tiempo de disfrute de la licencia por maternidad para el restablecimiento de la salud de la madre, como la inserción del nuevo menor como integrante de la familia.

En nuestra Constitución Política se consagran los principios mínimos fundamentales para la protección a la mujer, y más aún en su calidad de gestante. Tal protección se ha interpretado de diferentes formas, pero siempre en el sentido de no admitir discriminación y trato injustificado, y llegado su momento de gravidez se le facilita la correspondiente Licencia.

Según la Organización Internacional del Trabajo, desde la adopción en 1952 del Convenio N° 103 sobre protección de la Maternidad, los Estados miembros han logrado un avance considerable en la concesión de prestaciones por maternidad a las mujeres trabajadoras. Aun así, todavía no está asegurada una cobertura universal a todas las madres gestantes. Aunque la mayoría de países en el mundo conceden por ley una Licencia de Maternidad, la distancia entre la ley y la realidad sigue siendo grande.

2.2.3 Salud Materno – Perinatal

La salud materno perinatal es un indicador muy importante de desarrollo económico, social, y cultural de cualquier país, o región, por lo tanto, debe estar en la agenda de atención prioritaria tanto del sistema de salud, como de los prestadores de salud, de los formadores del recurso humano en salud, de la comunidad en general y especialmente de las madres.

Con respecto a la salud materna,

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian su alta tasa, y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el

limitado acceso a los servicios sociales. (World Population, 1992)

A inicios de los años 90, la mortalidad materna era 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afectaba principalmente a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demostraban la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. (AbouZahr C, 1991)

Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

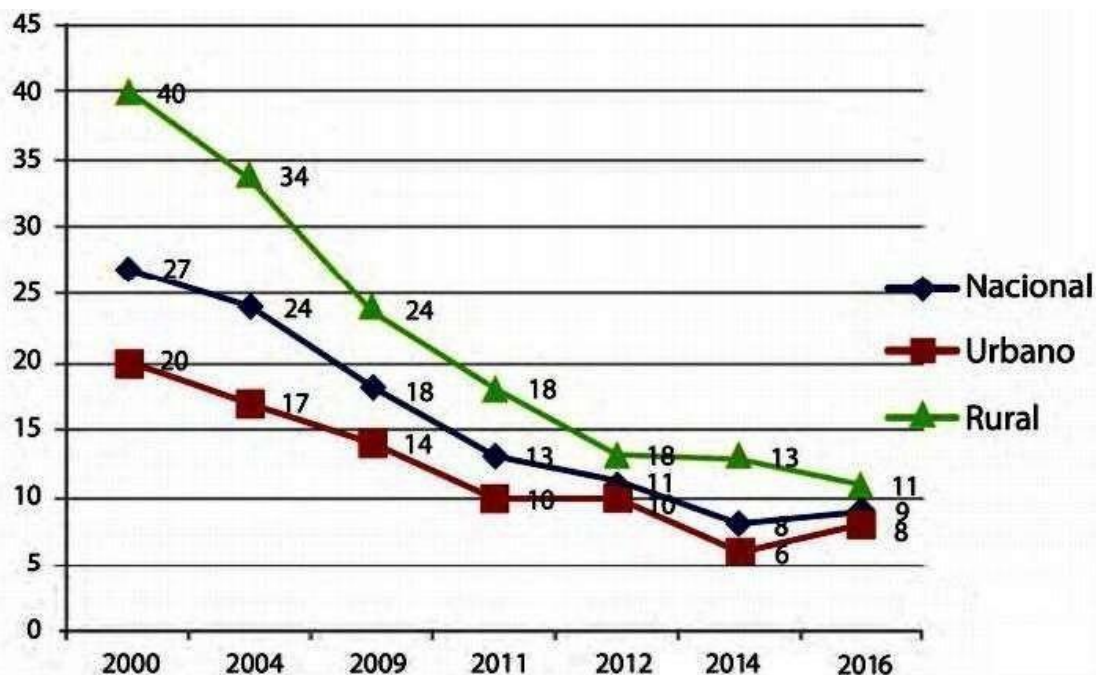
De acuerdo al informe de UNICEF, “Committing to child survival: a promise renewed, 2015”, en el mundo, la tasa de mortalidad neonatal (TMN) ha descendido en un 47%, desde 36 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 hasta 19 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2015. Eso representa 5.1 millones de muertes neonatales en 1990 a 2.7 millones en el 2015. El 45% de las muertes de menores de 5 años se producen durante el periodo neonatal.

En el Perú la tasa de mortalidad de menores de 5 años se redujo en 77% desde el año 1992 al 2015; la tasa de mortalidad en menores de un año se redujo en 72% y la TMN se redujo en 63%, según ENDES 2016.

Cuando se analiza la TMN por periodos se observa que en promedio, entre los años 1992-2004, fue de 20.5 muertes/1.000 nacidos vivos y se redujo a 9.25 para el periodo 2001-2012 mientras que entre el 2013-2016 la TMN ascendió a 10.3 muertes por 1.000 nacidos vivos. Por lo tanto, la mortalidad neonatal se ha reducido de forma más lenta y en los últimos años muestra un discreto incremento. Además, pese al descenso de la mortalidad infantil en general, la proporción de mortalidad neonatal con respecto a la mortalidad en menores de 5 años ascendió de 34.6% en 1992 a 56% en el 2015 (como referencia se tiene que en América Latina dicha proporción es 53%); en el caso de la mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad en menores de un año ésta se incrementó de 49% a 67% para el mismo periodo; es decir actualmente de cada 10 muertes en menores de un año, 7 fueron neonatos.

Según ENDES la tendencia de la mortalidad perinatal se incrementa entre los años 2011 y 2013. Actualmente es de 13 muertes por 1.000 nacidos vivos.

FIGURA 1: Gráfica de tasa de mortalidad neonatal, infantil, según ámbito geográfico

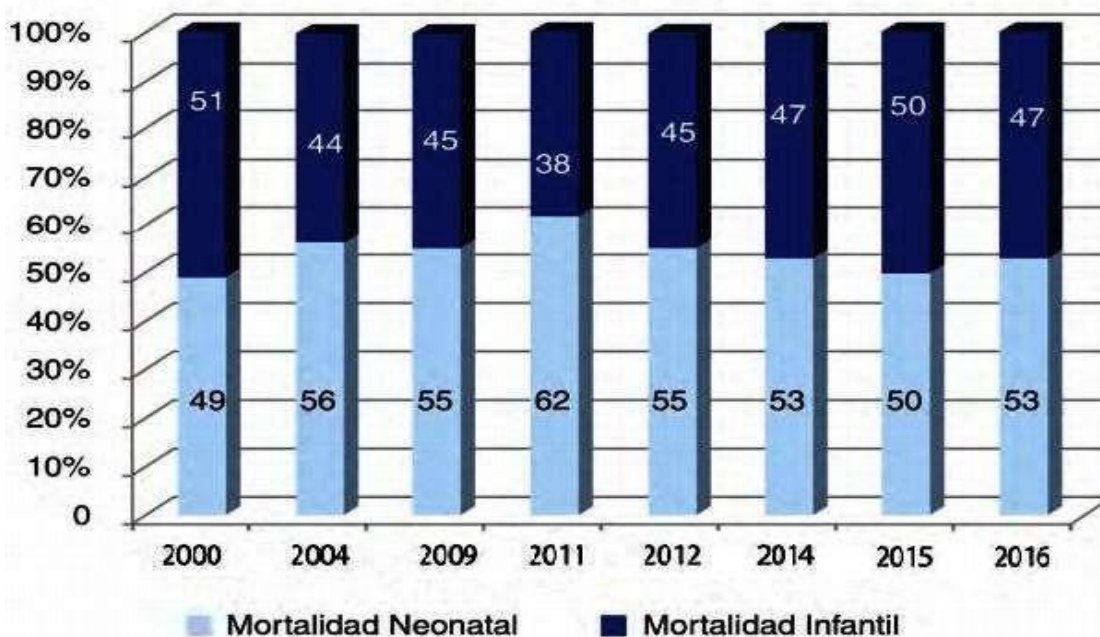


Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA, ENDES: 2000-2016

2.2.4 Causas de la mortalidad neonatal

La ocurrencia de defunciones fetales y neonatales son eventos de notificación obligatoria en el país desde el año 2010 y es el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades el responsable de conducir el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.

Tabla 1: Evolución de la tasa de mortalidad neonatal hasta 2016



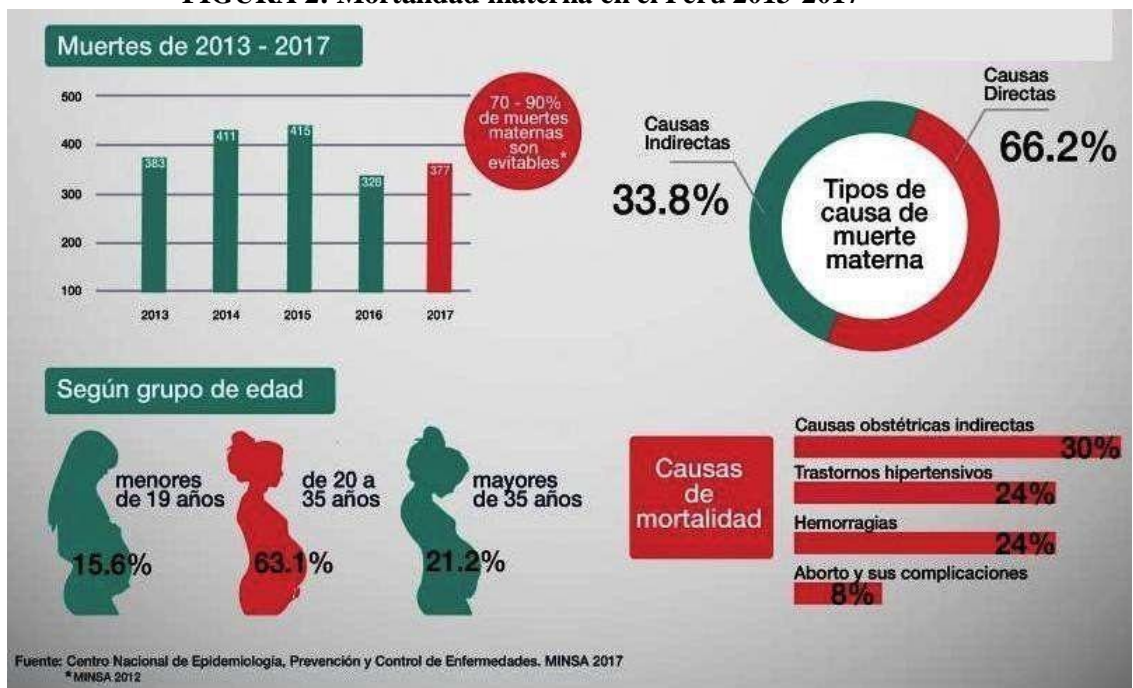
Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA, ENDES: 2000-2016

Esta vigilancia recolecta la notificación, semanal, nominal y obligatoria, de todas las muertes fetales y neonatales ocurridas en un establecimiento de salud o en la comunidad. En promedio se notifican semanalmente 64 defunciones fetales y 60 defunciones neonatales; eventos que ocurren con mayor frecuencia que las neumonías en menores de 5 años o la muerte materna, donde se registran en promedio 6 defunciones semanales. El 48% de las defunciones notificadas corresponden a muerte neonatal.

2.2.5 Situación de la mortalidad materna en nuestro país

- ✓ **Muerte materna.** Es la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o 42 días después, por alguna causa agravada por la gestación o su forma de atención.
- ✓ **Muerte directa.** Es la producida por complicaciones obstétricas, intervenciones o tratamientos incorrectos (hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones, complicaciones de la anestesia).
- ✓ **Muerte indirecta.** Es la originada por alguna enfermedad existente antes o durante el embarazo que se agrava por efectos fisiológicos de la gestación.

FIGURA 2: Mortalidad materna en el Perú 2013-2017



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA 2017

En las regiones, este cambio se ha dado de manera diferenciada, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:

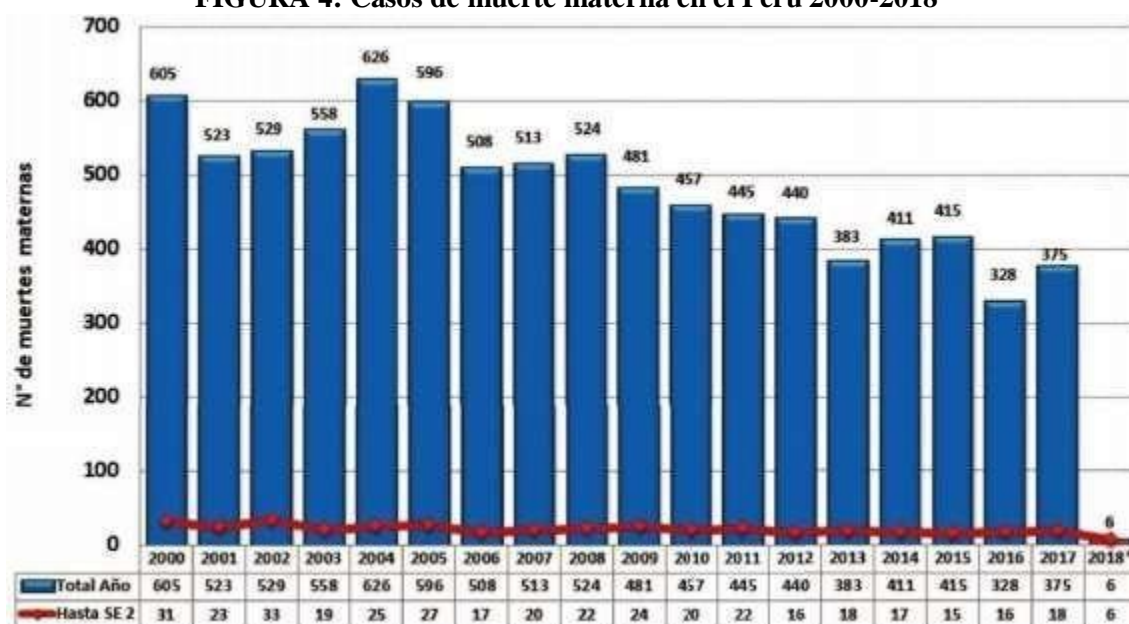
FIGURA 3: Mortalidad materna por regiones



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA 2017

Las siguientes gráficas, nos dan un panorama más amplio sobre los casos de salud materno – neonatal:

FIGURA 4: Casos de muerte materna en el Perú 2000-2018*

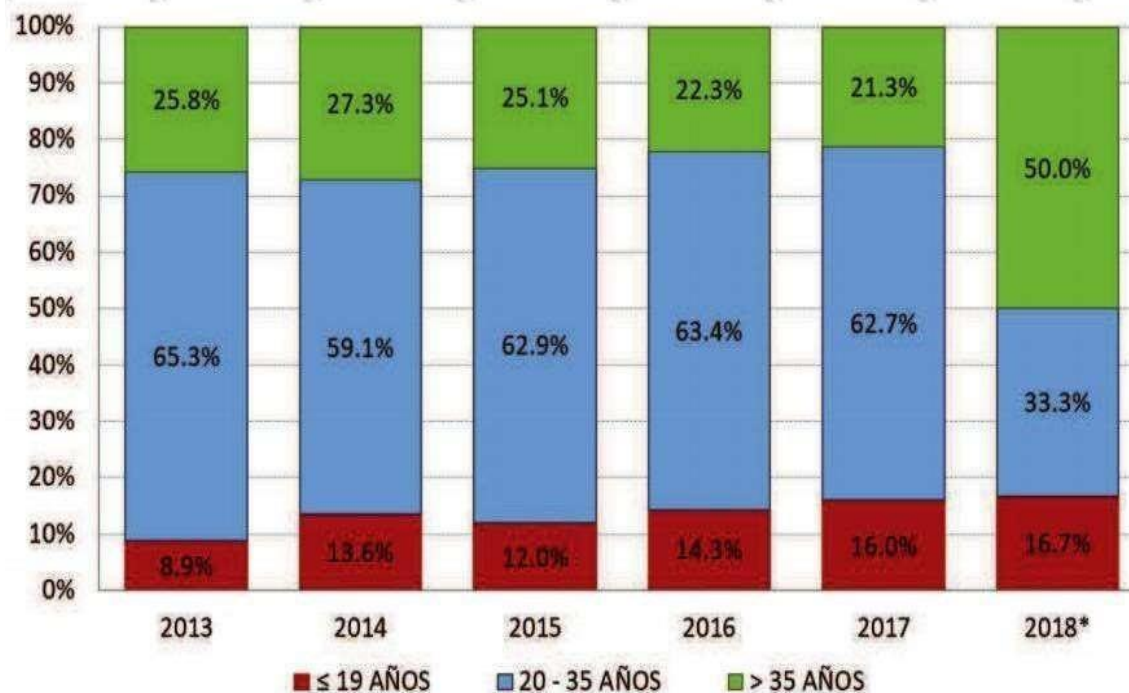


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
 (*) Hasta la SE 02 del 2018

FIGURA 5: Número de casos de muerte materna, Perú 2013-2018*

Muertes maternas según grupo de edad

Perú 2013 -2018*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
 (*) Hasta la SE 02 del 2018

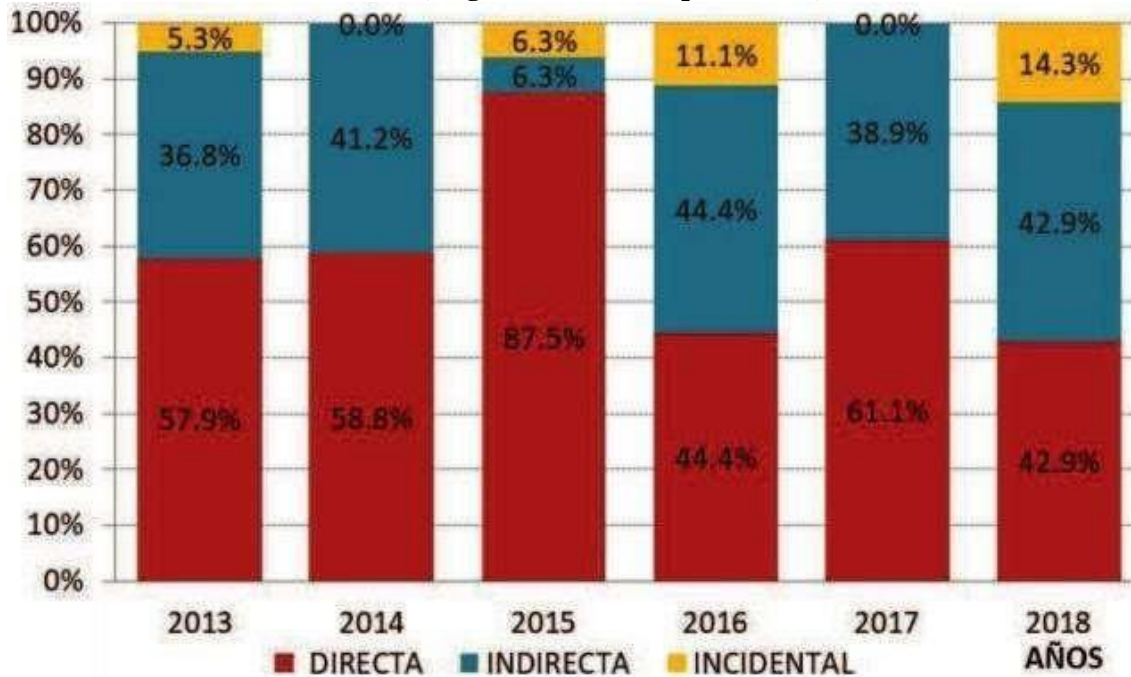
Tabla 2: Número de casos de muerte maternahn por Departamentos de ocurrencia del hecho, Perú 2013-2018*

DEPARTAMENTOS DE OCURRENCIA	AÑOS						TOTAL	%	% Acun.
	2013	2014	2015	2016	2017	2018*			
AMAZONAS	11	11	12	17	12	0	63	3.28	3.28
ANCASH	14	14	12	14	8	0	62	3.23	6.52
APURÍMAC	1	2	4	3	1	0	11	0.57	7.09
AREQUIPA	12	11	11	14	8	0	56	2.92	10.01
AYACUCHO	7	10	8	6	8	0	39	2.03	12.04
CAJAMARCA	29	30	31	22	31	0	143	7.46	19.50
CALLAO	12	18	9	7	6	0	52	2.71	22.21
CUSCO	23	29	18	22	26	0	118	6.15	28.36
HUANCAVELICA	2	6	4	2	9	0	23	1.20	29.56
HUÁNUCO	10	8	14	10	14	0	56	2.92	32.48
ICA	6	4	4	3	4	0	21	1.09	33.58
JUNÍN	16	30	26	11	19	0	102	5.32	38.89
LA LIBERTAD	31	30	28	25	23	1	138	7.19	46.09
LAMBAYEQUE	19	23	24	15	17	0	98	5.11	51.20
LIMA	54	51	74	55	51	1	286	14.91	66.11
LORETO	29	32	25	24	34	1	145	7.56	73.67
MADRE DE DIÓS	5	3	2	2	2	0	14	0.73	74.40
MOQUEGUA	1	0	1	0	0	0	2	0.10	74.50
PASCO	6	5	2	1	6	1	21	1.09	75.60
PIURA	30	28	42	34	36	0	170	8.86	84.46
PUNO	25	25	28	13	25	2	118	6.15	90.62
SAN MARTÍN	18	13	14	8	18	0	71	3.70	94.32
TACNA	5	1	2	7	3	0	18	0.94	95.26
TUMBES	2	3	2	2	1	0	10	0.52	95.78
UCAYALI	15	24	18	11	13	0	81	4.22	100.00
Total general	383	411	415	328	375	6	1918	100	

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

(*) Hasta la SE 02 del 2018

FIGURA 6: Muerte materna, según clasificación preliminar, Perú 2013-2018*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
 (*) Hasta la SE 02 del 2018

2.2.6 Medidas para prevenir la mortalidad materna y neonatal

Las principales medidas directamente vinculadas con la reducción de la mortalidad materna y neonatal son las siguientes:

- ✓ Espaciamiento de nacimientos. Conocimiento y uso de algún método de planificación familiar. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar solo alcanza el 44,4%.
- ✓ Acceso a atención prenatal de calidad. En el período 2000-2016 la cobertura de gestantes que en el último nacimiento tuvieron seis o más controles prenatales pasó de 76,4% a 83,5%, aunque la brecha urbano-rural sigue superando los 10 puntos porcentuales. Es necesario mejorar la calidad de este servicio.
- ✓ Acceso a la atención de parto institucional. La cobertura de atención de partos institucionales en zonas rurales alcanzó, al año 2016, 62,5%, puntos porcentuales más que en 2015. Hay poco avance en la cobertura de partos institucionales en la selva rural (3 puntos porcentuales en cinco años), siendo la población de lengua originaria amazónica la más afectada (18,2% 13 de cobertura).

