



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

SALUD PERINATAL EN MIGRANTES Y NO MIGRANTES,
ESTUDIO DE LA BASE DE DATOS DE HECHOS VITALES, PERÚ
2018

PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PRESENTADA POR
EVELYN MARGOTT ASENCIOS FALCON

ASESOR:
DRA. MARLENE MAGALLANES CORIMANYA

LIMA, PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

TESIS

**SALUD PERINATAL EN MIGRANTES Y NO MIGRANTES, ESTUDIO DE LA
BASE DE DATOS DE HECHOS VITALES, PERÚ 2018**

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PRESENTADO POR:
EVELYN MARGOTT ASENCIOS FALCON**

**ASESOR:
DRA. MARLENE MAGALLANES CORIMANYA**

LIMA, PERÚ

2019

**SALUD PERINATAL EN MIGRANTES Y NO MIGRANTES.
ESTUDIO DE LA BASE DE DATOS DE HECHOS VITALES, PERÚ
2018**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

DRA. MARLENE MAGALLANES CORIMANYA

Miembros del jurado:

Presidente	:	Dra. Obst. Mirtha Elizabeth Muñoz Hidrogo
Secretaria	:	Dra. Obst. Verónica Giannina Morán Rodríguez
Vocal	:	Mg. Obst. Carmen Rosa Guzmán Ascurra

DEDICATORIA

A Dios, el autor y consumidor de la vida; mis amados padres Margott y Ruben, mi pequeño gran hermano Robinson y mis adorados abuelos German y Ana, por ser en mi vida sinónimo de amor, fuerza y perseverancia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, pilar fundamental en mi vida, en quien he depositado mi confianza.

Mi reconocimiento y agradecimiento a la mejor de todas, la fortaleza hecha mujer y el amor más bonito en mi vida, mi madre Margott Falcón; lo que ahora soy y lo que mañana seré, es único y exclusivamente mérito tuyo. A mi padre Ruben Asencios, gracias por tu motivación, tu confianza y por desafiarme siempre a más. Robinson Asencios, gracias por ser mi inspiración, mi apoyo incondicional y el mejor hermano del mundo.

Al Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres, por su apoyo constante en el camino de la investigación. A su directora, Dra. Ysis Roa Meggo, por su valiosa amistad, su apoyo y su motivación dentro y fuera del ámbito académico.

A mi asesora, Dra. Marlene Magallanes Corimanya, quien se embarcó junto a mí en este desafío. Gracias por brindarme su valioso tiempo, sus enseñanzas y sus aportes que enriquecieron este trabajo científico.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO.....	II
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
INDICE DE CONTENIDO.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	5
2.1. Diseño metodológico.....	5
2.2. Población y muestra.....	5
2.3. Criterios de selección:.....	6
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	6
2.5. Técnicas Estadísticas para el procesamiento de la información.....	8
2.6. Aspectos éticos.....	9
III. RESULTADOS.....	11
IV. DISCUSIÓN.....	17
V. CONCLUSIONES.....	21
VI. RECOMENDACIONES.....	22
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	24
VII. ANEXOS.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características Sociodemográficas de madres migrantes y no migrantes. Perú-2018.....	11
Tabla 2. Resultados perinatales adversos en madres no migrantes y migrantes. Perú 2018.....	13
Tabla 3. Resultados perinatales adversos en recién nacidos de madres no migrantes y migrantes. Perú 2018.....	15

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los resultados perinatales adversos y la condición de ser migrante o no migrante, Perú – 2018. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico, correlacional; de los datos del Sistema de Registro de Hechos Vitales - 2018. Se utilizó un análisis descriptivo de la prevalencia de las características sociodemográficas a través de la distribución de frecuencia, porcentajes y medidas de resumen de tendencia central. Se analizó la relación de variables cualitativas con la prueba estadística de Chi² y T de Student para las variables cuantitativas y muestras independientes, asumiendo un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultados:** La educación superior en migrantes (M) supera en 20 % a las no migrantes (NM). Se encontró relación estadísticamente significativa entre las gestaciones pretérmino (5,7% NM y 7.1% M) y los partos por cesárea (36% NM y 43.1% M) respecto al lugar de nacimiento de la madre. En cuanto a los RN; los promedios de: el peso (3,287 gr. NM, 3,155 gr. M), la talla (49.3 c.m. NM y 48.9 c.m. M) y la edad gestacional al nacer (38.73 semanas NM, 38.58 semanas M); tuvieron una diferencia de medias estadísticamente significativa. **Conclusiones:** Existe relación estadísticamente significativa entre los partos por cesárea y partos pretérmino respecto al lugar de nacimiento materno. Se evidencia diferencia de promedios estadísticamente significativa entre el peso, talla y edad gestacional al nacer y los recién nacidos de madre migrantes y no migrantes.