- ✓ Administración de micronutrientes a las gestantes. Controlar la anemia, que afecta a un 28% de las gestantes y hace que las mujeres desarrollen su embarazo con reservas insuficientes de hierro, lo que afecta su salud y la del recién nacido.
- ✓ Acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive para la atención de las complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales. En el interior del país hay muchos establecimientos de salud con poca capacidad resolutive, es decir con insuficientes recursos físicos y humanos debidamente calificados para diagnosticar y tratar adecuadamente una emergencia y/o complicación, y los pocos que la tienen suelen estar ubicados en la capital regional o cerca de ella.
- ✓ La lactancia materna precoz. La lactancia es clave en la salud del recién nacido. Sin embargo, el 50% de bebés, 320,000 recién nacidos cada año, no la inicia en la primera hora de vida, lo que afecta su sistema inmunológico y los hace más vulnerables a enfermedades ⁽²⁾.
- ✓ Abordaje intercultural. Es importante brindar atenciones interculturales en embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, respetando la cultura de la madre y optimizando la calidad de las atenciones. La partera tradicional aún es un factor importante en la atención del parto en algunas zonas del país.

2.2.7 Licencia por Maternidad

De acuerdo a lo prescrito por el artículo 10° de la Constitución Política del Perú, el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida. Del mismo modo, en su artículo 12° el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas.

El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. ⁽³⁾

Dentro de las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio. En esta oportunidad vamos a tratar sobre el subsidio por maternidad; LEY 30367 el mismo que se otorga a la madre trabajadora, que se encuentre en estado de gestación por el tiempo de 14 semanas, los cuales 49 días son prenatal y los 49 restantes días posnatal.

Concepto

La licencia o subsidio por maternidad en Perú es un derecho que se le reconoce a toda mujer gestante, por el cual deben de descansar de su trabajo, pero recibiendo su remuneración.

La licencia se subscribe por un periodo de tiempo pre natal y post natal, para que la mujer trabajadora no tenga que hacerlo en condiciones de gestación avanzada y para que, posteriormente, pueda disfrutar de su bebé recién nacido (Organización Internacional del Trabajo, 2000).

Marco Normativo

El subsidio por maternidad está regulado por:

- ✓ Ley N° 26842: Ley General de Salud, del 29 setiembre 2016.
- ✓ Ley 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) de fecha 30 enero 1999.
- ✓ Ley N° 26790: Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 009-97-SA; Reglamento de la ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley N° 26644; la cual precisa el goce del derecho de descanso prenatal y posnatal de la trabajadora gestante (09-12-99).
- ✓ Acuerdo N° 59-22-EsSALUD-99 Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas. (09-12-99).
- ✓ Resolución de Gerencia General N° 248-GG-EsSALUD-2001(16-08-01).
- ✓ Ley N° 28791 (21-07-06) que modifica a la Ley N° 26790. Asimismo, su reglamento el Decreto Supremo N° 020-2006-TR (28-12-06).

Cantidad y plazo para su otorgamiento

Es el monto en dinero a que tiene derecho la asegurada titular durante las 14 semanas de goce del descanso por parto, a fin de resarcir el lucro cesante como consecuencia del mismo.

De este concepto, debemos de tener en cuenta que

“ ... el subsidio no tiene naturaleza remunerativa, es decir, que es un monto por la cual EsSalud desembolsa al empleador durante el descanso que tenga una asegurada, de tal manera, que al momento de determinar los beneficios de la trabajadora, será en virtud de su remuneración mensual, mas no de los subsidios determinados”.
(MINSA, Ministerio de Salud, 2016)

La trabajadora gestante gozará de 49 días de descanso prenatal y 49 días de descanso posnatal. El goce de descanso prenatal podrá ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado por el posnatal, a decisión de la trabajadora gestante. Tal decisión deberá ser comunicada al empleador con una antelación no menor de dos meses a la fecha probable del parto. El descanso posnatal se extenderá por 30 (treinta) días naturales adicionales en los casos de nacimiento múltiple”. La comunicación a que se ha hecho mención en el párrafo anterior deberá estar acompañada del informe médico que certifique que la postergación del descanso prenatal no afectaría en modo alguno a la trabajadora gestante o al concebido. En ese sentido, es de carácter obligatorio que, al momento que la trabajadora decida acumular su descanso pre y posnatal, esté sustentado con un informe médico; por lo tanto, no sólo es necesario que el Certificado de incapacidad temporal (CIIT) contengan los 90 días. La postergación del descanso prenatal no autoriza a la trabajadora gestante a variar o abstenerse del cumplimiento de sus labores habituales, salvo que medie acuerdo al respecto con el empleador; generalmente estos requisitos no se cumplen.

¿Quién tiene derecho a recibir el subsidio por maternidad en Perú?

Toda mujer trabajadora que haya estado afiliada tres meses consecutivos o cuatro alternos en el periodo de los seis meses previos a la fecha que va a iniciarse la licencia por maternidad. Otra cosa a tener en cuenta a la hora de

optar al subsidio por maternidad es que la mujer haya estado afiliada en el mes de la concepción, exceptuando a las trabajadoras agrarias a las que no se les exige tal condición.

Amplían el tiempo de Licencia por Maternidad a 98 días

En octubre de 2015, el pleno del Congreso, mediante la Ley N° 26644, decidió ampliar el período de licencia de maternidad de 90 a 98 días: 49 días de descanso prenatal y 49 días de descanso postnatal.

Así lo establecía la Ley N° 30367 que

“... protege a la madre contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso. No obstante, en los primeros 3 meses de esta disposición, entidades como la Defensoría del Pueblo recibieron casos en los que la aplicación del beneficio no era completa: a las madres no se les pagaba el descanso por los 8 días adicionales” (Ministerio de Trabajo, 2015).

En relación con este pendiente, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo publicó el Decreto Supremo N° 002-2016-TR –que hoy entra en vigencia–, el cual adecúa las normas reglamentarias que regulan el descanso por maternidad y los pagos a las trabajadoras. La norma precisa que el mencionado subsidio se otorga por 98 días y no solo por 90, "pudiendo estos distribuirse en los periodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme elija la madre y con la condición de que durante esos periodos no realice trabajo remunerado". En caso de nacimiento múltiple o de niños con discapacidad, se extenderá 30 días adicionales.

¿Qué monto tiene derecho a recibir la madre trabajadora acogida al subsidio por maternidad en Perú?

El salario que recibirá la mujer trabajadora será el promedio diario de las remuneraciones de los 12 meses previos al inicio de la licencia por maternidad multiplicado por el número de días que dure la prestación. En caso de que la mamá no haya trabajado los 12 meses, el cálculo se efectuará en función al tiempo que haya estado afiliada. Además el subsidio se efectuará en dos pagos,

a los 45 y a los 90 días.

Subsidio por lactancia en Perú

Además del subsidio por maternidad, la mujer peruana tiene derecho a un subsidio por lactancia por el cual recibirá una ayuda económica para ayudar al cuidado y desarrollo del bebé. Su extensión será de 6 meses desde la fecha del parto y su monto será de 820 nuevos soles. También tendrá derecho a un descanso de una hora diaria durante el primer año de vida del niño para poder alimentar al bebé.

Tiempo de Licencia por Maternidad ante parto:

Se refiere a los días de descanso tomados por la gestante antes del parto Salud materna neonatal:

- ✓ Materno: No existe complicaciones del embarazo en su ultimo trimestre y durante el parto
- ✓ Neonatal: recién nacido que al nacer tiene un buen peso, un buen Apgar y madurez adecuada

Características laborales de las gestantes:

- ✓ Profesión: actividad ocupacional
- ✓ Horas diarias de trabajo en caso no haya tomado los días de descanso prenatal
- ✓ Tiempo de trabajo (en el último trabajo)

Característica sociodemográfica:

- ✓ Edad de la gestante: dado en años
- ✓ Procedencia de la gestante: zona rural, periurbana y urbana
- ✓ Nivel de educación de la gestante: primaria, secundaria y superior

¿Existe la licencia por paternidad?

Sí. La Ley N° 29409 establece como un derecho la licencia por paternidad remunerada para trabajadores del sector público y privado.

Dicho beneficio corresponde a un período de cuatro días hábiles, consecutivos y laborables en el caso del parto de la esposa o conviviente del trabajador. Además, aplica también en el caso de hijos extra matrimoniales.

Si es que el nacimiento del bebé coincida con el fin de semana, el período de licencia se contabilizará recién a partir del primer día útil.

Según información publicada por El Diario oficial, para acceder a este permiso, el papá deberá comunicarle a su empleador, con dos meses de anticipación, la fecha probable de parto.

Se debe tener en cuenta que este es un derecho de naturaleza irrenunciable, por lo que no puede ser sustituido por ningún pago o beneficio adicional.

23 Definición de Términos Básicos

1. **Apgar (test).** Es la valoración del estado general del recién nacido. Se estudian y analizan cinco parámetros: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración.
2. **Calostro.** Supone el precursor de la leche que se segrega inmediatamente después del parto. Sus características lo definen como viscoso, denso y de color amarillento. Es muy importante apuntar que contiene numerosos anticuerpos muy beneficiosos para el recién nacido. La producción de calostro dependerá de la estimulación de los senos por la prolactina (hormona lactógena).
3. **Cesárea.** Es aquella intervención quirúrgica que consiste en practicar una incisión en la piel del abdomen, los músculos y el útero, con el objetivo de extraer al bebé.
4. **Contracciones uterinas.** Supone la tensión eventual del músculo uterino, necesaria para la dilatación y posterior borramiento del cuello uterino. Se producen durante todo el proceso de gestación, siendo más intensas y regulares durante el trabajo de parto.
5. **Dilatación.** Es la apertura del orificio del cuello del útero. Se mide en centímetros (para hacer los cálculos se usan los dedos). Esta fase del parto acaba cuando el cuello del útero alcanza los 10 cm. Entonces, empieza el parto.
6. **Entuertos.** Son aquellos espasmos dolorosos del útero que se presentan en los primeros días tras el alumbramiento. Son más intensos en las multíparas, en las mujeres que han sufrido partos rápidos o que ofrecen la lactancia materna.
7. **Involución uterina.** Se denomina así al retorno del útero a su tamaño, altura y

posición normales después del parto. Éste, desciende un centímetro por día y ya no es palpable hacia el décimo día. Su estado originario se recupera en 25 días.

8. **Licencia laboral.** Es una protección que otorga la ley al trabajador, frente a una enfermedad, cualquiera sea el origen de esta, por ejemplo; licencia por stress laboral, o licencia por gripe o duelo. Estas licencias le permiten al trabajador suspender temporalmente la obligación de trabajar conservando intacto su derecho al cobro del salario hasta su reingreso. Por lo tanto hay una gran cantidad de licencias, entre ellas se encuentran la licencia médica, y dentro de esta tenemos las licencias por stress, licencia psiquiátrica, licencia por otras enfermedades, etc.
9. **Maternidad.** La maternidad es la vivencia que tiene una mujer por el hecho biológico de ser madre. Si bien el sentimiento maternal se desarrolla a partir del nacimiento de un hijo, con anterioridad al embarazo es muy frecuente que la mujer desarrolle un instinto maternal, es decir, el anhelo de tener un hijo, cuidarlo y educarlo. En este sentido, el instinto de la madre es un concepto biológico que va más allá de la mujer como ser humano, ya que la mayoría de mamíferos también lo manifiestan.
10. **Neonatal.** Es un término médico que se refiere a los recién nacidos hasta las cuatro semanas (28 días). Por ejemplo, en la sala de parto habrá un pediatra neonatal que hará la primera evaluación del RN.
11. **Parto.** Es el proceso que comienza con la dilatación del cuello de útero gracias a las contracciones y que termina con la expulsión de la placenta.
12. **Preeclamsia.** Es una patología del embarazo. Suele reflejar cifras elevadas de tensión arterial, albuminuria y edemas. El empeoramiento de esta patología, da origen a un cuadro convulsivo llamado Eclampsia. Es potencialmente peligrosa para la madre y la del RN si no se detecta a tiempo, y se identifica en los controles periódicos.
13. **Preparto.** Se denomina así al período de tiempo variable que precede al inicio del parto. Se caracteriza por contracciones irregulares en frecuencia, intensidad y duración.
14. **Prestación social.** Beneficio exclusivo para las personas que están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo; esto quiere decir que los trabajadores vinculados mediante un contrato de servicios, no tiene derecho a

ningún tipo de prestaciones sociales, y si el trabajador vinculado mediante esta figura, desea obtener el beneficio de alguna las prestaciones sociales [como la seguridad social], deberá asumir su costo.

15. ***Protección a la mujer embarazada.*** La constitución de una familia es un objetivo muypreciado por muchos trabajadores. Sin embargo, el embarazo y la maternidad son épocas de particular vulnerabilidad para las trabajadoras y sus familias. Las embarazadas y las madres en período de lactancia requieren una especial protección para evitar daños a su salud o a la de sus hijos, y necesitan un tiempo adecuado para dar a luz, para su recuperación y para la lactancia. Al mismo tiempo, requieren una protección que les garantice que no van a perder sus empleos por el solo hecho del embarazo o de la baja por maternidad. Esa protección no sólo garantiza a las mujeres la igualdad en el acceso al empleo, sino que también les garantiza el mantenimiento de unos ingresos que a menudo son vitales para el bienestar de toda su familia.
16. ***Puerperio.*** Es el período cuya duración comprende desde el fin del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. Su duración estimada es de 45 días. El retorno a la normalidad se denomina involución puerperal y consiste en evolucionar, en sentido contrario, el camino recorrido durante toda la gestación.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

3.1.1 Hipótesis General

La Licencia pre parto por Maternidad se relaciona con la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, ¿en los años 2015 – 2017.

3.1.2 Hipótesis Secundarias

- ✓ El tiempo de Licencia pre parto por Maternidad esta relacionado con la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, ¿en los años 2015 – 2017.
- ✓ Las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad se relacionan con la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.
- ✓ Las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad están relacionadas con la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

3.3 Definición conceptual y operacional de las variables

- VARIABLE INDEPENDIENTE:

Licencia por Maternidad:

Períodos de tiempo en los que el trabajador no está obligado a prestar sus servicios al empresario en función al estado de gestación de la paciente. (Hallado en <https://www.gob.pe/291-subsidio-por-maternidad-ESSALUD>)

- VARIABLE DEPENDIENTE

Salud Materno – Neonatal

La salud materno perinatal es un indicador muy importante de desarrollo económico, social, y cultural de cualquier país, o región por lo tanto, debe estar en la agenda de atención prioritaria tanto del sistema de salud, como de los prestadores de salud, de los formadores del recurso humano en salud, de la comunidad en general y especialmente de las madres y neonatos. (Dianlet, Journal, del 03 enero 2016)

3.4 Cuadro de operacionalización de variables

Tabla 3: Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala
Variable Independiente Licencia por maternidad	Períodos de tiempo en los que el trabajador no está obligado a prestar sus servicios al empresario en función al estado de gestación de la paciente. (Hallado en https://www.gob.pe/291-subsidio-por-maternidad-essalud)	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de Licencia pre parto. • Características laborales. • Características sociodemográficas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de Licencia vs Peso y Talla del RN / Tiempo de Licencia y Salud Neo natal. • Tipo de trabajo / Horas de trabajo / días de licencia / Tipo de trabajo de la madre vs Peso y Talla del RN. • Tipo de Domicilio vs Peso y Talla del RN / Tipo de Domicilio y Tipo de Parto / Edad de la madre vs Peso y Talla del RN / Educación de la madre vs Peso y Talla del RN Educación de la madre vs Tipo de parto / Estado civil de la madre vs Peso y Talla del RN 	<p>1, 2,</p> <p>3, 4, 5, 6</p> <p>7, 8, 9, 10, 11, 12,</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>
Variable Dependiente Salud Materna neonatal	La salud materno perinatal es un indicador muy importante de desarrollo económico, social, y cultural de cualquier país, o región por lo tanto, debe estar en la agenda de atención prioritaria tanto del sistema de salud, como de los prestadores de salud, de los formadores del recurso humano en salud, de la comunidad en general y especialmente de las madres y neonatos. (Dianlet, Journal, del 03 enero 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Gestación • Neonato con evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con complicaciones en el embarazo. • Sin complicaciones en el embarazo • Tipo de parto. • Apgar de RN • Peso del RN 	<p>13, 14</p> <p>15, 16, 17</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

4.1.1 Enfoque de la investigación:

Cuantitativo:

Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis. Otra de las características del enfoque cuantitativo es que se emplean experimentaciones y análisis de causa-efecto, también se debe resaltar que este tipo de investigación conlleva a un proceso secuencial y deductivo. Al término de la investigación se debe lograr una generalización de resultados, predicciones, control de fenómenos y la posibilidad de elaborar réplicas con dicha investigación, (Hernández Sampieri)

4.1.2 Tipo de investigación:

La presente investigación es básica.

Es la que se realiza con la finalidad de producir nuevos conocimientos para ampliar y profundizar las teorías sociales, no está dirigida al tratamiento inmediato de un hecho concreto, ni a resolver una interrogante fáctica, sino que únicamente es una investigación para profundizar la información sobre las relaciones sociales que se producen en el seno de la sociedad. (Carrasco,2009:49)

4.1.3 Nivel:

El nivel de la investigación es descriptivo. “Comprende la descripción, registro e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos”. Según Tamayo (2015: 52).

Y es correlacional dado que “permite al investigador, analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad (variables). Es decir, busca determinar el grado de relación entre las variables que se estudian” (Carrasco, 2013:73).

Pretende establecer qué relación existe entre la Licencia por Maternidad y la Salud neonatal de las mujeres embarazadas que se atendieron en la Clínica “Santa Anita” de Iquitos, Maynas, Loreto, Perú, entre 2015 a 2017.

4.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.2.1 Método de la investigación:

Métodos Generales

Método deductivo es un método científico que considera que la conclusión está implícita en las premisas. Por lo tanto, supone que las conclusiones siguen necesariamente a las premisas: si el razonamiento deductivo es válido y las premisas son verdaderas, la conclusión sólo puede ser verdadera o general.

Este método lo apoyamos con las Historias Clínicas de las madres gestantes, el Libro de Partos y las entrevistas personales, así como las encuestas realizadas a las pacientes atendidas.

Deductivo: Es un tipo de razonamiento que nos lleva:

- a) De lo general a lo particular.
- b) De lo complejo a lo simple.

Métodos Específicos:

Método Estadístico: “Luego de la aplicación de las encuestas, tenemos un conjunto de datos listos para ser procesados. Así. Estos podrán ser utilizados para cualquier tratamiento estadístico y ayudaran a elaborar los demás pasos del trabajo de investigación (hay que recordar que, a través de los datos, se responde al problema planteado y se lleva a cabo la constatación de hipótesis). Pero, en principio, esa cantidad de datos, por si sola, no nos dirá nada, no nos permitirá alcanzar ninguna conclusión si, previamente, no ejercemos sobre ella una serie de actividades organizadoras que pongan en orden en todo ese multiforme conjunto. A estas acciones se les conoce como procesamiento de los datos”. (Valderrama, S. 2002: 229)

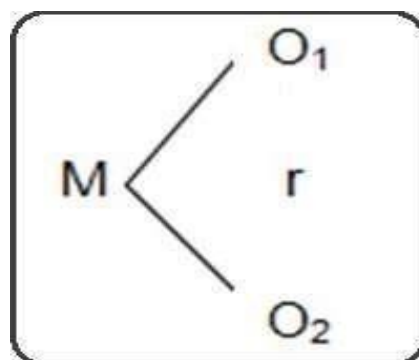
4.2.1 Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, de corte transeccional o transversal, ya que no se manipulo, ni se sometió a prueba las variables de estudio.

“Es no experimental dado que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en la que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlas” (Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. 2010:149)

“Así mismo, es de corte transeccional o transversal ya que se utiliza para realizar estudios de investigación de hechos y fenómenos de la realidad, en un momento determinado de tiempo” (Carrasco, 2013, p.72).

Así, este diseño de investigación se estructura de la siguiente Manera de:



Donde:

M = Muestra

O₁ = Licencia pre parto por Maternidad

O₂ = Salud Materna – Neonatal

r = Grado de Relación entre ambas variables

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 Población:

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (...) Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y de tiempo”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014:174)

La población estará conformada por las 208 gestantes atendidas en la Clínica desde 01 de Enero del 2015 al 31 Dic del 2017.

Distribución de la población

Categoría	Población
Gestantes atendidas en la Clínica	208

Nota: Elaboración propia

4.3.2 Muestra:

“La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (...) Básicamente categorizamos las

muestras en dos grandes ramas, las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas. En estas últimas todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra (...) en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014:237)

Distribución de la muestra

Categoría	Muestra
Gestantes atendidas en la Clínica	151

Nota: Elaboración propia

La muestra será toda la población de gestantes atendidas que laboran y cuya historia este completa cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. Es decir, mi muestra obedece a una muestra no probabilístico, sujeta a los criterios de inclusión preestablecidos. Se han considerado 151 casos atendidos, que resulta ser la muestra.

Criterios de inclusión: Gestantes atendidas en el tiempo dado, y que sean trabajadoras y tengan las historias completas y sean ubicables para completar datos y encuestas

Criterios de exclusión: Pacientes que no trabajen, no sean ubicables o tengan la historia clínica con los datos incompletos

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnica:

La encuesta:

Las técnicas son los medios los cuales se procede a recoger información requerida de una medida o fenómeno en función a los objetivos de la investigación las técnicas pueden ser directas e indirectas (Sánchez y Reyes, 2015: 171)

Para realizar el acopio de información de relevante y objetiva que contribuye al tema de investigación, se emplearon las siguientes técnicas:

La observación, método fundamental de obtención de datos de la realidad, toda vez que consiste en obtener información mediante la percepción intencionada y selectiva, ilustrada e interpretativa de un objeto o de un fenómeno determinado.

La Encuesta, técnica para obtener información, generalmente de una muestra de sujetos. La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se les hace la misma pregunta en más o menos la misma manera.

La revisión directa de la Historia Clínica y Registro de Partos, será el método utilizado para obtener la información de la población, sobre la salud materno-neonatal, y se realizará de acuerdo a los objetivos del estudio. Los días no laborados se harán mediante una ficha de encuesta y de la historia cuando el dato se encuentra consignado.

La encuesta se ha convertido en algo más que un solo instrumento técnico de recogida de datos para convertirse en todo un procedimiento o un método de investigación social cuya aplicación significa el seguimiento de un proceso de investigación en toda su extensión, destinado a la recogida de los datos de la investigación, pero en el que se involucran un conjunto diverso de técnicas que combinadas, en una sintaxis propia y coherente, que se orientan y tienen como objetivo la construcción de un objeto científico de investigación, (Pedro López-Roldán Sandra Fachelli – 2015. *Metodología de la investigación social cuantitativa*)

https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf

4.4.2 Instrumentos:

Cuestionario:

Se utilizará una Encuesta que posee 16 preguntas que permitirán determinar el tipo de trabajo, los días de descanso prenatal tomados y la labor cotidiana en su etapa pre parto. Para realizar la recolección de datos que contribuya al tema de investigación se empleará el siguiente instrumento.

El Cuestionario: Cuestionario: el autor señala que “el cuestionario contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales; permite, además, aislar ciertos problemas que nos interesan principalmente; reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio” (Tamayo y Tamayo 2015:190)

Se utilizará una Encuesta que posee 16 preguntas que permitirán determinar el tipo de trabajo, los días de descanso prenatal tomados y la labor cotidiana en su etapa pre parto.

4.4.3 Validez y confiabilidad

a. Validez:

La validez del instrumento de la presente investigación estuvo dada por cinco (05) expertos conocedores del tema de investigación.

b. Confiabilidad

La confiabilidad de la investigación estuvo dada por la prueba estadística de Alfa de Cronbach.

Es menester y necesario acreditar el criterio de confiabilidad del instrumento (encuesta) para lo cual se hace uso del coeficiente Alfa de Cronbach, que requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre uno y cero.

Se entiende por confiabilidad el grado en que el cuestionario es consistente al medir las variables que se están estudiando. Este grado de confiabilidad se llevará a cabo mediante la aplicación del Software estadístico SPSS V 22.0, en que se obtuvo la confiabilidad Alfa de Cronbach del cuestionario aplicado a cada una de las variables.

La escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores:

Criterios de Confiabilidad Según George y Mallery

No es confiable (es inaceptable)	0,00 a 0,49
No es confiable (es pobre)	0,50 a 0,59
Baja confiabilidad (es cuestionable)	0,60 a 0,69
Existe confiabilidad (aceptable)	0,70 a 0,75
Fuerte confiabilidad (bueno)	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad (excelente)	0,90 a 1,00

El cuestionario acerca del instrumento de Licencia pre parto por Maternidad, se aplicó a una muestra piloto a 30 madres gestantes, atendidas en la Clínica Santa Anita de Iquitos, obteniendo el siguiente resultado de confiabilidad con la aplicación del programa SPSS versión 22.

Resumen del procesamiento para Variable X

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad para Variable X

Alfa de Cronbach	N de elementos
,792	30 Items

El resultado obtenido del coeficiente Alfa de Cronbach es igual a 0,792. Dicho instrumento presenta fuerte confiable, con criterio de BUENA (ver Tabla 25), por ser igual a 0,792. Demostrándose su consistencia interna.

6.1.2 Confiabilidad de la variable Salud materno – neonatal de las gestantes

El cuestionario acerca del instrumento de Salud materno - neonatal, se aplicó a una muestra piloto a 30 madres gestantes, atendidas en la Clínica Santa Anita de Iquitos, obteniendo el siguiente resultado de confiabilidad con la aplicación del programa SPSS versión 22.

Resumen del procesamiento para Variable Y

		N	%
	Válidos	30	100,0
Casos	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad para Variable Y

Alfa de Cronbach	N de elementos
,806	30 Items

El resultado obtenido del coeficiente Alfa de Cronbach es igual a 0,806. Dicho instrumento presenta fuerte confiable, con criterio de BUENA (ver Tabla 25), por ser igual a 0,806. Demostrándose su consistencia interna.

4.4.4 Procesamiento y análisis de datos:

Se realizará un estudio piloto para validar el cuestionario que mide las variables del estudio. Realizaremos el análisis con el paquete estadístico SPSS, versión 22. Se ingresarán los datos, después se hace el análisis de los datos: Primero se determinarán las tablas de frecuencias y porcentajes con sus respectivos gráficos con la finalidad de encontrar los niveles de las variables en estudio. Luego se encontrarán la Normalidad para determinar se trabaja con el Coeficiente de Correlación de PEARSON (si existe normalidad) o el Coeficiente de Correlación de Spearman (si no existe normalidad), con su gráfico de dispersión, con un nivel de significancia de 95%.

4.4.5 Ética en la investigación

No se violan los principios de No maledicencia, Beneficencia, Justicia y autonomía en el presente trabajo. Tampoco se atenta contra los principios, estatutos y la formación de profesionales de la Universidad Alas Peruanas,

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

5.1 Análisis descriptivo:

Tipo de domicilio

Tabla 4: Tipo de Domicilio

Válidos		
	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	81	53,6
Urbano_Marginal	51	33,8
Rural	19	12,6
Total	151	100,0

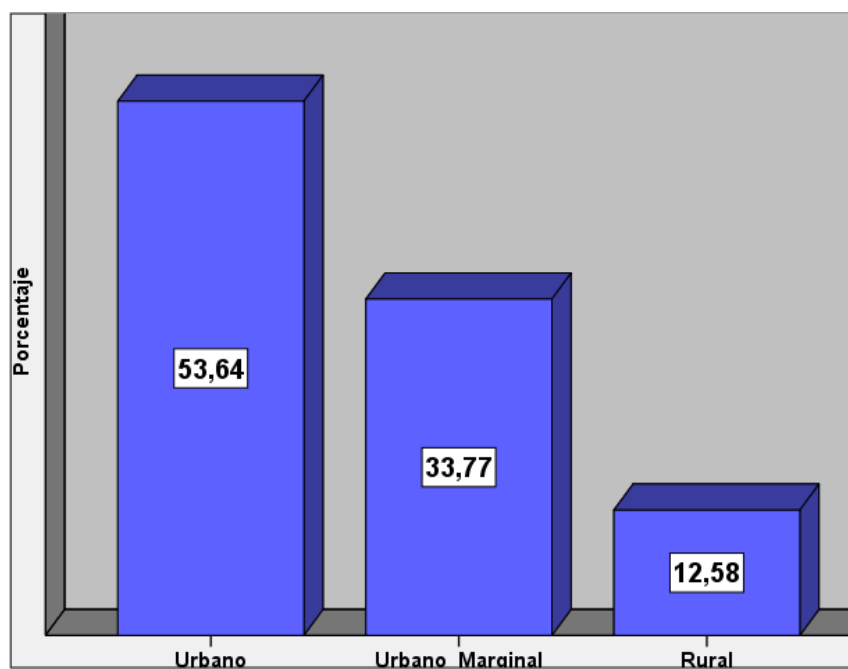


FIGURA 7: Tipo de Domicilio

En cuanto a la tabla 4, Tipo de Domicilio de las madres gestantes, se evidencia que el 53.64% tiene su vivienda en zona Urbana, el 33.77% vive en zona Urbano- Marginal, y solo el 12.58% se ubica en la zona rural. Esto nos indica que la mayoría de las madres, materia de este estudio residen en la zona urbana de la ciudad.

Edad en la que tuvo el parto

Tabla 5: Edad en la que tuvo el parto

Válidos		
	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	55	36,4
25-34 años	81	53,6
35-45 años	15	9,9
Total	151	100,0

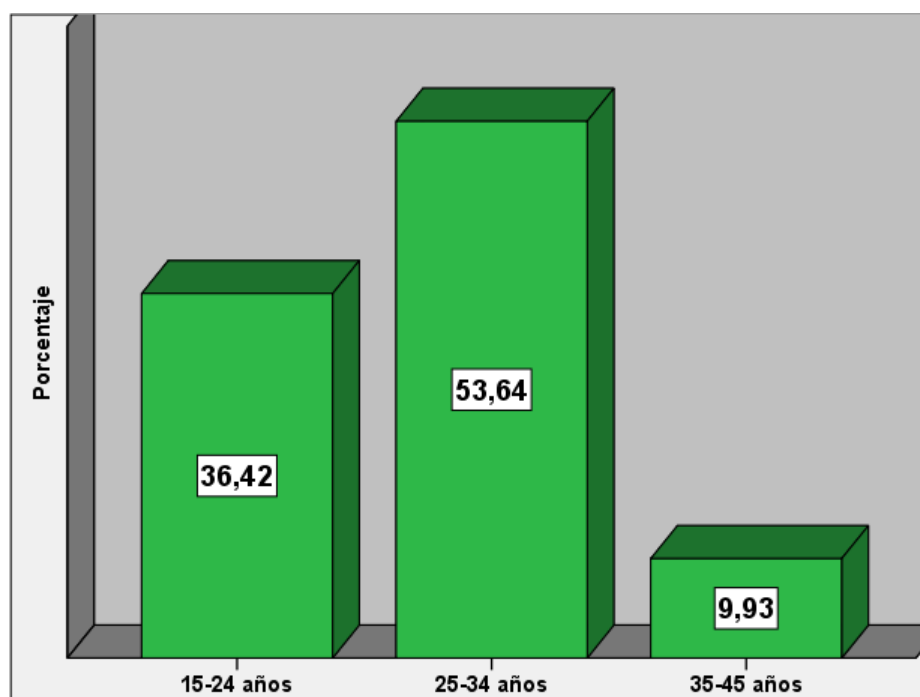


FIGURA 8: Edad en la que tuvo el parto

En cuanto a la tabla 5, Edad en la que las madres gestantes tuvieron su parto, se evidencia

que el 34.42% lo hizo teniendo una edad entre 15 a 24 años, el 53.64% tuvo su parto con una edad de entre 25 a 34 años, y el 9.93% de las madres, tuvieron su parto con edad entre los 35 a 45 años. Esto nos indica que la mayoría de las madres, materia de este estudio tuvieron su parto en una edad de 25 a 34 años.

Grado de instrucción

Tabla 6: Grado de instrucción

Válidos		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	31	20,5
Secundaria	87	57,6
Superior	33	21,9
Total	151	100,0

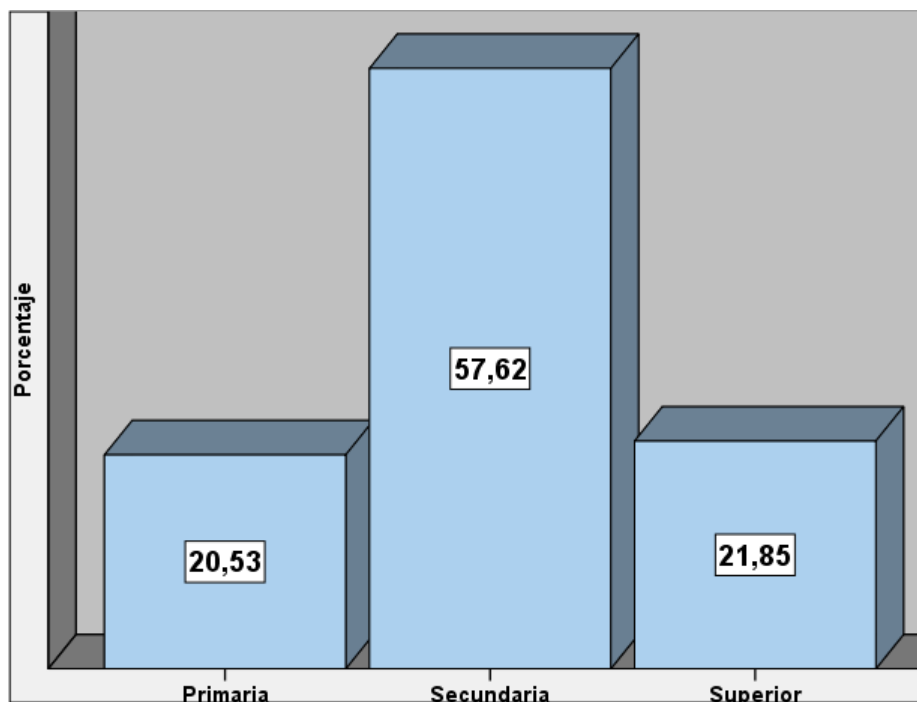


FIGURA 9: Grado de instrucción

Respecto a la tabla 6, Grado de Instrucción de las madres gestantes, se aprecia que el 20.53% estudió solo Primaria, el 57.62% de las madres tiene estudios secundarios, y el

21.85% de las madres, pudieron acceder a sus estudios superiores. Esto nos indica que la mayoría de las madres, tienen estudios secundarios.

Estado Civil

Tabla 7: Estado Civil

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERA	63	41,7
CASADA	84	55,6
SEPARADA	2	1,3
VIUDA	2	1,3
Total	151	100,0

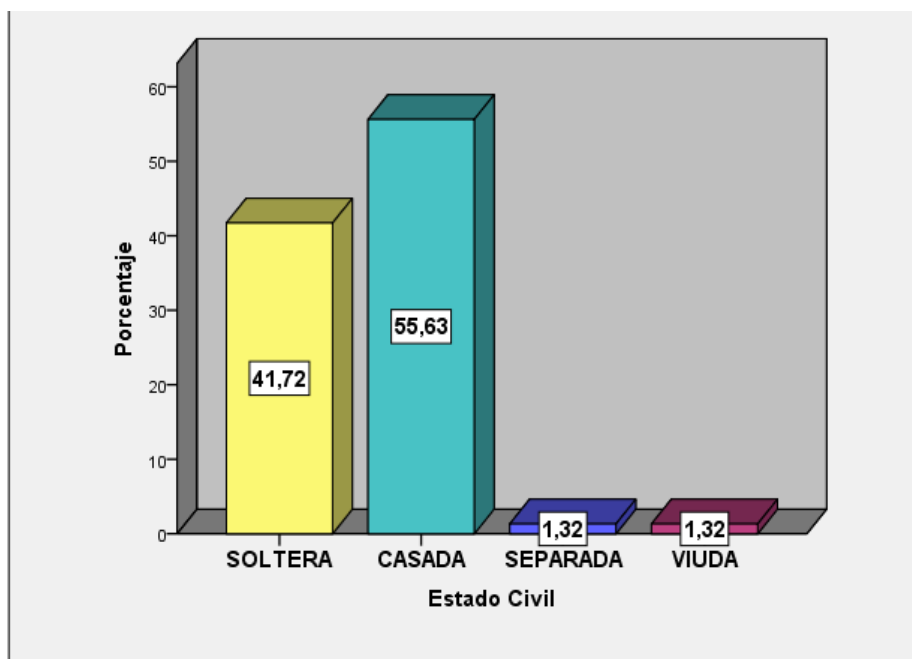


FIGURA 10: Estado Civil

Respecto al Estado Civil de las madres gestantes, tabla 7, se puede ver que el 41.72% de las madres son solteras, el 15.23% de las madres son casadas, un 39.74% presentan la calidad de convivientes, un 1.32% están separadas de sus parejas y tan solo el 1.32% de las madres son viudas.

Esto nos indica que la mayoría de las madres gestantes están en calidad de madres solteras.

Tipo de Trabajo

Tabla 8: Tipo de trabajo

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Obreras o manuales	60	39,7
Profesional	29	19,2
Comerciante, Independiente	62	41,1
Total	151	100,0

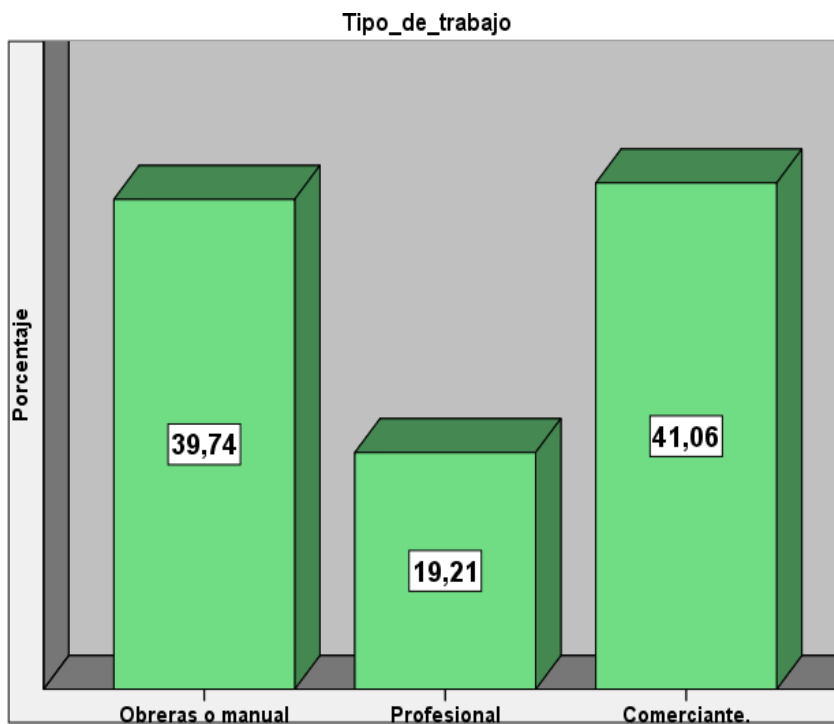


FIGURA 11: Tipo de trabajo

En cuanto a la tabla 8, Tipo de Trabajo que las madres gestantes tuvieron, se puede apreciar que el 39.74% son obreras y manuales, el 19.21% de las madres son profesionales, y el 41.06% de las madres se dedican al comercio. Esto nos indica que la mayoría de las madres, materia de este estudio son comerciantes.