Palabras clave: Migrante, no migrante, perinatal, complicaciones.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between adverse perinatal outcomes and the condition of being migrant or non-migrant, Peru - 2018. **Methodology:** Observational, retrospective, analytical, correlational study; of the data of the Vital Facts Registration System - 2018. A descriptive analysis of the prevalence of sociodemographic characteristics was used through the distribution of frequency, percentages and summary measures of central tendency. The relationship of qualitative variables with the statistical test of Student Chi² and T for the quantitative variables and independent samples was analyzed, assuming a level of significance of $p < 0.05$. **Results:** Higher education in migrants (M) exceeds non-migrants (NM) by 20%. A statistically significant relationship was found between preterm pregnancies (5.7% NM and 7.1% M) and cesarean deliveries (36% NM and 43.1% M) with respect to the mother's birthplace. As for the RN; the averages of: weight (3,287 gr. NM, 3,155 gr. M), height (49.3 c.m. NM and 48.9 c.m. M) and gestational age at birth (38.73 weeks NM, 38.58 weeks M); they had a statistically significant difference in means. **Conclusions:** There is a statistically significant relationship between cesarean deliveries and preterm births with respect to the place of maternal birth. There is a statistically significant difference in averages between weight, height and gestational age at birth and newborns of migrant and non-migrant mothers. **Keywords:** Migrant, non-migrant, perinatal, complications.

I. INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, los seres humanos han estado en constante movimiento migratorio por distintas razones; en algunos casos por buscar mejorar sus oportunidades de vida y en otras circunstancias se han visto obligados a hacerlo por situaciones insostenibles, lo que convierte a la migración en una situación muy dinámica y compleja^{1,2}.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), define la migración como el “movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo...” y como migrante a la “...persona y sus familiares que van a otro país o región...”³. Para el año 2000 el número de migrantes ascendía a 173 millones y para el 2018 se reportan 258 millones de migrantes internacionales en el mundo, de los cuales 124,8 millones son mujeres y 36,1 millones son niños⁴.

Existen diversos efectos de la migración para los países de acogida, esta repercusión varía según el número de migrantes, la modalidad de ingreso al país, el perfil demográfico de la región; así como también las políticas implementadas en el país anfitrión destinadas a enfrentar los desafíos que presenta la migración⁵. El Pacto Mundial sobre Migración promueve el respeto a los derechos humanos, la no discriminación y fomenta la optimización de los beneficios de la migración frente a los desafíos que se originan en los países de origen, de tránsito y de destino⁶.

En cuanto a los efectos en salud, existe con mayor frecuencia literatura disponible en regiones de Europa y América del Norte, por ser regiones que han sido vinculadas con mayor frecuencia a este fenómeno. En salud perinatal, los resultados del embarazo en mujeres migrantes frente a mujeres no migrantes en Europa, han permitido conocer la situación desfavorable de las madres migrantes en países desarrollados, el cual está vinculado con su situación migratoria, el nivel de educación, el estado previo de su salud, la capacidad de integración social, el tiempo de residencia, entre otros; los cuales juegan un importante papel a la hora de evaluar su grado de vulnerabilidad⁷⁻¹⁰. Así mismo, se informa la relación entre los países con fuertes políticas de integración migratoria y la reducción de los riesgos para las madres migrantes¹¹.

Un estudio de revisión epidemiológica en países europeos, reportó que los resultados perinatales (peso al nacer, parto prematuro, mortalidad perinatal y malformaciones congénitas, tipo de parto y paridad) de las madres migrantes eran menos favorecidos a comparación de las madres no migrantes del país de acogida¹², otro estudio reporta que las mujeres migrantes tienden a tener controles prenatales tardíos, lo cual constituye un factor de riesgo⁷.