Horas de Trabajo

Tabla 9: Horas diarias de trabajo

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
4 horas o menos	9	6,0
5-8 horas	84	55,6
9-10 horas	41	27,2
11 horas a mas	17	11,3
Total	151	100,0

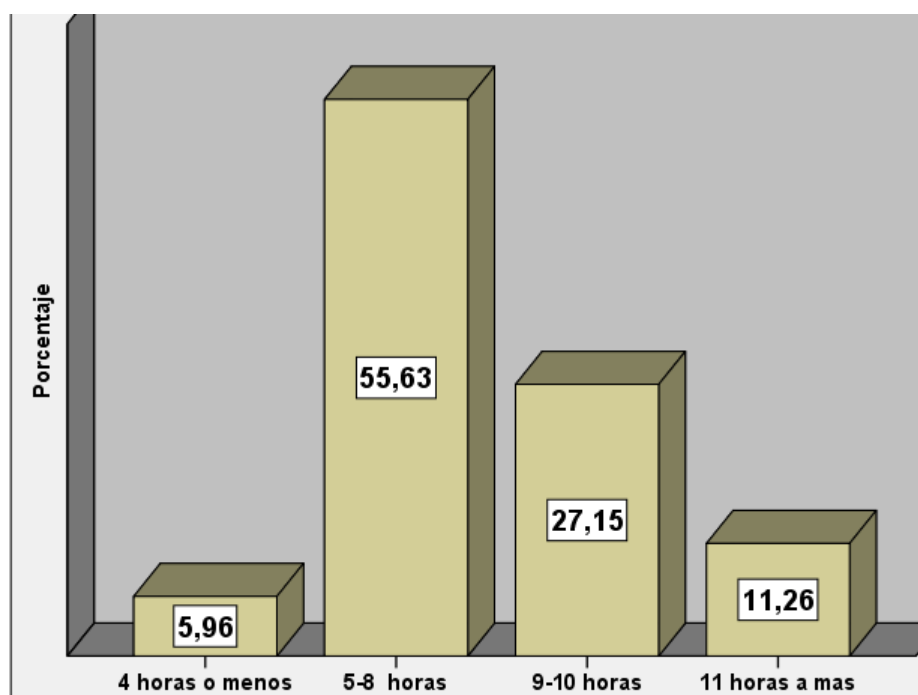


FIGURA 12: Horas diarias de trabajo

En cuanto a la tabla 9, Horas de Trabajo que las madres gestantes tuvieron, se puede apreciar que el 5.96% trabajaron de 4 horas a menos, el 55.63% las madres han trabajado entre 5 a 8 horas, el 27.15% de las madres han estado trabajando entre 9 – 10 horas, y el 11.26% de las madres se dedican a trabajar de 11 horas a más al día. Podemos ver claramente que el 55.63% de las madres trabajan de 5 a 8 horas diarias.

Días de Licencia

Tabla 10: Días de Licencia Pre parto

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Sin descanso	18	11,9
1-14 días	47	31,1
15-29 días	71	47,0
30-44 días	12	7,9
60 días a más	3	2,0
Total	151	100,0

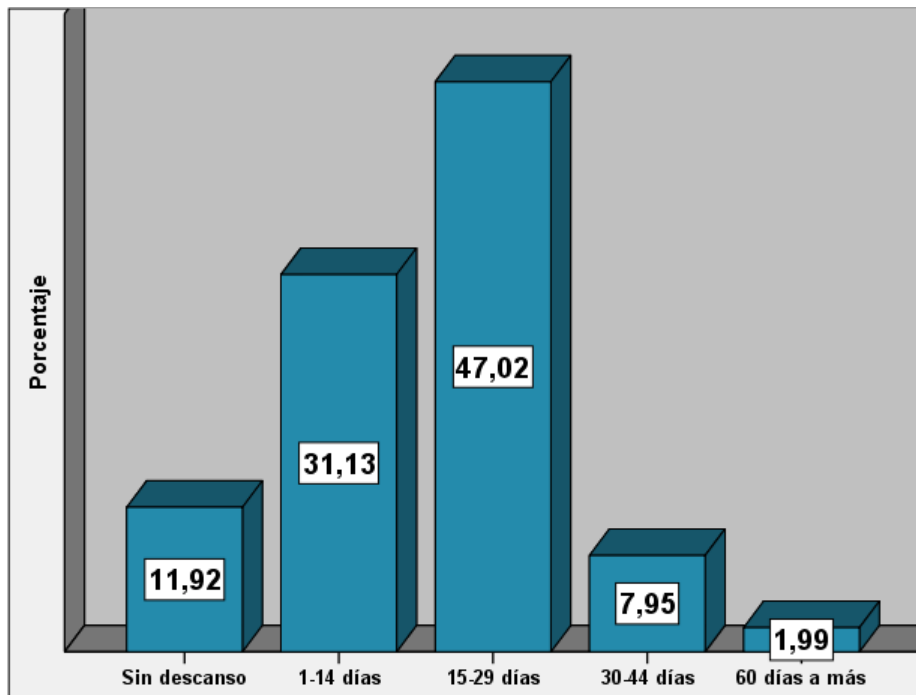


FIGURA 13: Días de Licencia

Respecto a la tabla 10, Días de Licencia que las madres gestantes tuvieron, podemos observar que el 11.92% no tuvieron descanso por su parto, el 31.13% de las madres tomaron de 1 a 14 días de licencia pre parto, el 47.02% de las madres tuvieron de 15 a 29 días de licencia p.p., el 7.95% de las madres tuvieron de 30 a 44 días de licencia p.p. y el 1.99% de las madres han descansado de 60 días o más. Podemos ver claramente que el 47.02% de las madres tuvieron de 15 a 29 días de licencia p.p..

Género del RN

Tabla 11: Género del RN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	81	53,6	53,6	53,6
Válidos Femenino	70	46,4	46,4	100,0
Total	151	100,0	100,0	

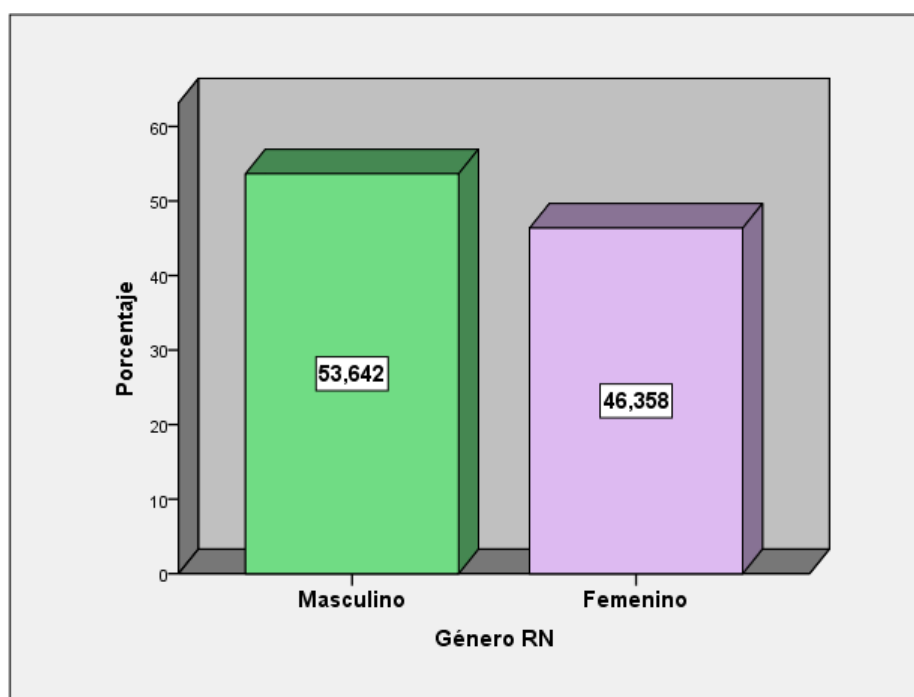


FIGURA 14: Género del RN

En cuanto a la tabla 11, Género del RN, se puede apreciar que el 52.32% de los neonatos son hombres, y el 46.36% de los recién nacidos son mujeres. Esto nos indica que la mayoría de los nuevos integrantes de las familias, los RN pertenecen al género masculino.

Tipo de Parto

Tabla 12: Tipo de Parto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Eutócico	60	39,7	39,7	39,7
Distócico	91	60,3	60,3	100,0
Total	151	100,0	100,0	

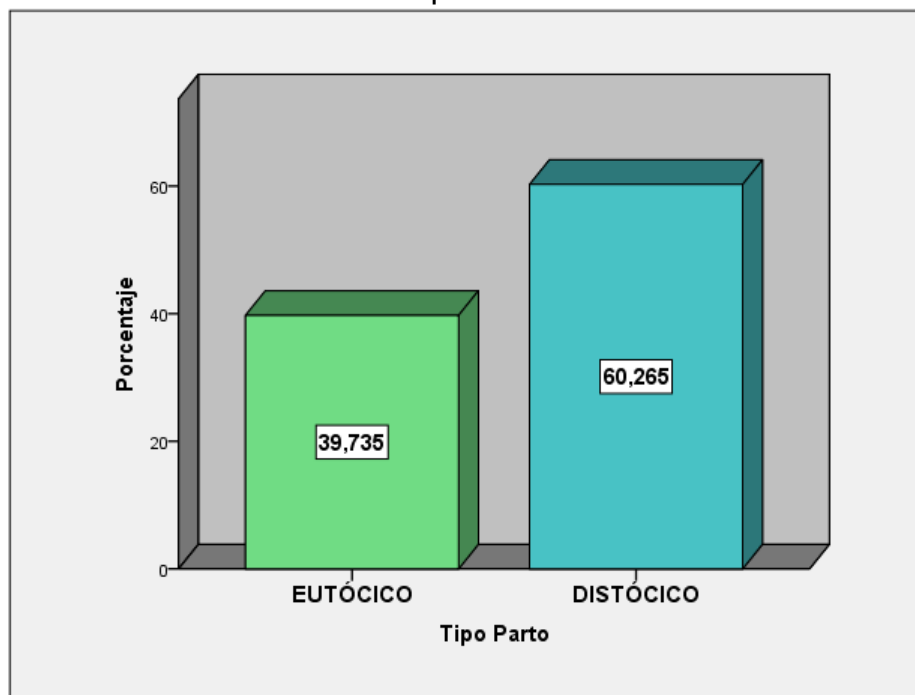


FIGURA 15: Tipo de Parto

En cuanto a la tabla 12, Tipo de Parto, se puede apreciar que el 39.07% de las madres han tenido un parto eutócico, y el 58.94% las madres han tenido un parto distócico (cesárea). Esto nos indica que la mayoría de las madres, 58.94%, han tenido un parto distócico.

5.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

Tipo de Domicilio vs Peso y Talla del RN

Tabla 13: Tipo de Domicilio vs Peso y Talla del RN

Tipo de Domicilio	Peso (gr) RN					Talla (cm) RN			
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Urbano	4	8	23	27	19	3	40	32	6
Urbano-Marginal	2	6	17	15	11	5	26	17	3
Rural	1	2	3	9	4	2	9	6	2

Tipo de Domicilio	Peso (gr) RN					Porcentaje
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	
Urbano	3%	5%	15%	18%	13%	54%
Urbano-Marginal	1%	4%	11%	10%	7%	34%
Rural	1%	1%	2%	6%	3%	13%
	5%	11%	28%	34%	23%	100%

Tipo de Domicilio	Talla (cm) RN				Porcentaje
	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más	
Urbano	4%	17%	11%	4%	54%
Urbano-Marginal	3%	17%	11%	2%	34%
Rural	1%	6%	4%	1%	13%
	7%	50%	36%	7%	100%

FIGURA 16: Tipo de Domicilio vs Peso

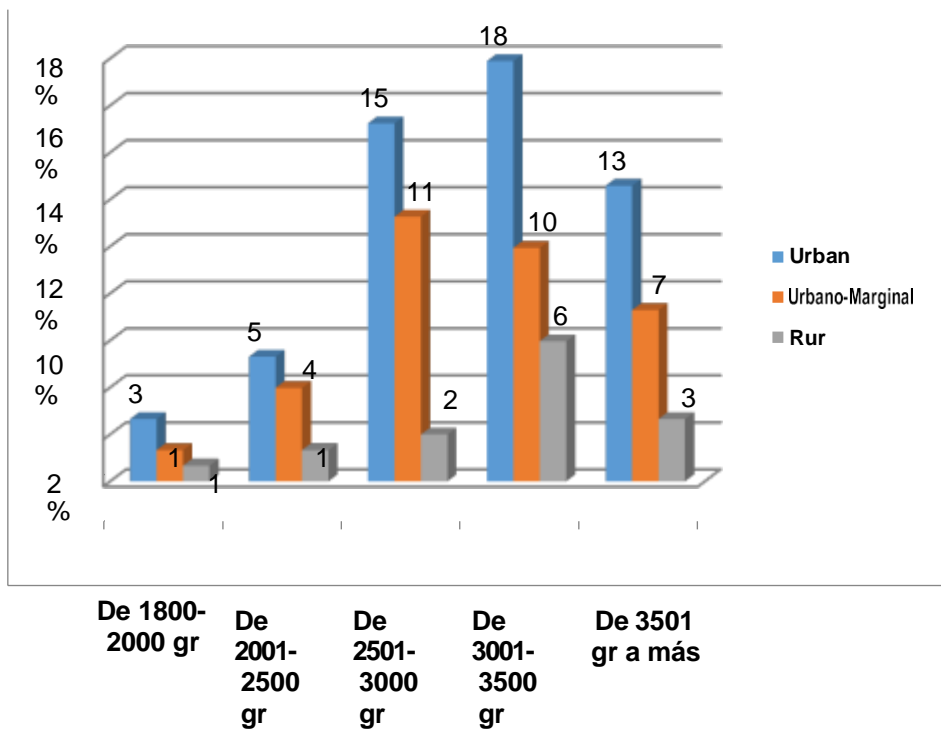
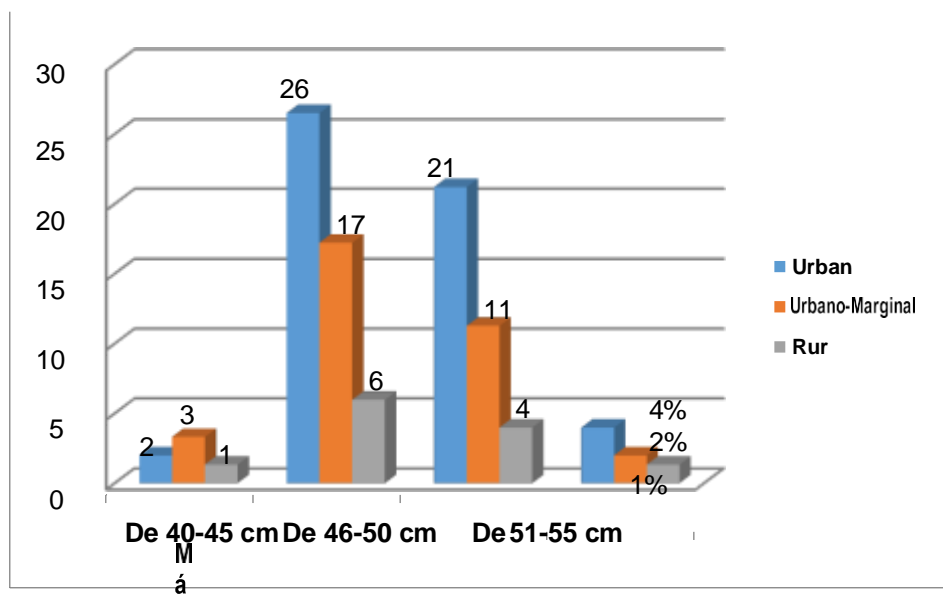


FIGURA 17: Tipo de Domicilio y Talla del RN



En referencia a la tabla 13 y las Figuras 16 y 17, sobre el Tipo de Domicilio, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que los niños cuyos pesos van de 2.5 Kg hacia arriba ocupan un 46% de familias provenientes del casco urbano de la ciudad. Podemos apreciar también que el 37% de los niños tienen una talla entre 46 a 55 cm y sus familias provienen también de la parte urbana; observándose un respetable 28% de niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) que provienen de la zona urbano-marginal.

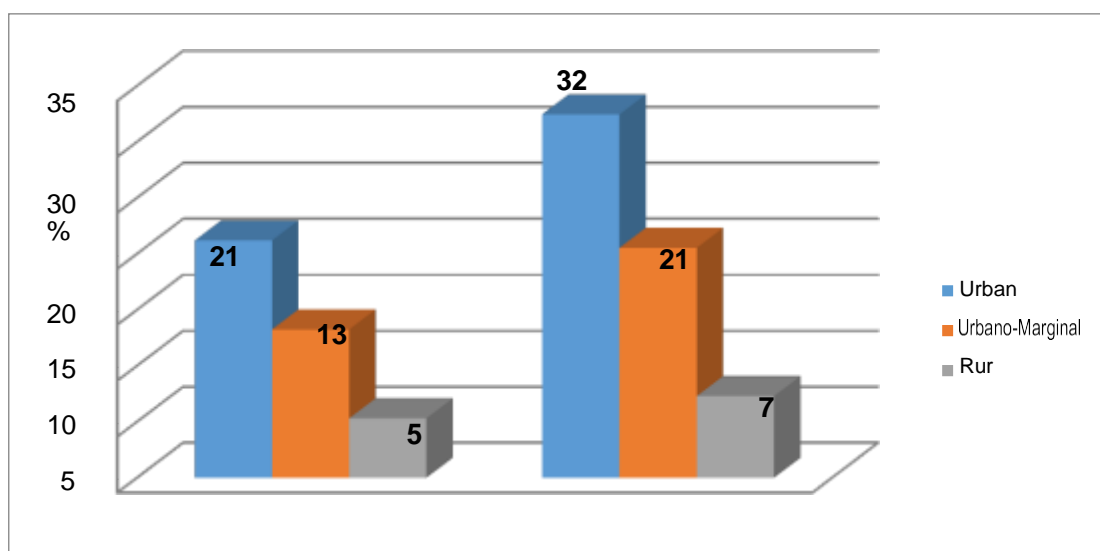
Tipo de Domicilio y Tipo de Parto

Tabla 14: Tipo de Domicilio y Tipo de Parto

Tipo de Domicilio	Tipo Parto		Total
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
URBANO	32	49	81
URBANO MARGINAL	20	31	51
RURAL	8	11	19
Total	60	91	151

Tipo de Domicilio	Tipo de Parto		Porcentaje
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
Urbano	21%	32%	54%
Urbano-Marginal	13%	21%	34%
Rural	5%	7%	87%
	40%	60%	100%

FIGURA 18: Tipo de Domicilio y Tipo de Parto



0%

EUTÓCICO

DISTÓCICO

Viendo la tabla 14 y la figura 18, sobre el Tipo de Domicilio y el Tipo de parto, se puede apreciar que el 32% de las madres que viven en la zona urbana han tenido un parto distócico (cesárea), en tanto un 21% de las madres que viven en la zona urbano-marginal han tenido un parto eutócico; a la vez el 21% de las madres que viven en la zona urbano-marginal han tenido un parto distócico. Finalmente, el 60% de las madres han tenido un parto distócico.

Edad de la madre vs Peso y Talla del RN

Tabla 15: Edad de la madre vs Peso y Talla del RN

Edad en el parto	Peso (gr) RN					Talla (cm) RN			
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más
De 15-24 años	1	9	18	16	11	5	30	18	2
De 25-34 años	5	7	24	25	20	4	40	30	7
De 35 años a más	1	0	1	10	3	1	5	7	2

Edad en el parto	Peso (gr) RN					Porcentaje
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	
De 15-24 años	1%	6%	12%	11%	7%	36%
De 25-34 años	3%	5%	16%	17%	13%	54%
De 35 años a más	1%	0%	1%	7%	2%	10%
	5%	11%	28%	34%	23%	100%

Edad en el parto	Talla (cm) RN				Porcentaje
	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más	
De 15-24 años	3%	20%	12%	1%	36%
De 25-34 años	3%	26%	20%	5%	54%
De 35 años a más	1%	3%	5%	1%	10%
	7%	50%	36%	7%	100%

FIGURA 19: Edad de la madre y peso del RN

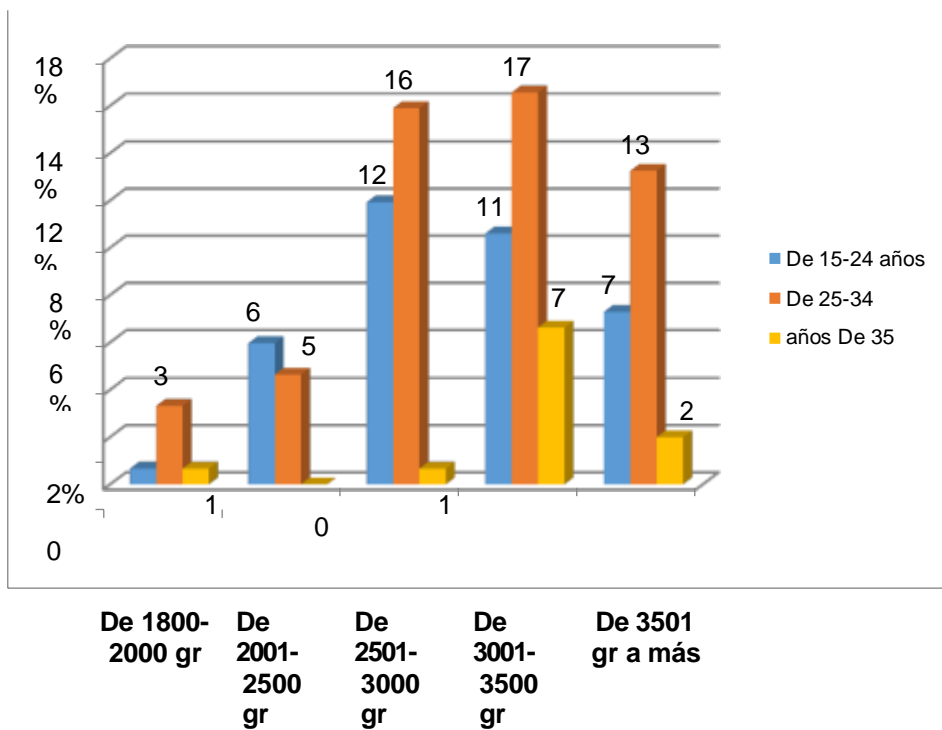
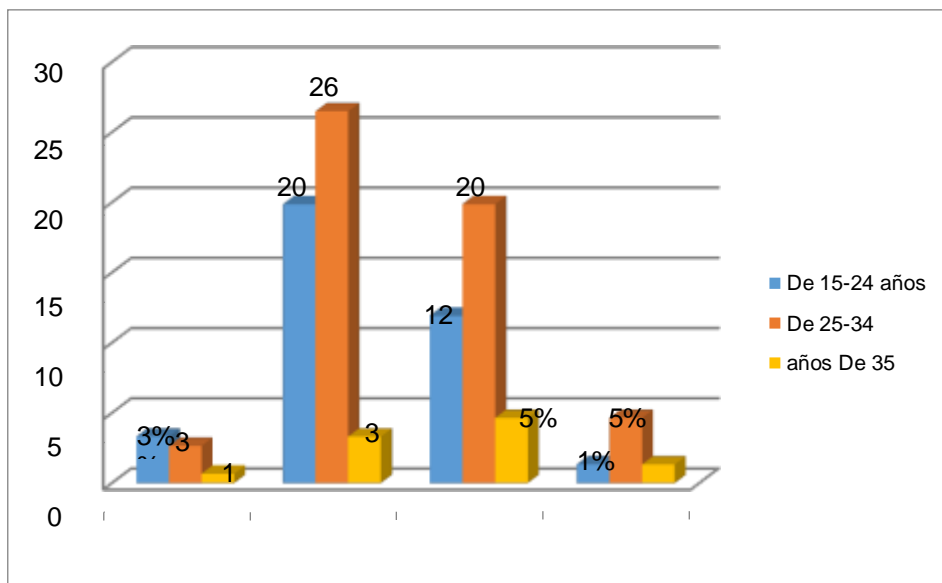


FIGURA 20: Edad de la madre vs Talla del RN



De 40-45 cm De 46-50 cm De 51-55 cm De 56 cm a más

En alusión a la tabla 15 y las Figuras 19 y 20, respecto a la Edad de la madre en el parto, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que los niños cuyos pesos van de

2.5 Kg hacia arriba ocupan un 46% de las madres cuyas edades oscilan entre los 25 a 34 años. Podemos apreciar también que el 46% de los niños tienen una talla entre 46 a 55 cm y sus madres tienen el mismo rango de edad, es decir de 25 a 34 años. Esto demuestra que la mejor edad para tener un RN con buen peso y mejor talla está entre los 25 a 34 años, según nuestro estudio.

Edad de la madre vs Tipo de parto

Tabla 16: Edad de la madre vs Tipo de Parto

Edad en el parto	Tipo Parto		Total
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
DE 15-24 AÑOS	26	29	55
DE 25-34 AÑOS	29	52	81
DE 35-45 AÑOS	5	10	15
Total	60	91	151

Edad en el parto	EUTÓCICO	DISTÓCICO	Porcentaje
De 15-24 años	17%	19%	36%
De 25-34 años	19%	34%	54%
De 35 años a más	3%	7%	90%
	40%	60%	100%

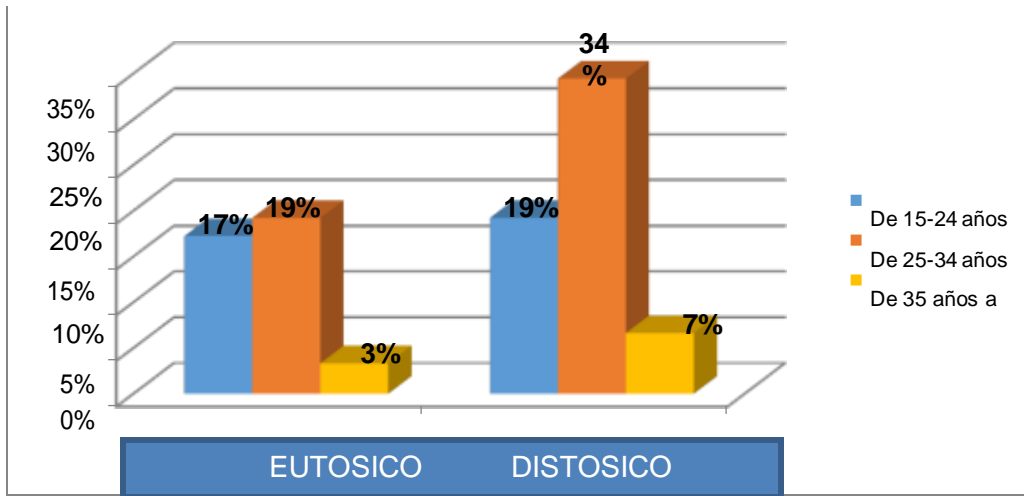


Figura 21: Edad de la madre vs Tipo de Parto

Observando la tabla 16 y la figura 21, sobre la Edad de la madre y el Tipo de parto, se puede apreciar que el 34% de las madres con edad entre 25 a 34 años han tenido un parto distócico, en tanto un 19% de las madres que tienen también de 25 a 34 años han tenido un parto eutócico; a la vez el 19% de las madres con edades entre 15 a 24 años han tenido un parto distócico.

Educación de la madre vs Peso, Talla del RN y Tipo de Parto

Tabla 17: Educación de la madre vs Peso y Talla del RN

Recuento

Educación	Peso (gr) RN					Talla (cm) RN			
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más
Primaria	1	3	8	13	6	3	18	9	1
Secundaria	5	6	25	32	19	5	41	35	6
Superior	1	7	10	6	9	2	16	11	4

Porcentajes

Educación	Peso (gr) RN					Porcentaje
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	
Primaria	1%	2%	5%	9%	4%	21%
Secundaria	3%	4%	17%	21%	13%	58%
Superior	1%	5%	7%	4%	6%	22%
	5%	11%	28%	34%	23%	100%

Educación	Talla (cm) RN				Porcentaje
	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más	
Primaria	2%	12%	6%	1%	21%
Secundaria	3%	27%	23%	4%	58%
Superior	1%	11%	7%	3%	22%
	7%	50%	36%	7%	100%

Observando ahora la tabla 17 y las Figuras 22 y 23, sobre la Educación de la madre,

el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que el 51% de las madres cuyos niños tienen pesos que van de 2.5 Kg hacia arriba han estudiado secundaria. Podemos apreciar también que el 50% de las madres cuyos niños tienen una talla entre 46 a 55 cm también han estudiado secundaria; observándose a su vez que 18% de las mamás con niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) han estudiado Primaria y Educación Superior respectivamente. Podemos apreciar que las madres con estudios de Primaria tienen RN con bajo peso, en tanto las que estudiaron Secundaria tienen RN con mayor peso y talla.

FIGURA 22: Educación de la madre vs Peso del RN

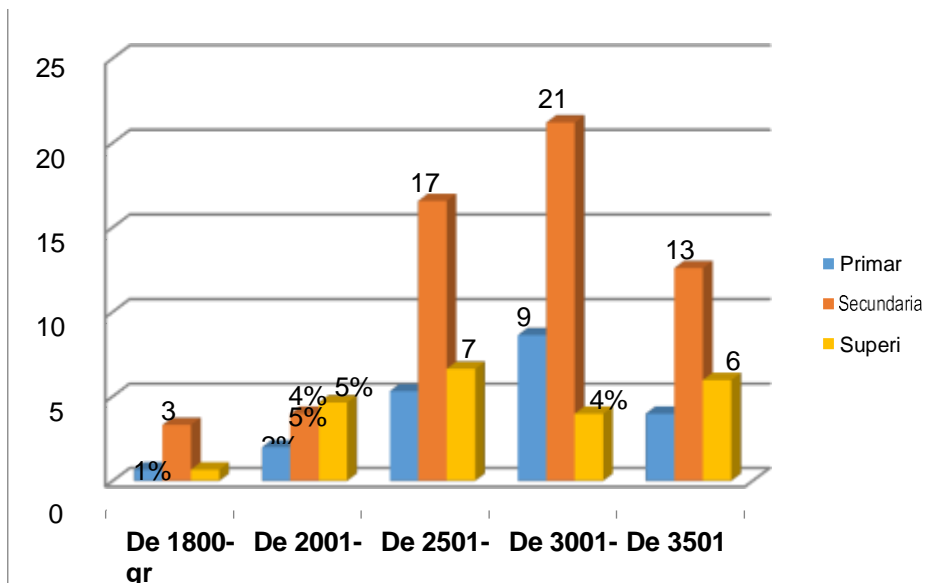


FIGURA 23: Educación de la madre vs Talla del RN

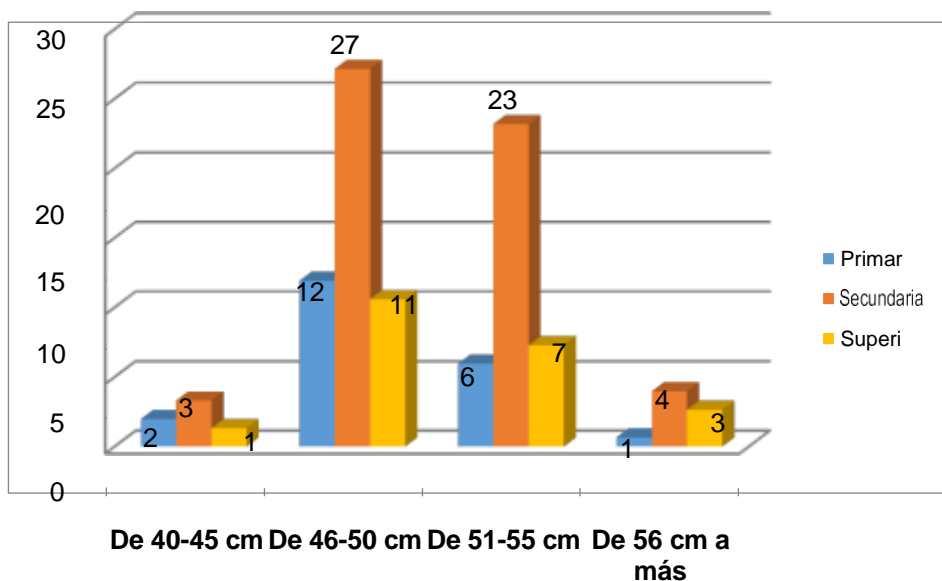
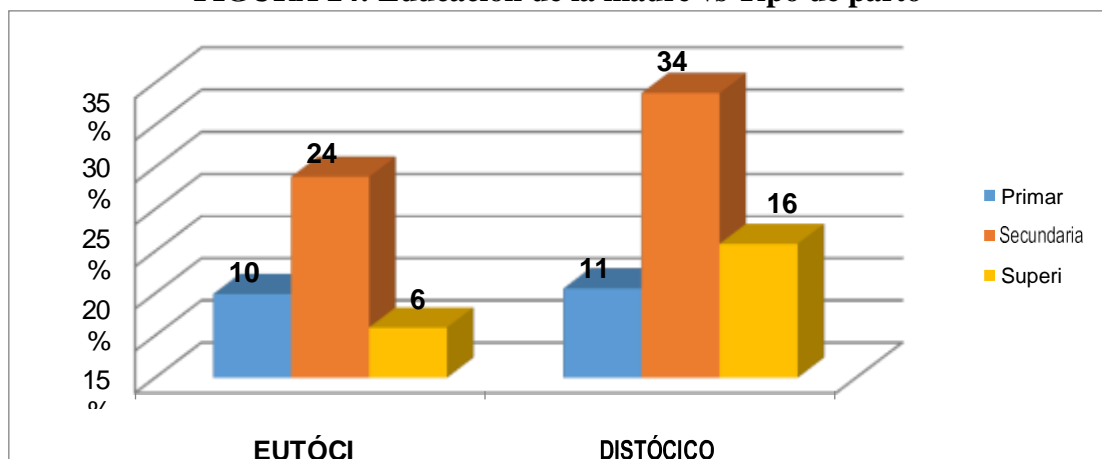


Tabla 18: Educación de la madre vs Tipo de parto

	Tipo de Parto	
	EUTÓCICO	DISTÓCICO
Educación		
Primaria	15	16
Secundaria	36	51
Superior	9	24

Educación	Tipo de Parto		Porcentaje
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
Primaria	10%	11%	21%
Secundaria	24%	34%	58%
Superior	6%	16%	78%
	40%	60%	100%

FIGURA 24: Educación de la madre vs Tipo de parto



Al estudiar la tabla 18 y la figura 24, sobre la Educación de la madre y el Tipo de parto, se puede apreciar que el 34% de las madres con Educación Secundaria han tenido un parto distócico, en tanto un 24% de las madres también con Instrucción Secundaria han tenido un parto eutócico; a la vez el 16% de las madres con grado Superior han tenido un parto distócico

Estado civil de la madre vs Peso, Talla del RN y Tipo de parto

Tabla 19: Estado civil de la madre vs Peso y Talla del RN

Recuento

Estado civil	Peso (gr) RN					Talla (cm) RN			
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr a más	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 más
Soltera	3	5	22	21	12	7	30	22	4
Casada	4	10	19	29	22	3	44	30	7
Separada	0	1	1	0	0	0	0	2	0
Viuda	0	0	1	1	0	0	1	1	0

Porcentajes

Estado Civil	Peso (gr) RN					Porcentaje
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	
Soltera	2%	3%	15%	14%	8%	42%
Casada	3%	7%	13%	19%	15%	56%
Separada	0%	1%	1%	0%	0%	1%
Viuda	0%	0%	1%	1%	0%	1%
	5%	11%	28%	34%	23%	100%

Estado Civil	Talla (cm) RN				Porcentaje
	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más	
Soltera	5%	20%	15%	3%	42%
Casada	2%	29%	20%	5%	56%
Separada	0%	0%	1%	0%	1%
Viuda	0%	1%	1%	0%	1%
	7%	50%	36%	7%	100%

Al analizar la tabla 19 y las Figuras 25 y 26, con referencia al Estado Civil de las madres, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que el 47% de las parturientas de los niños cuyos pesos son mayores de 2.5 Kg pertenecen al grupo de las casadas, observando al mismo tiempo que un 37% de las madres con niños por encima de 2.5Kg de peso son solteras. Podemos apreciar también que el 49% de las mamás con niños que tienen una talla entre 46 a 55 cm son casadas; observándose 35% de madres con niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) que son madres solteras.

FIGURA 25: Estado civil de la madre vs Peso

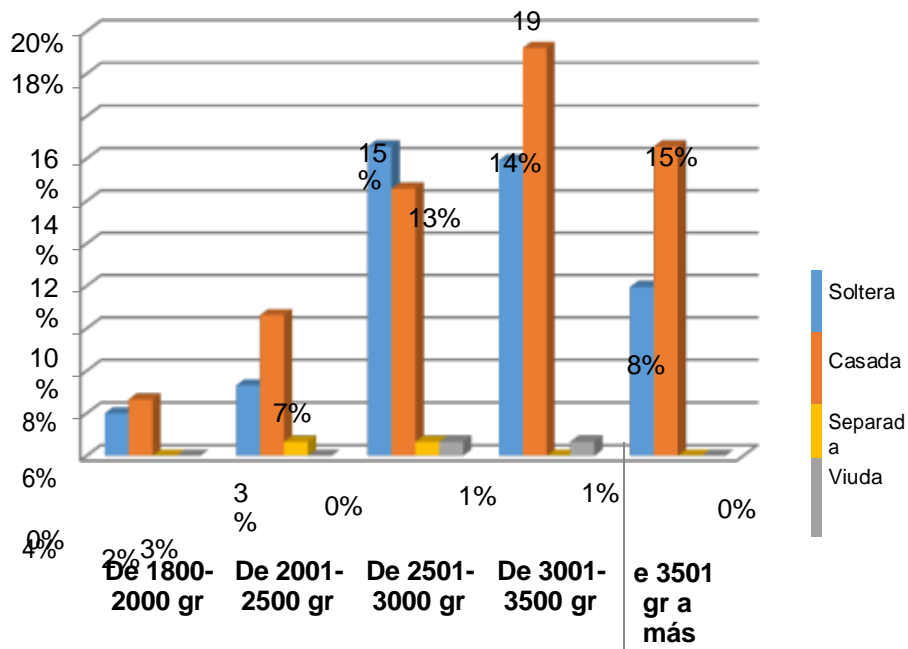


FIGURA 26: Estado civil de la madre

s Talla del RN

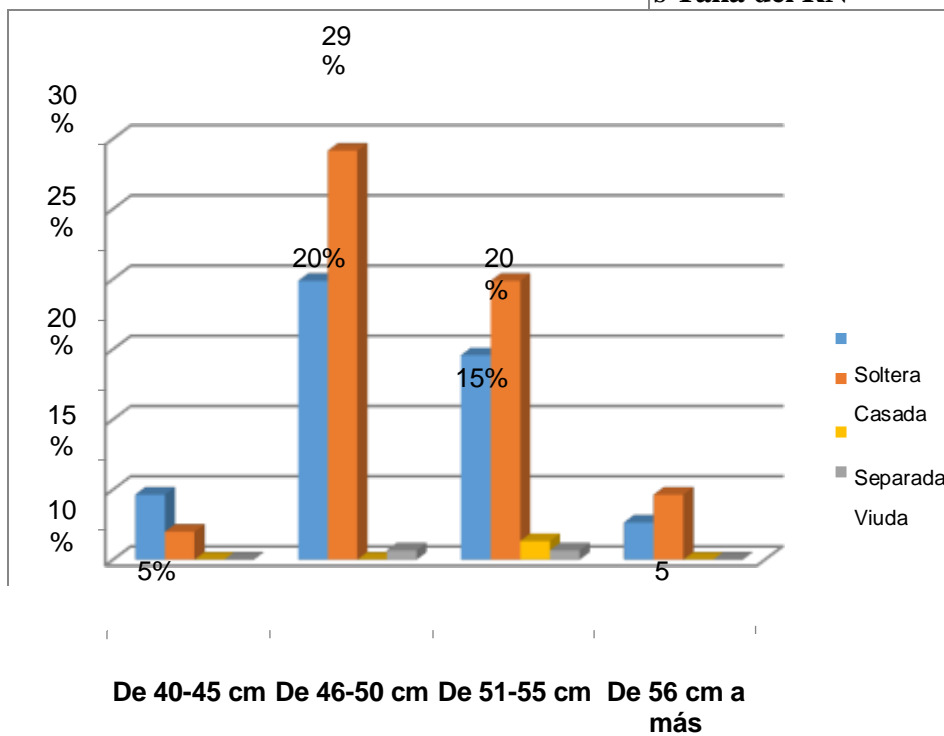
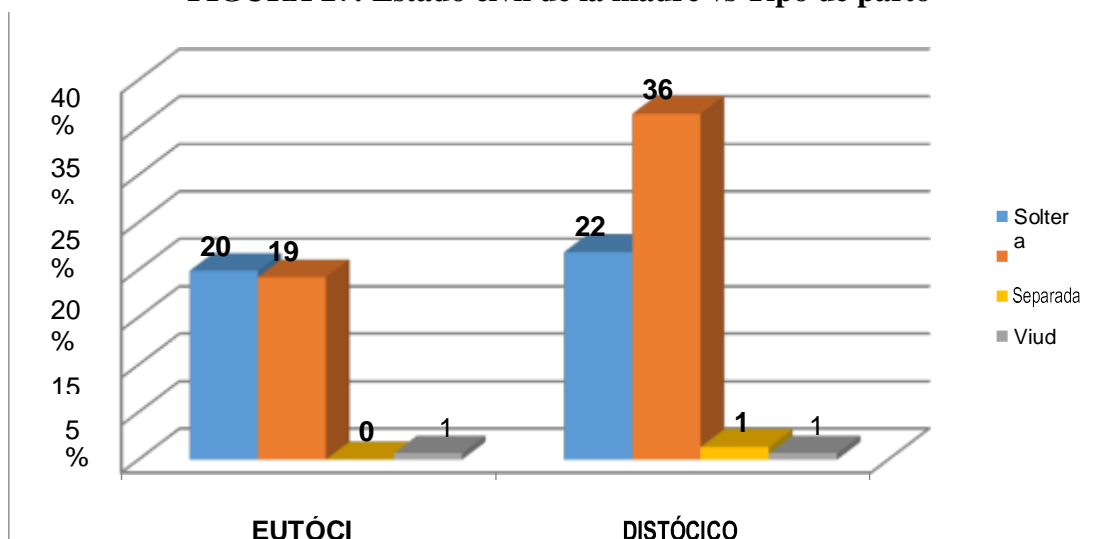