Recientemente, se está considerando la condición de “migrante” como un indicador de vulnerabilidad para el estado de salud⁹, razón por la cual se requiere especial vigilancia al acceso de las mujeres migrantes a la atención de salud, con énfasis en los primeros años de migración, cuando el proceso de adaptación al país receptor se está llevando a cabo¹³. Los recién nacidos de madres migrantes, afrontan diferentes retos en salud. Los niños nacidos de madres con antecedentes de inmigración tienen mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer⁹. Sin embargo, hay estudios que evidencian

resultados contradictorios; siendo las madres migrantes quienes presentaron menos riesgo para recién nacidos de bajo peso al nacer y pequeños para edad gestacional; mientras que otros estudios refieren resultados similares entre migrantes y no migrantes; aduciendo el “efecto del migrante saludable “, el cual significa que los que emigran son más saludables que el individuo promedio^{10,11,14}.

En relación a América Latina, la ola migratoria se ha visto fuertemente incrementada en los últimos años, debido a la masiva llegada de ciudadanos venezolanos¹⁵. En el Perú, durante el 2018, la Superintendencia Nacional de Migraciones reporta que, entre las entradas y salidas de extranjeros del país, hubo un promedio de 47,356 extranjeros que se quedaron en territorio nacional por mes¹⁶. La misma institución reporta que hasta febrero de 2019 llegaron al Perú 660 mil ciudadanos venezolanos¹⁷.

Perú, es el segundo país después de Colombia en recibir la mayor cantidad de migrantes venezolanos en la región de América Latina¹⁸. Gran parte de los migrantes, está conformado por población femenina en edad fértil, algunas de ellas se encuentran embarazadas, lo que aumenta su grado de vulnerabilidad¹⁹. Esto representa un desafío para el sector salud¹⁸, por lo que es necesario que las instituciones sociales, políticas y económicas del país fijen su mirada a este fenómeno actual². La OMS refiere que las mujeres migrantes presentan dificultades en la salud materna, salud del recién nacido y el niño, salud sexual y reproductiva y violencia²⁰.

Este fenómeno trae consigo nuevos desafíos para el sistema público de salud¹⁸; en el caso de Perú, el sistema público de salud no dispone de suficiente recurso humano e infraestructura para atender la demanda de salud de los ciudadanos

nacionales y extranjeros, pues el gasto público destinado a salud es mínimo comparado a otros países de la región^{10, 21, 22}.

Los estudios del proceso de migración y su repercusión en la salud siguen siendo insuficientes, afectando la toma de decisión para acciones concernientes a salud pública², sobre todo en salud sexual reproductiva, pues es frecuente que la migración traiga consigo, el ejercicio del trabajo sexual en condiciones de riesgo, aumentando las posibilidades de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, malos resultados perinatales, entre otros¹⁵.

Por lo anterior mencionado, es importante realizar estudios sobre la relación entre la migración y la salud, particularmente la salud perinatal, por lo que, el presente trabajo pretende aportar evidencia actualizada con características propias del país y la región, que sirva de sustento para la creación de políticas en salud pública relacionadas con la migración, a través de la mejora continua de los estándares en salud²³, que se anticipen a sucesos adversos en salud perinatal, como la morbilidad materna perinatal¹⁰ en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que el Estado Peruano ha asumido.

La presente investigación tiene como pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre los resultados perinatales adversos y la condición de ser migrante o no migrante en el Perú?; con el objetivo de determinar la relación entre los resultados perinatales adversos y la condición de ser migrante o no migrante, Perú-2018.

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño metodológico

Estudio cuantitativo, de tipo observacional, retrospectivo, analítico, correlacional. Observacional porque no existió intervención sobre las variables, retrospectivo porque se usó datos del año 2018, analítico porque estableció relaciones entre las variables y correlacional porque midió la relación que existe entre la variable “Lugar de nacimiento materno” y “resultado perinatal adverso”.

2.2. Población y muestra

Población de Estudio

La población estuvo conformada por todas las madres y sus recién nacidos, quienes fueron atendidos en los diversos establecimientos de salud del Perú; de quienes se registraron datos en el Sistema de Registro de Hechos Vitales durante el período 2018. Siendo un total de 493,953 madres, de las cuales 484,533 tuvieron recién nacidos únicos.

2.3. Criterios de selección:

Los criterios de inclusión considerados fueron los siguientes:

- Mujeres cuyos datos de su parto fueron registrados en la base de datos del Sistema de Registro de Hechos Vitales durante el periodo 2018.
- Recién nacidos cuyos datos fueron registrados en la base de datos del Sistema de Registro de Hechos Vitales durante el periodo 2018.