Tabla 20: Estado civil de la madre vs Tipo de parto

	Tipo de Parto	
	EUTÓCICO	DISTÓCICO
Soltera	30	33
Casada	29	55
Separada	0	2
Viuda	1	1

Estado Civil	Tipo de Parto		Porcentaje
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
Soltera	20%	22%	42%
Casada	19%	36%	56%
Separada	0%	1%	1%
Viuda	1%	1%	1%
	40%	60%	100%

FIGURA 27: Estado civil de la madre vs Tipo de parto



Apreciando la tabla 20 y la figura 27, sobre el Estado Civil de la madre y el Tipo de parto, se puede ver que el 36% de las madres son casadas y han tenido un parto distócico; a la vez el 22% de las madres solteras han tenido un parto distócico

Tipo de trabajo de la madre vs Peso, Talla del RN y Tipo de Parto.

Tabla 21: Tipo de trabajo de la madre vs Peso y Talla del RN

Tipo de trabajo	Peso (gr) R					Talla (cm) RN			
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr a más	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más
Obreras	3	2	20	19	16	3	32	22	3
Profesional	1	6	7	8	7	1	17	11	0
Comerciante-Independiente	3	8	16	24	11	6	26	22	8

Tipo de trabajo	Peso (gr) RN					Porcentaje
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	
Obreras	2%	1%	13%	13%	11%	40%
Profesional	1%	4%	5%	5%	5%	19%
Comerciante-Independiente	2%	5%	11%	16%	7%	41%
	5%	11%	28%	34%	23%	100%

Tipo de trabajo	Talla (cm) RN				Porcentaje
	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más	
Obreras	2%	21%	15%	2%	40%
Profesional	1%	11%	7%	0%	19%
Comerciante-Independiente	4%	17%	15%	5%	41%
	7%	50%	36%	7%	100%

Apreciando la tabla 21 y las Figuras 28 y 29, sobre el Tipo de Trabajo de la madre, el Peso y Talla de los RN, se puede ver que el 35% de las madres con niños que pesan más de 2.5 Kg son obreras, no trabajan; en tanto un 34% de las mamás con niños con el mismo peso son comerciantes. Cabe destacar también que el 36% de las madres de niños que tienen una talla entre 46 a 55 cm son obreras; a la vez el 32% de madres con niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) se dedican al comercio.

FIGURA 28: Tipo de trabajo de la madre vs Peso del RN

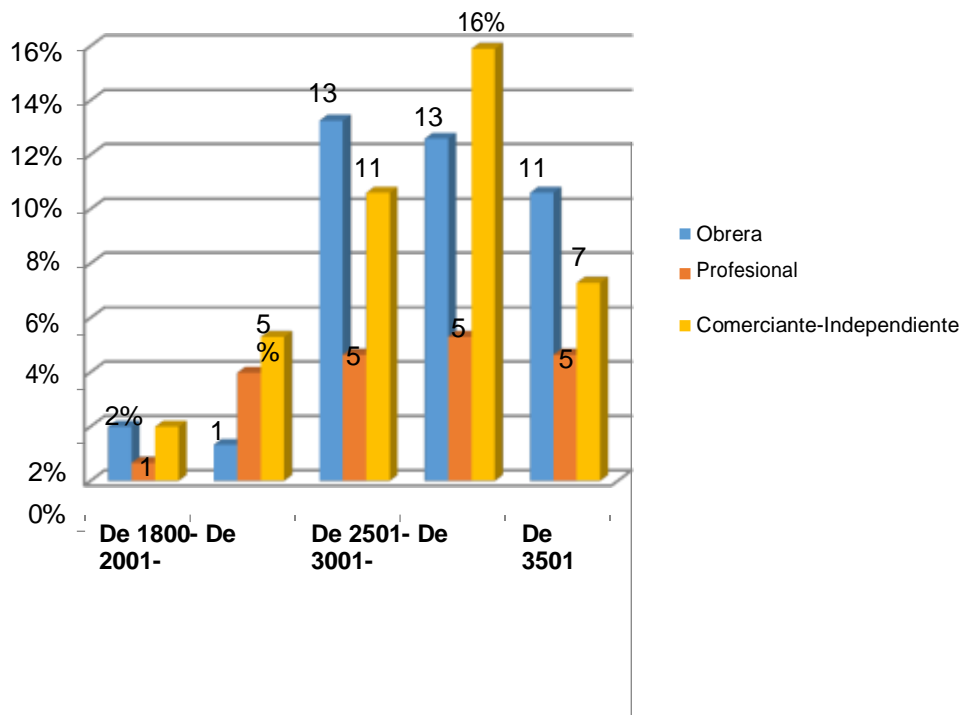


FIGURA 29: Tipo de trabajo de la madre vs Talla del RN

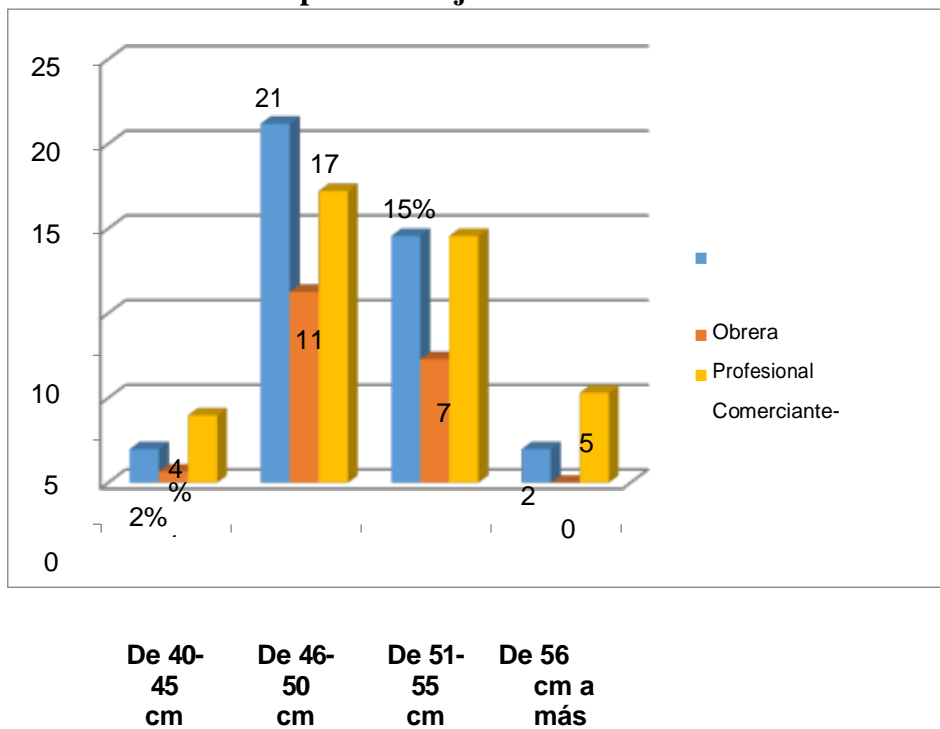
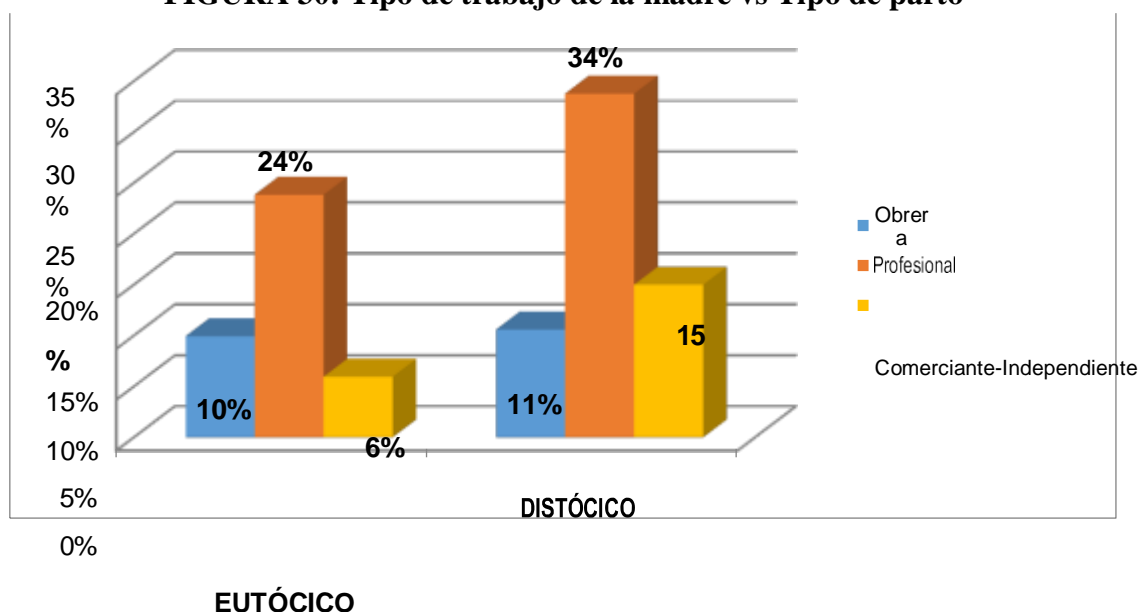


Tabla 22: Tipo de trabajo de la madre vs Tipo de parto

		Tipo de Parto	
		EUTÓCICO	DISTÓCICO
Tipo de trabajo	Obrera	15	16
	Profesional	36	51
	Comerciante-Independiente	9	24

Tipo de trabajo	Tipo de Parto		Porcentaje
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
Obrera	10%	11%	21%
Profesional	24%	34%	58%
Comerciante-Independiente	6%	15%	21%
	40%	60%	100%

FIGURA 30: Tipo de trabajo de la madre vs Tipo de parto



Prestando atención la tabla 22 y la figura 30, sobre el Tipo de Trabajo de la madre y el Tipo de parto, se puede apreciar que el 34% de las madres son profesionales y han tenido un parto distócico, en tanto un 24% de las madres también profesionales han tenido un parto eutócico; a la vez el 15% de las madres dedicadas al comercio han

tenido un parto distócico

Tiempo de Licencia vs Peso, Talla del RN y Tipo de Parto.

Tabla 23: Tiempo de Licencia vs Peso y Talla del RN

Tiempo de licencia	Peso (gr) RN					Talla (cm) RN			
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr a más	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más
De 1 -14días	3	6	20	16	11	4	33	15	7
De 15 -29días	1	8	23	32	15	6	34	34	3
De 30 - 49días	3	2	0	3	8	0	8	6	1

Tiempo de licencia	Peso (gr) RN					Porcentaje
	De 1800-2000 gr	De 2001-2500 gr	De 2501-3000 gr	De 3001-3500 gr	De 3501 gr A MÁS	
De 1 -14días	2%	4%	13%	11%	7%	37%
De 15 -29días	1%	5%	15%	21%	10%	52%
De 30 -49días	2%	1%	0%	2%	5%	11%
	5%	11%	28%	34%	23%	100%

Tiempo de licencia	Talla (cm) RN				Porcentaje
	De 40-45 cm	De 46-50 cm	De 51-55 cm	De 56 cm a más	
De 1 -14días	3%	22%	10%	5%	37%
De 15 -29días	4%	23%	23%	2%	52%
De 30 -49días	0%	5%	4%	1%	11%
	7%	50%	36%	7%	100%

Analizando a la tabla 23 y las Figuras 31 y 32, sobre el Tiempo de Licencia, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que el 46% de madres con niños cuyos pesos van de 2.5 Kg hacia arriba han tenido un descanso prenatal entre 15 a 29 días; en tanto hay un 31% de madres que solo tuvieron hasta 14 días de descanso. Por otro lado el 46% de madres con niños que tienen una talla entre 46 a 55 cm tuvieron de 15 a 29 días para descansar; observándose a su vez un 32% de madres de niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) que descansaron hasta 14 días.

FIGURA31: Tiempo de Licencia vs Peso del RN

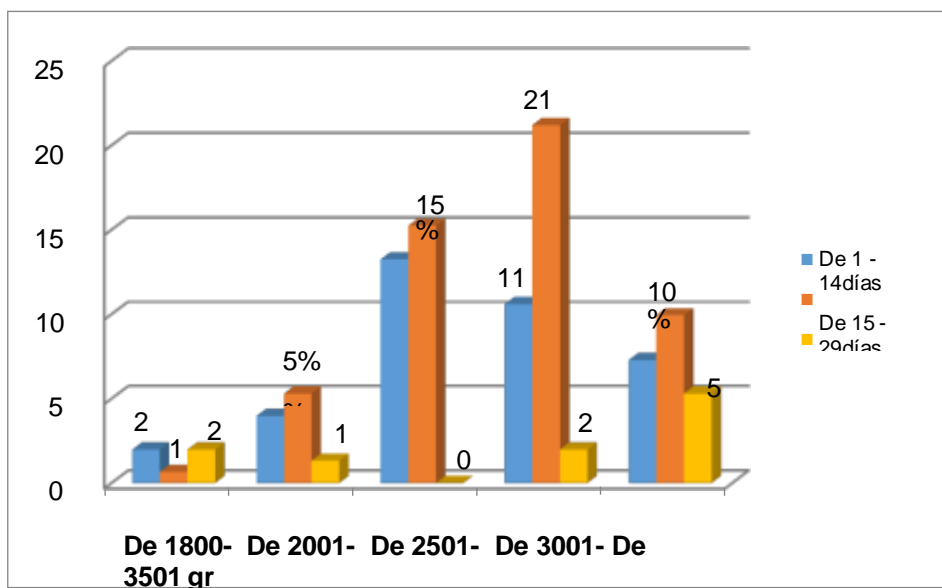


FIGURA32: Tiempo de Licencia vs Talla del RN

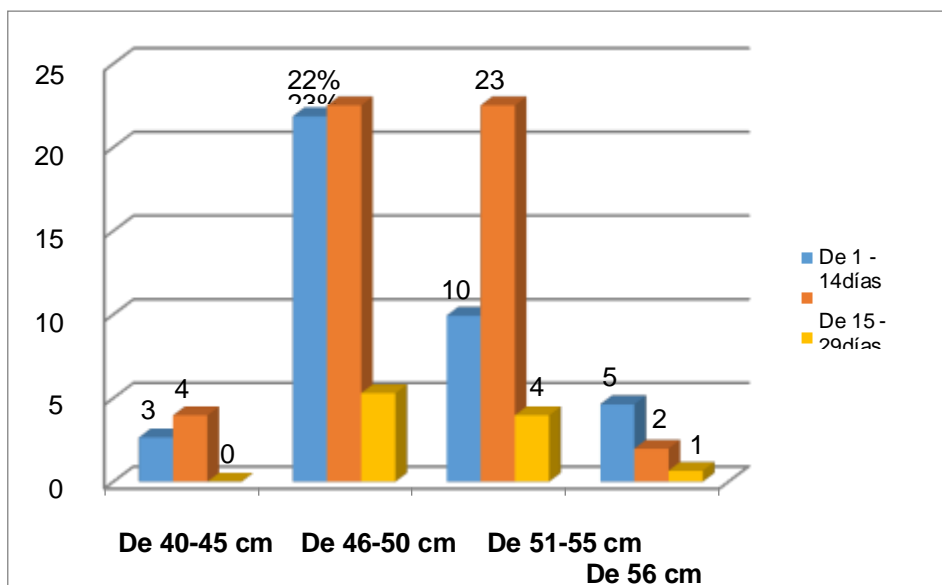
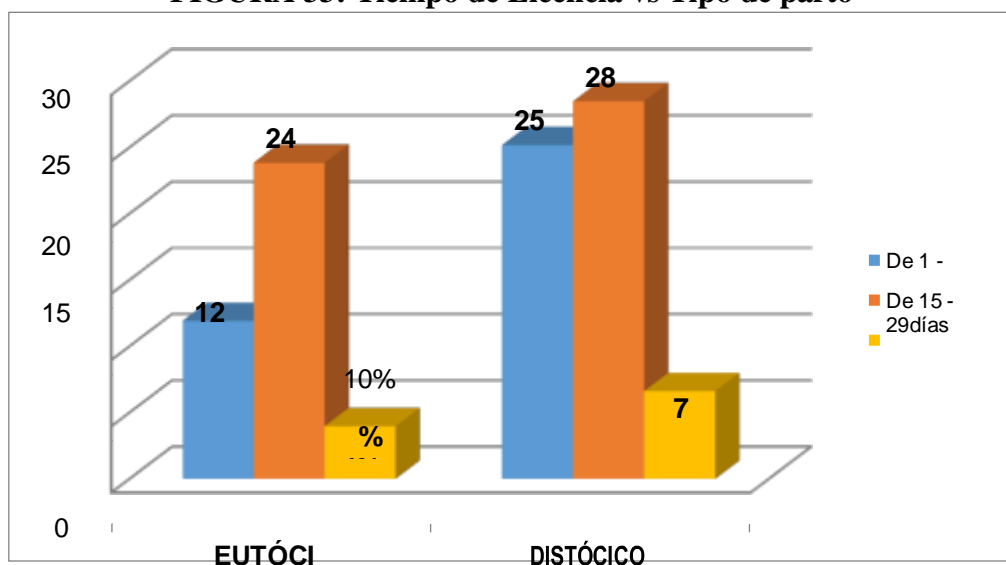


Tabla 24: Tiempo de Licencia vs Tipo de parto

Tiempo de licencia	Tipo de Parto	
	EUTÓCICO	DISTÓCICO
De 1 -14días	18	38
De 15 -29días	36	43
De 30 -49días	6	10

Tiempo de Licencia	Tipo de Parto		Porcentaje
	EUTÓCICO	DISTÓCICO	
De 1 -14días	12%	25%	37%
De 15 -29días	24%	28%	52%
De 30 -49días	4%	7%	11%
	40%	60%	100%

FIGURA 33: Tiempo de Licencia vs Tipo de parto



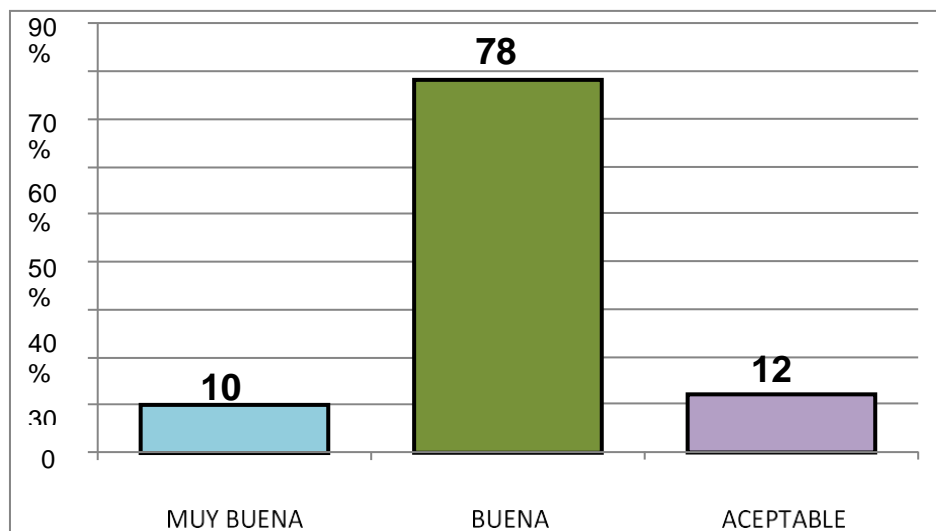
Al estudiar la tabla 24 y la figura 33, sobre el Tiempo de licencia de la madre y el Tipo de parto, se puede apreciar que el 28% de las madres con descanso de 15 a 29 días han tenido un parto distócico, en tanto un 24% de las madres con el mismo descanso, de 15 a 29 días, han tenido un parto eutócico; a la vez el 25% de las madres con descanso de hasta 14 días han tenido un parto distócico. Contrariamente, cuánto más descanso, de 30 a 49 días, reflejan menor porcentajes en parto distócico y eutócico. El tiempo de descanso y el estado de salud del RN hasta 28 días.

Salud Materno – Neo Natal.

Tabla 25: Salud Materno - Neo natal

Válido	Frecuencia	Porcentaje
MUY BUENA	15	10%
BUENA	118	78%
ACEPTABLE	18	12%
T	151	100%

FIGURA 34: Salud Materno - Neo natal



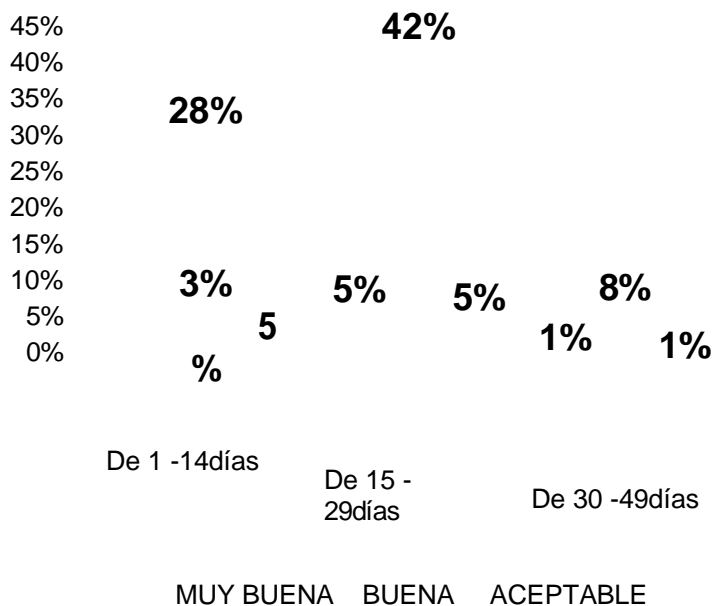
En cuanto a la tabla 25, Salud Materno - Neo natal, se puede apreciar que el 78% de las madres han presentado una buena salud, tanto de ellas como de los recién nacidos, existiendo un 12% con un estado de salud aceptable.

Tiempo de Licencia y la Salud RN

Tabla 26: Tiempo de Licencia y Salud Neo natal

Días de Licencia	Salud Neo Natal			Total
	MUY BUENA	BUENA	ACEPTABLE	
De 1 -14días	5	43	8	56
De 15 -29días	8	63	8	79
De 30 -49días	2	12	2	16
Total	15	118	18	151

FIGURA 34: Tiempo de Licencia y Salud Neo Natal



Podemos apreciar, según la Tabla 26 y Figura 35, que cuánto más tiempo de descanso por Licencia que tenga la gestante, ello incide en una mejor salud del RN, viendo que con Licencia de 15-29 días existe una Buena salud del RN en un 42% por un 5% de muy buena salud del RN.

5.1.1 Análisis inferencial

PRUEBA DE NORMALIDAD

Esta prueba se efectúa antes de realizar la Contrastación de hipótesis respectiva, por lo que determinaremos si hay una distribución normal de los datos (estadística paramétrica) o no, es decir una libre distribución (estadística no paramétrica). Para tal efecto, utilizaremos la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov ($n > 50$), con ayuda del software SPSS 22.

Previamente se postulan dos hipótesis una nula y la otra alterna con sus valores asignados, los mismos que indicarán si estamos frente a una muestra normal o no.

H_0 : Los datos (variable) provienen de una distribución normal.

H_a : Los datos (Variable) no provienen de una distribución normal

H_0 , si y solo si: $\text{Sig} > 0,05$ H_a , si y solo si: $\text{Sig} < 0,05$

Tabla 27: Prueba de Normalidad: Kolmogorov-Smirnov

		LICENCIA	SALUD
		PRE PARTO	MATERNONEONATAL
N		151	151
Parámetros normales ^{a,b}	Media	10,4702	7,8344
	Desviación típica	1,69630	1,67105
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,895	3,774
Sig. asintót. (bilateral)		,002	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

En la Tabla 30, para la variable Licencia Preparto, el valor estadístico relacionado con la prueba nos indica un valor 1,895 con una muestra igual a 151 madres gestantes, el valor de significancia es igual 0,002. Como este valor es inferior a 0,05, se infiere que hay razones suficientes para rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, concluyendo que los datos no provienen de una distribución normal.

Respecto a la variable Salud Materno-Neonatal, el valor estadístico relacionado con la prueba nos indica un valor 3,774 con una muestra igual a 151 madres gestantes, el valor

de significancia es igual 0,000. Como este valor es inferior a 0,05, se infiere que hay

razones suficientes para rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, concluyendo que los datos no provienen de una distribución normal.

Conclusiones de la prueba de normalidad

Ambas variables presentan distribuciones asimétricas, por lo que para efectuar la prueba de hipótesis a alcance correlacional se deberá utilizar el estadígrafo de *chi cuadrado de Pearson* para ver la dependencia entre las variables.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

Hipótesis General:

a) Planteamiento de la hipótesis:

H₀: NO Existe una relación significativa entre la Licencia pre parto por Maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

H₁: SI Existe una relación significativa entre la Licencia pre parto por Maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

b) Nivel de confianza

95% de nivel de confianza

c) Nivel significancia

5% (p-valor < ,05)

d) Elección del estadístico

Realizando los cálculos con el software estadístico SPSS última versión, se obtiene el Valor del Chi- Calculado Ver Tabla 31.

Tabla 28: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis General

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,762 ^a	6	,002
Razón de verosimilitudes	18,408	6	,000
Asociación lineal por lineal	18,949	1	,000
N de casos válidos	151		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,89.

Interpretación

:

Según los resultados de la prueba de chi-cuadrado que se observa en la tabla 32, el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 (p-value = $0,002 < 0,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 .

e) Decisión

Valor $0,002 < p\text{-valor } 0,05$)

Entonces tomamos la decisión de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general.

f) Conclusión

Se concluye que “Existe una relación significativa entre la Licencia pre parto por Maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

6.2 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

a) Planteamiento de la hipótesis

H_0 : NO Existe una relación significativa entre el tiempo de Licencia pre parto por maternidad ante parto y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

H_1 : SI Existe una relación significativa entre el tiempo de Licencia pre parto por maternidad ante parto y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

b) Nivel de confianza

95% de nivel de confianza

c) Nivel significancia

5% (p-valor $< ,05$)

d) Elección del estadístico

Realizando los cálculos con el software estadístico SPSS última versión, se obtiene el Valor del Chi- Calculado Ver Tabla 31.

Tabla 29: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis Específica 1

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,033 ^a	6	,004
Razón de verosimilitudes	18,010	6	,000
Asociación lineal por lineal	18,120	1	,000
N de casos válidos	151		

a. 5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,49.

Interpretación

:

Según los resultados de la prueba de chi-cuadrado que se observa en la tabla 33, el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 (p-value = 0,004 < 0,05), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 .

e) Decisión

Valor 0,004 < p-valor
(0,05)

Entonces tomamos la decisión de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general.

f) Conclusión

Se concluye que “Existe una relación significativa entre el tiempo de Licencia pre parto por maternidad ante parto y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

6.3 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

a) Planteamiento de la hipótesis

H₀: NO Existe una relación significativa entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

H₁: SI Existe una relación significativa entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

b) Nivel de confianza

95% de nivel de confianza

c) Nivel significancia

5% (p-valor < 0,05)

d) Elección del estadístico

Realizando los cálculos con el software estadístico SPSS última versión, se obtiene el Valor del Chi- Calculado Ver Tabla 31.

Tabla 30: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis Específica 2

	Valor	gl	sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,769 ^a	6	,006
Razón de verosimilitudes	20,005	6	,000
Asociación lineal por lineal	20,816	1	,003
N de casos válidos	151		

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

Interpretación:

Según los resultados de la prueba de chi-cuadrado que se observa en la tabla 34, el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 (p-value = 0,006 < 0,05), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H₀ y se acepta la alterna H₁.

e) Decisión

Valor $0,006 < p\text{-valor} (0,05)$

Entonces tomamos la decisión de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general.

f) Conclusión

Se concluye que “Existe una relación significativa entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

6.4 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

a) Planteamiento de la hipótesis

H_0 : NO Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

H_1 : SI Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.

b) Nivel de confianza

95% de nivel de confianza

c) Nivel significancia

5% ($p\text{-valor} < ,05$)

d) Elección del estadístico

Realizando los cálculos con el software estadístico SPSS última versión, se obtiene el Valor del Chi- Calculado Ver Tabla 31.

Tabla 31: Prueba de chi-cuadrado Hipótesis Específica 3

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,200 ^a	6	,000
Razón de verosimilitudes	28,395	6	,005
Asociación lineal por lineal	24,584	1	,005
N de casos válidos	151		

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Interpretación

:

Según los resultados de la prueba de chi-cuadrado que se observa en la tabla 35, el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 (p-value = $0,000 < 0,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 .

e) Decisión

Valor $0,000 < p\text{-valor} (0,05)$

Entonces tomamos la decisión de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general.

f) Conclusión

Se concluye que “Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

5.2 Discusión de resultados

Guendelman, (2006). examinó los tipos de licencia de maternidad de las trabajadoras embarazadas en California y el trabajo, datos demográficos y características de bienestar asociados con dejar de tomar la licencia de maternidad. A diferencia de la mayoría de los Estados, California ofrece licencia de embarazo pagado hasta 4 semanas prenatal y 6 a 8 semanas postnatal. Las mujeres que trabajaron por lo menos 20 h/semana durante los dos primeros trimestres del embarazo o hasta la fecha de la detección prenatal. La tasa de respuesta global fue del 73%. Cincuenta y dos por ciento de las mujeres no tomó ninguna licencia, 32% tomó licencia prenatal esperando volver a su trabajo o empleador en algún momento después del parto, y 9% dejaron su empleo durante el embarazo. Para las que dejaron su trabajo con licencia pagada (69%), el estado era la principal fuente de pago (74%). Problemas médicos (52%) fueron las razones más comunes indicadas para renunciar. Los predictores más fuertes de licencia versus trabajo durante todo el embarazo fueron se sienten estresadas y cansadas (ajustado $OR = 4.3$, IC del 95% [2.2-8.2]) y niños (ajustado $OR = 2.1$, IC 95%: [1.2-3.7]), seguido por factores ocupacionales (turno de noche, trabajo frustrante y poco flexible, tenencia de trabajo). Los beneficios de maternidad no se determinan sólo tomando licencia prenatal. En la investigación encontramos que la edad en la que las madres gestantes tuvieron su parto, se evidencia que el 34.42% lo hizo teniendo una edad entre 15 a 24 años, el 53.64% tuvo su parto con una edad de entre 25 a 34 años, y el 9.93% de las madres, tuvieron su parto con edad entre los 35 a 45 años. Esto nos indica que la mayoría de las madres, materia de este estudio tuvieron su parto en una edad de 25 a 34 años, con un grado de Instrucción de las madres gestantes, se aprecia que el 20.53% estudió solo Primaria, el 57.62% de las madres tiene estudios secundarios, y el 21.85% de las madres, pudieron acceder a sus estudios superiores. Esto nos indica que la mayoría de las madres, tienen estudios secundarios

Berkowitz, (1995). realizó una revisión de la literatura científica sobre el papel de la actividad física laboral, el cual sugiere que la bipedestación prolongada y largas horas de trabajo pueden aumentar el riesgo de parto prematuro. Aunque la

legislación sobre la maternidad y el trabajo en muchos países europeos ha regulado los horarios de trabajo y las condiciones de trabajo para las mujeres embarazadas, ninguno de los países europeos excepto Francia parece haber experimentado una reducción en las tasas de parto prematuros. Francia ha tenido una legislación integral de la maternidad y un programa nacional dirigido específicamente a reducir el nacimiento prematuro. Según la investigación encontramos que el tipo de Trabajo que las madres gestantes tuvieron, se puede apreciar que el 39.74% son obreras y manuales, el 19.21% de las madres son profesionales, y el 41.06% de las madres se dedican al comercio. Esto nos indica que la mayoría de las madres, materia de este estudio son comerciantes, y que el 5.96% trabajaron de 4 horas a menos, el 55.63% las madres han trabajado entre 5 a 8 horas, el 27.15% de las madres han estado trabajando entre 9 – 10 horas, y el 11.26% de las madres se dedican a trabajar de 11 horas a más al día. Podemos ver claramente que el 55.63% de las madres trabajan de 5 a 8 horas diarias.

Cooklin, (2007). El estudio concluyó que problemas en el lugar de trabajo durante el embarazo, se asocia con un pobre bienestar materno psicológico. Los derechos y las condiciones de trabajo son factores de consideración en la evaluación del bienestar psicosocial prenatal. Según los datos de la investigación, el 11.92% no tuvieron descanso por su parto, el 31.13% de las madres tomaron de 1 a 14 días de licencia pre parto, el 47.02% de las madres tuvieron de 15 a 29 días de licencia p.p., el 7.95% de las madres tuvieron de 30 a 44 días de licencia p.p. y el 1.99% de las madres han descansado de 60 días o más. Podemos ver claramente que el 47.02% de las madres tuvieron de 15 a 29 días de licencia p.p.. Asimismo, sobre el Tipo de Domicilio, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que los niños cuyos pesos van de 2.5 Kg hacia arriba ocupan un 46% de familias provenientes del casco urbano de la ciudad. Podemos apreciar también que el 37% de los niños tienen una talla entre 46 a 55 cm y sus familias provienen también de la parte urbana; observándose un respetable 28% de niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) que provienen de la zona urbano-marginal.

Guendelman, Perla, et al (2009). Los resultados demuestran que en general, no hubo diferencias marcadas en el tiempo de gestación o peso medio al nacer. Sin embargo, en un subgrupo de mujeres cuyos esfuerzos superaron sus recompensas

laborales, se prolongó la gestación (cociente de riesgo para la entrega de cada día entre 36 y 41 semanas, 0.56, IC 95%, 0,34 0,93). “La licencia de maternidad en mujeres laboralmente tensas puede reducir cesáreas y gestaciones prolongadas”.

Nandi y Hajizadeh, (2017), utilizaron datos de la historia de nacimiento recogidos a través de las encuestas demográficas y salud para montar un panel de aproximadamente 300.000 nacimientos en 20 países desde 2000 a 2008; Estos datos observacionales se fusionaron con información longitudinal sobre la duración de la licencia de maternidad pagada proporcionada por cada país. Se estimó el efecto de un aumento en licencia de maternidad en el año anterior en la probabilidad del niño (menor de 1 año), neonatal (menor de 28 días), post neonatal (entre 28 y d y 1 después del nacimiento) de disminuir la mortalidad; efectos fijos por país y año se incluyeron para controlar, respectivamente, respecto al tiempo; que varió entre países y tendencias temporales de mortalidad, que fueron compartidos entre los países. Tasas medias de mortalidad infantil, mortalidad neonatal y mortalidad durante el período de estudio fueron 55.2, 30.7 y 23.0 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Cada mes adicional de licencia por maternidad pagada se asoció con muertes infantiles menos 7,9 por 1.000 nacidos vivos (IC del 95%: 3.7, 12.0), reflejando una reducción relativa del 13%. Reducciones en la mortalidad infantil asociada a aumentos en la duración de la licencia de maternidad pagada se concentraron en el período post neonatal. Las estimaciones fueron ajustándose por características individuales, domésticos y nivel de país, aunque puede haber factores de confusión residual que varían con el tiempo, como cambios en las políticas coincidentes. En la investigación respecto a la Edad de la madre en el parto, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que los niños cuyos pesos van de 2.5 Kg hacia arriba ocupan un 46% de las madres cuyas edades oscilan entre los 25 a 34 años. Podemos apreciar también que el 46% de los niños tienen una talla entre 46 a 55 cm y sus madres tienen el mismo rango de edad, es decir de 25 a 34 años. Esto demuestra que la mejor edad para tener un RN con buen peso y mejor talla está entre los 25 a 34 años, según nuestro estudio.

Plante, Malenfant (1998). Aproximadamente el 1% de las trabajadoras embarazadas se benefician de una "especial maternidad" en Dinamarca, en comparación con 0,1% en Finlandia, mientras que, en Quebec, cerca del 40% de

las mujeres se benefician de las medidas preventivas de la reasignación de trabajo durante su embarazo. En este artículo, se analizaron las razones de estas disparidades entre las tasas de utilización en Finlandia, Dinamarca y Quebec a la luz de la experiencia de Quebec en los últimos 16 años. De acuerdo al resultado de la investigación encontramos que sobre la Educación de la madre, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que el 51% de las madres cuyos niños tienen pesos que van de 2.5 Kg hacia arriba han estudiado secundaria. Podemos apreciar también que el 50% de las madres cuyos niños tienen una talla entre 46 a 55 cm también han estudiado secundaria; observándose a su vez que 18% de las mamás con niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) han estudiado Primaria y Educación Superior respectivamente. Podemos apreciar que las madres con estudios de Primaria tienen RN con bajo peso, en tanto las que estudiaron Secundaria tienen RN con mayor peso y talla. Asimismo, con referencia al Estado Civil de las madres, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que el 47% de las parturientas de los niños cuyos pesos son mayores de 2.5 Kg pertenecen al grupo de las casadas, observando al mismo tiempo que un 37% de las madres con niños por encima de 2.5Kg de peso son solteras. Podemos apreciar también que el 49% de las mamás con niños que tienen una talla entre 46 a 55 cm son casadas; observándose 35% de madres con niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) que son madres solteras.

Tophoj, Sabroe (1999), las mujeres con derecho a una maternidad más largo, obtenidos a través de la negociación colectiva, fueron empleadas principalmente en los grupos ocupacionales relacionados con el sector público y en licencia por enfermedad significativamente más, que las mujeres con la licencia de maternidad corta, la obtuvieron sólo a través de la legislación. Los diagnósticos difieren entre los dos grupos. Datos sugieren desiguales posibilidades para la obtención de embarazo relacionado con la licencia por enfermedad, como las mujeres con más entrenamiento y una situación de empleo más segura tenía licencia por enfermedad significativamente mayor que otras mujeres. De acuerdo a los datos de la investigación encontramos que sobre el Tipo de Trabajo de la madre, el Peso y Talla de los RN, se puede ver que el 35% de las madres con niños que pesan más de 2.5 Kg son obreras, no trabajan; en tanto un 34% de las mamás con niños con el mismo peso son comerciantes. Cabe destacar también que el 36% de las madres

de niños que tienen una talla entre 46 a 55 cm son obreras; a la vez el 32% de madres con niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) se dedican al comercio.

Blondel de Vigoureux, (2017), las mujeres fueron entrevistadas entre el parto y postparto para recoger información sobre empleo, fecha de la licencia, factores sociodemográficos y características médicas. Entre las mujeres que trabajaron durante el embarazo, 27.5% reportó licencia ocupacional temprana (antes de gestación 24 semanas). Licencia ocupacional temprana era más frecuente entre las mujeres con empleos inestables (plazo fijo vs no-contrato a plazo fijo: ajustado odds ratio aOR = 1.60 [intervalo de confianza del 95% 1.84 1.40]) y con categorías profesionales menos cualificados (trabajadores manuales vs. gerentes y posiciones superior intelectual: a OR = 2.96 [2.30-3.82]). Según la investigación, sobre el Tiempo de Licencia, el Peso y Talla de los RN, se puede apreciar que el 46% de madres con niños cuyos pesos van de 2.5 Kg hacia arriba han tenido un descanso prenatal entre 15 a 29 días; en tanto hay un 31% de madres que solo tuvieron hasta 14 días de descanso. Por otro lado el 46% de madres con niños que tienen una talla entre 46 a 55 cm tuvieron de 15 a 29 días para descansar; observándose a su vez un 32% de madres de niños con el mismo intervalo de talla (46-55 cm) que descansaron hasta 14 días

Macazana (2016), Al realizar la investigación se encuentra que no se alcanzan los resultados programados por el producto: Adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo, debido a que el Gobierno Regional de Ucayali necesita fortalecer sus capacidades técnicas e institucionales en materia de presupuesto por resultados. Esta situación hace que la implementación del producto no se desarrolle acorde con los documentos técnicos establecidos, afectando el cumplimiento de metas, el costeo del producto, la disponibilidad de recursos, insumos y la calidad de atención en los servicios diferenciados. En este escenario se considera pertinente que el Estado pueda contar con una política nacional específica para la prevención del embarazo adolescente que se implemente a través del presupuesto por resultados. En la investigación encontramos que cuánto más tiempo de descanso por Licencia que tenga la gestante, ello incide en una mejor salud del RN, viendo que con Licencia de 15-29 días existe una Buena salud del RN en un 42% por un 5% de muy buena salud del RN.

5.3 Conclusiones:

PRIMERA:

Según los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 ($p\text{-value} = 0,002 < 0,05$), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 , por lo tanto se concluye que “Existe una relación significativa entre la Licencia pre-parto por Maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

SEGUNDA:

De acuerdo a los resultados de la prueba de chi-cuadrado el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 ($p\text{-value} = 0,004 < 0,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 . entonces se concluye que “Existe una relación significativa entre el tiempo de Licencia pre parto por maternidad ante parto y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

TERCERA:

De acuerdo a los resultados de la prueba de chi-cuadrado que se observa que el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 ($p\text{-value} = 0,006 < 0,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 , entonces se concluye que “Existe una relación significativa entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

CUARTA:

De acuerdo a los resultados de la prueba de chi-cuadrado que se observa que el valor de significancia p-value (sig. Bilateral) es menor que 0,05 ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alterna H_1 , entonces tomamos la decisión de que “Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad y la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017”.

5.4 Recomendaciones

Después de realizar el presente estudio de investigación de la Tesis, podemos recomendar:

- ✓ Es preciso y recomendable que las madres en estado de gestación acudan siempre a sus controles para bienestar tanto de ellas como la salud fetal, y si son madres trabajadoras, hacer prevalecer su derecho a la licencia prenatal, hecho que resulta muy importante para la buena salud de ambos (madre y RN).
- ✓ Se debe prestar mayor atención a los datos estadísticos y a la atención médica que requieren las madres, ya que uno de los principales problemas para conocer la real magnitud de la mortalidad neonatal, para ir y priorizar el problema, y decidir intervenciones, es la falta de datos y mala calidad de los que están disponibles.
- ✓ Para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, se requiere contar con servicios de salud de calidad, donde los equipos de profesionales trabajen por la mejora continua de las inversiones de salud para así cubrir las necesidades médicas de las mujeres y niños usuarios. En este sentido, es necesario definir un conjunto de intervenciones que demanden de consenso, de políticas nacionales, y estrategias que incorporen de manera decidida a la comunidad y a otros sectores, además del sector Salud.
- ✓ Considerando las características sociodemográficas que influyen en los problemas de la licencia por enfermedad, se sugiere que la municipalidad motive el cambio en las estructuras económico-sociales de los pobladores de las madres motivo de la investigación.

5.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkowitz, G. S. (2005). "Relaciones entre la actividad física y el embarazo, resultados." J Am Med Assoc de las mujeres.
2. Blondel de Vigoureux, S., B., et al. "características profesionales, sociales y médicos de la licencia prenatal temprana en Francia." Salud pública de EUR
3. Burroughs MED, R.N. (2015) Enfermería materno infantil. McGraw-Hill.
 - a. Interamericana. México.
4. Carrasco, María José (2005), "Mujer, trabajo y maternidad", Editorial: Universidad Pontificia Comillas.
5. Cooklin, R. A., H. J. Rowe, et al (2007). "Derechos del empleado durante el embarazo y bienestar psicológico materno." Aust N Z J Obstet Gynaecol.
6. Dickason EJ. (2012) Enfermería materno infantil. Harcourt Brace. Madrid.
7. Didona N, Marks MG, Kumm R. (2014) Enfermería maternal. McGraw-Hill.
 - a. Interamericana. México.
8. Donat Colomer F. (2015) Enfermería maternal y ginecológica. Masson. Madrid, España.
9. Dr. Juan de Jesús Gómez Barrios Dr. Alfredo Alfonso Ramírez Anaya Dr. Emiliano García Uscátegui (2007) Evaluación del programa de control prenatal en la e.s.e. hospital Antonio Roldan Betancur. (Tesis Pregrado) Instituto de ciencias de la salud —c.e.s| municipio de apartadó Colombia
10. Guendelman, S., M. perla, et al (2006). "Utilización de pago licencia prenatal entre las mujeres que trabajan en el sur de California." 10.1 de salud Materno infantil.
11. Guendelman, S., M. perla, et al (2009). «Licencia de maternidad en el noveno mes de embarazo y el parto los resultados entre las mujeres que trabajan.» Problemas de salud de las mujeres.

12. Informe sobre género y derechos humanos: vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina.
13. Instituto Universitario de la Familia (2015), "Familia y trabajo", Editorial Univ Pontifica Comillas.
14. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. (2014) Enfermería materno infantil. Harcourt Brace. Madrid.
15. Maya, R. (2012) "Nuevos Tiempos, Nuevos conceptos de Maternidad", Editorial Inca, México DF, México.
16. Mazuelos Fernández Figueroa, M (2005), "La prohibición de despido de las trabajadoras embarazadas: Reflexiones sobre el artículo 10º de la Directiva 92/85CE del 19 octubre 1992", Revista de Derecho Social, número 7.
17. Mónica Urrestarazu (2014), "Informe sobre género y derechos humanos: vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina"
18. Nandi, A., M. Hajizadeh, et al. "mayor duración de la licencia de maternidad pagada disminuye mortalidad infantil en países de ingresos bajos y medios: un estudio cuasi-Experimental." 13, PLoS Med.
19. Oficina Internacional del Trabajo (1997), "La protección de la maternidad en el trabajo". International Labour Organization.
20. Olds SB, London ML, Ladewig PA. (2013). Enfermería materno infantil. 4ª ed.
 - a. McGraw-Hill. Interamericana. México.
21. Organización Internacional del Trabajo (2000). Convenio sobre la protección de la maternidad, (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>, visitado el 20 de Julio de 2017)
22. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna nota descriptiva, (2016).
 - a. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
23. Pita Fernández, S. (2009). Metodología de la Investigación. Rescatado en: [https://sites.google.com/site/researchmethodsphysiotherapy/Home/disenos-de-](https://sites.google.com/site/researchmethodsphysiotherapy/Home/disenos-de)

investigacion

24. Plante, R. y R. Malenfant (1998). "Salud reproductiva y trabajo: diferentes experiencias." *Ocupacion de J Environ Med*.
25. Seguranyes Guillot G. (2016) *Enfermería maternal*. Masson. Barcelona.
26. Sempre Navarro, A.V. y Barrios Baudor, G.I., (2011) "Las pensiones no contributivas", Edt. Aranzadi, Navarra.
27. Tinoco, Gilmat y Cols. (1997). *Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido*. Comisión interdisciplinaria de Estudios de Genero CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre.
28. Tophoj, A. y S. Sabroe (1999). "Duración de la licencia de maternidad y licencia por enfermedad durante el embarazo."
29. Torrente Gari, S. (2014) "La mujer y la protección social", Colección de Seguridad Social. Madrid, España.
30. Valdivia, Martínez Jorge Mesinas. *Evolución de la equidad en Salud Materno infantil en Perú en 1986-1991-1992-2000*. Julio.

Anexos:

1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESES	VARIABLES	DIMEN-	METODOLG.
Problema General	Objetivos	Hipótesis Generales	Variable X		
¿Cuál es la relación entre la Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, ¿en los años	Determinar la relación entre la Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”,	La Licencia pre parto por Maternidad esta relacionada con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años	Licencia maternidad	✓ Tiempo de licenci a matern al. ✓ Características	Tipo de Investigación Analítica y Transversal.
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable Y		
✓ ¿Cuál es la relación entre el tiempo de Licencia pre parto por Maternidad antes del parto y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017? ✓ ¿Cuál es la relación entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, ¿en los años 2015 – 2017? ✓ ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017?	✓ Determinar la relación entre el pre parto y el tiempo de Licencia por Maternidad ante parto y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017. ✓ Identificar la relación entre las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la Clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017. ✓ Encontrar la relación entre las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por Maternidad y la Salud Materno – Neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.	✓ El tiempo de Licencia pre parto por maternidad esta relacionada la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017. ✓ Las características laborales de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad se relacionan con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017. ✓ Las características sociodemográficas de las gestantes que reciben Licencia pre parto por maternidad están relacionadas con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, en los años 2015 – 2017.	Salud Materna neonatal.	✓ Complicacion en el embarazo ✓ Tipo de parto ✓ Apgar de RN ✓ Peso del RN	Nivel de la Investigación Descriptivo – Correlacional. Método de la Investigación Hipotético – Inductivo. Técnicas.- Historias clínicas libro de partos y Encuesta. Instrumentos.- Fichas de Investigación, cuestionario.

2. Instrumento de la recolección de datos con variables, dimensiones e Indicadores

Como punto de partida para realizar el proceso de construcción del cuestionario, se tuvo en cuenta una consulta a otros investigadores con experiencia de trabajo en el tema de género y dirección.

ENCUESTA

Instrumento: Encuesta por entrevista personal directa.

Llene conforme a las preguntas que aparecen a continuación y marque con una (X), según corresponda.

1. Nombre de la paciente:

2, Domicilio:

Urbano Urbano Marginal Rural

3. Edad en el que tuvo el parto

A.- 15 a 24 años B. 25 a 34 C. 35 a 45 D. 46 a más

4. Grado de escolaridad:

Primaria Secundaria Superior

5. Estado civil

Soltera Casada Separada Viuda Conviviente

6. Trabajo: Tipo de trabajo: Intelectual : Tipo Profesional u Oficina

Manual Tipo: Obrera Comerciante

7.- Descanso prenatal antes de su parto:

15 a 30 31 a 45 46 a 60 60 a más días

8.- Estado de salud del RN hasta 28 días después del parto No se enfermó

Si enfermo Especifique

.....

9.-Tiene alguna enfermedad crónica:

Diabetes M Hipertensión Infecciones urinarias

Otra patología : especifique

10- Durante su embarazo presento alguna enfermedad si es afirmativo especifique:

.....

11.- Peso del RN

1800 a 2000 () 2001 a 2500 () 2501 a 3000 ()

3001 a 3500 () 3501 a más ()

12.- Talla del RN

A.40 a 50 cm B.51 a 55 cm C.56 a 60 cm D. 61 a más cm

13. El trabajo que realizaba en los 2 últimos antes de su parto le afectaba su embarazo

A.- se agotaba fácilmente

B. Era más difícil su labor en el trabajo

C. Otro:.....

14. Estando en los dos últimos meses de su gestación:

A. Tuvo algún descanso médico

B.-Le cambiaron de puesto por su gestación

C.-Tubo conflictos por su labor con su empresa Motivo:.....

15.-Durante los dos últimos meses Ud. presentó algún problema emocional o Psicológico estando trabajando

() Si () No

Si es si, especifique:.....

3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Fredesvindo Fernández Herrera
- 1.2 Grado académico: Doctor en Ecología y gestión Ambiental
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Docente Asociado U.J.F. Sánchez Carrión
- 1.4 Título de la Investigación: Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015– 2017.
- 1.5 Autor del instrumento: Edwin G. Zevallos Bazán
- 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: Maestría
- 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90.00
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80.00	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90.00
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.					90.00
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90.00
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90.00
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90.00
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				80.00	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90.00
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90.00
SUB TOTAL					160.00	720.00
TOTAL						880.00

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 880.00 x 0.20 = 17.60.

VALORACION CUALITATIVA : Considerando los resultados de 17.60 el instrumento en la presente investigación tiene alta aplicabilidad, valorándose como Muy Bueno (17 a 18)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Tiene alta aplicabilidad

Iquitos, 06 Agosto 02 del 2017

Fredesvindo Fernández Herrera

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

II. DATOS GENERALES

- 2.1 Apellidos y nombres del experto:
- 2.2 Grado académico:
- 2.3 Cargo e institución donde labora:
- 2.4 Título de la Investigación: Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015 – 2017.
- 2.5 Autor del instrumento: **Edwin G. Zevallos Bazán**
- 2.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: **Maestría**
- 1.5 Nombre del instrumento: **Cuestionario**

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
11. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90.00
12. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80.00	
13. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90.00
14. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90.00
15. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90.00
16. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90.00
17. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90.00
18. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				80.00	
19. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90.00
20. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90.00
SUB TOTAL					160.00	720.00
TOTAL						880.00

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 880.00 x 0.20 = 17.60.

VALORACION CUALITATIVA : Considerando los resultados de 17.60 el instrumento en la presente investigación tiene alta aplicabilidad, valorándose como Muy Bueno (17 a 18)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Tiene alta aplicabilidad

Iquitos, 06 Agosto 02 del 2017

.....

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

III. DATOS GENERALES

- 3.1 Apellidos y nombres del experto:
- 3.2 Grado académico:
- 3.3 Cargo e institución donde labora:
- 3.4 Título de la Investigación: Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015 – 2017.
- 3.5 Autor del instrumento: **Edwin G. Zevallos Bazán**
- 3.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: **Maestría**
- 1.6 Nombre del instrumento: **Cuestionario**

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
21. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90.00
22. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80.00	
23. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90.00
24. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90.00
25. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90.00
26. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90.00
27. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90.00
28. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				80.00	
29. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90.00
30. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90.00
SUB TOTAL					160.00	720.00
TOTAL						880.00

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 880.00 x 0.20 = 17.60.

VALORACION CUALITATIVA : Considerando los resultados de 17.60 el instrumento en la presente investigación tiene alta aplicabilidad, valorándose como Muy Bueno (17 a 18)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Tiene alta aplicabilidad

Iquitos, 06 Agosto 02 del 2017

.....

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

IV. DATOS GENERALES

- 4.1 Apellidos y nombres del experto:
- 4.2 Grado académico:
- 4.3 Cargo e institución donde labora:
- 4.4 Título de la Investigación: Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015 – 2017.
- 4.5 Autor del instrumento: **Edwin G. Zevallos Bazán**
- 4.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: **Maestría**
- 1.7 Nombre del instrumento: **Cuestionario**

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
31. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90.00
32. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80.00	
33. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90.00
34. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90.00
35. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90.00
36. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90.00
37. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90.00
38. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				80.00	
39. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90.00
40. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90.00
SUB TOTAL					160.00	720.00
TOTAL						880.00

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 880.00 x 0.20 = 17.60.

VALORACION CUALITATIVA : Considerando los resultados de 17.60 el instrumento en la presente investigación tiene alta aplicabilidad, valorándose como Muy Bueno (17 a 18)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Tiene alta aplicabilidad

Iquitos, 06 Agosto 02 del 2017

.....

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

V. DATOS GENERALES

- 5.1 Apellidos y nombres del experto:
- 5.2 Grado académico:
- 5.3 Cargo e institución donde labora:
- 5.4 Título de la Investigación: Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015 – 2017.
- 5.5 Autor del instrumento: **Edwin G. Zevallos Bazán**
- 5.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: **Maestría**
- 1.8 Nombre del instrumento: **Cuestionario**

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
41. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90.00
42. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80.00	
43. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90.00
44. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90.00
45. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90.00
46. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90.00
47. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90.00
48. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				80.00	
49. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90.00
50. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90.00
SUB TOTAL					160.00	720.00
TOTAL						880.00

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 880.00 x 0.20 = 17.60.

VALORACION CUALITATIVA : Considerando los resultados de 17.60 el instrumento en la presente investigación tiene alta aplicabilidad, valorándose como Muy Bueno (17 a 18)

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Tiene alta aplicabilidad

Iquitos, 06 Agosto 02 del 2017

.....

04. Tabla de prueba de validación

Nro	Grado, Nombre y Apellidos del Experto	Muy Aceptable 0-20%	Aceptable 21-40%	Medio aceptable 41-60%	Poco Aceptable 61-80%	Inaceptable 81-100%
1	Dr. Fredesvindo Hernández Herrera					95.00
2	Dr. Pedro Aníbal Solís Cespedes				80.00	
3	Dr. Leoncio Chumpitasi Venegas					95.00
4	Mg. Dagui Tolentino Cieza					90.00
5	Dr. Jorge Bringas Arevalo					95.00
	Sub total				80.00	365.00
						445.00

Validez de los expertos: $445.00 \times 0.40 = 17.80$

La calificación de expertos de: 17.80 en promedio nos indica que tiene una alta validez

05. Copia de datos procesados

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Domicilio	Numérico	8	2	Domicilio	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	Edadparto	Numérico	8	2	Edad en el que	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	Gradoescol	Numérico	8	2	Grado de escol	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	Estadocivil	Numérico	8	2	Estado civil	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	Tipotrabajo	Numérico	8	2	Tipo de trabajo	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	Descansopr	Numérico	8	2	Descanso pren	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	Estadosalu	Numérico	8	2	Estado de salu	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	Tieneenferm	Numérico	8	2	Tiene alguna en	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	Duranteemb	Numérico	8	2	Durante su em	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	PesoRN	Numérico	8	2	Peso del RN	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	TallaRN	Numérico	8	2	Talla del RN	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
12	Trabajo2ulti	Numérico	8	2	El trabajo que r	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	Estandodos	Numérico	8	2	Estando en los	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	Durantedos	Numérico	8	2	Durante los dos	{1,00, Excel	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada

06. Consentimiento informado

(Modelo)

En la fecha, yo, he tenido una reunión con el Bach. Edwin G. Zevallos Bazán quien me hizo conocer sobre la importancia de su trabajo de investigación: **Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno**

- neonatalde lasgestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015 -2017. el mismo que me parece muy interesante para los pacientes, por lo que acepto las preguntas que se me hicieran en relación al tema investigado, dando mi consentimiento por la información.

Iquitos, 2017

ENCUESTADO

07. Autorización de la entidad.

Iquitos, 02 Enero 2017

Oficio Nro. 01 – 2017.

Señor : Director de la Clínica “Santa Anita”, Iquitos.

Asunto: Solicita autorización para desarrollo de Investigación.

De mi especial consideración:

Es sumamente honroso dirigirme a Ud., con la finalidad de hacerle conocer que el suscrito elaboro el Plan de Tesis titulado: Licencia pre parto por maternidad y su relación con la salud materno – neonatal de las gestantes atendidas en la clínica “Santa Anita”, Iquitos, años 2015 – 2017, investigación que se desarrollara en la clínica bajo su dirección, por lo que solicito a Ud., la autorización correspondiente a fin de cumplir con mi cometido cuyos resultados serán de su conocimiento. La Investigación (Plan de Tesis), una vez culminada como Tesis y sustentada me permitirá optar el grado de Maestro en Salud Ocupacional en la Universidad Alas Peruanas.

Conocedor de su apoyo en la investigación, aprovecho la oportunidad para testimoniarle las seguridades de mi especial deferencia.

Atentamente


Edwin Gabino Zevallos Bazan
DNI 05374315

V° B°

08.- Declaratoria de autenticidad de la tesis

Yo, **Edwin Gabino Zevallos Bazán**, identificado con DNI 05374315. Domiciliado en Av. del Ejército 1335, Iquitos, con teléfono celular 965618383, alumno de la maestría en Salud Ocupacional de la Universidad Alas Peruanas:

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que el presente trabajo de Investigación para optar el Grado de Magister en Salud Ocupacional, es auténtica y elaborado por mi persona en el transcurso de la Maestría, con el asesoramiento correspondiente, para constancia firmo la presente declaración jurada.

Iquitos, 29 de Julio del 2017



Edwin Gabino Zevallos Bazan
DNI 05374315