Los criterios de exclusión considerados fueron:

- Mujeres que tuvieron más de un recién nacido.

Muestreo o selección de la muestra:

Se realizó el estudio de los datos censales registrados en la base de datos (Sistema de Registro de Hechos Vitales) en su totalidad. El tamaño de la población de mujeres cuyos partos fueron registrados en el Sistema de Registro de Hechos Vitales durante el año 2018 fue de 493,953. De las cuales 484,533 tuvieron recién nacidos únicos; siendo 476,471 no migrantes y 8,062 migrantes. Al tener acceso a la base de datos anual (2018), se vio por conveniente trabajar con el total de la población.

2.4. Técnicas de recolección de datos.

Para acceder a los datos del Sistema de Registro de Hechos Vitales (SRHV), se envió una solicitud al MINSA, a través del “Sistema de Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud”, y en el marco de la ley de transparencia y acceso a la información pública, la solicitud fue atendida

por la Oficina de Gestión de la Información del Ministerio de Salud, quienes hicieron entrega de lo solicitado (ver Anexo N°2).

El Sistema de Registro de Hechos Vitales (SRHV) es un aplicativo web que posibilita el registro de los nacimientos en los diferentes establecimientos de salud donde se atienden partos y se expide el Certificado de Nacido Vivo (CVN). El objetivo de este sistema es proveer información de los nacimientos ocurridos y sus características, lo que permite conocer las tendencias de crecimiento de la población del país²⁴.

Los datos registrados en el sistema se dividen en tres etapas: La primera etapa está conformada por los datos de la madre: tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, fecha de nacimiento, edad, estado civil, ubigeo de nacimiento. Como datos adicionales de la madre se registra: el nivel de instrucción, tipo de ocupación, número total de embarazos, hijos actualmente vivos, número de hijos nacidos vivos que fallecieron, número de abortos y nacidos muertos y la fecha de nacimiento del hijo anterior nacido vivo. En la segunda etapa del registro tenemos los datos relacionados con el nacimiento: sexo del recién nacido, peso del recién nacido, la hora del nacimiento, los datos del establecimiento de salud donde fue atendido el parto. Como datos del parto, tenemos: profesional que atendió el parto, condición del parto (espontáneo, instrumentado, cesárea, otros), financiador de la atención, tipo de parto (único, doble, triple, más de tres) y la duración del embarazo. Y, por último, la tercera etapa del registro está en relación a los datos del profesional que certifica el nacimiento.

2.5. Técnicas Estadísticas para el procesamiento de la información.

- a. Se recibió de la Oficina de Gestión de la Información del Ministerio de Salud, la base de datos solicitada en el programa Excel.
- b. Se identificaron los datos de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del Sistema de Registro de Hechos Vitales 2018.
- c. De la base de datos original, se construyó una sub base con las variables de interés (ficha virtual en Excel) elaborado para la investigación según la operacionalización de variables y criterios de inclusión y exclusión planteados.
- d. Se realizó el control de calidad de la base de datos y el manejo de los datos incoherentes se trataron según el procedimiento hot-deck o el método de los promedios.
- e. Se trasladó los datos al programa SPSS v 25, se procedió al ordenamiento, codificación y recodificación de variables.
- f. Para realizar el análisis descriptivo de la prevalencia de las características sociodemográficas de las participantes, se elaboró tablas de distribución de frecuencia y porcentaje para variables cualitativas, mientras que las variables numéricas se presentaron en medidas de resumen de tendencia central.
- g. Se continuó con el análisis de relación, entre las variables dependientes (resultados perinatales adversos) y la variable independiente (lugar de nacimiento materno), utilizando para ello la prueba estadística de χ^2 en el caso de variables cualitativas; y T de Student para las variables cuantitativas y muestras independientes, asumiendo un nivel de significancia de $p < 0.05$.

2.6. Aspectos éticos

La presente investigación consideró como base los principios éticos básicos del Reporte Belmont:

Respeto a las personas:

- Se respetó la identidad de las usuarias y sus recién nacidos, dado que, al recibir los datos del Sistema de Registro de Hechos Vitales, se le había asignado codificación a cada usuaria, manteniendo de esta manera la confidencialidad de los datos personales, los mismos que serán manejados por la responsable de esta investigación.
- La información utilizada, fue de uso exclusivo para los propósitos de la presente investigación.
- Se solicitó permiso del Ministerio de Salud, a través del portal de transparencia, para el uso de los datos consignados en el Sistema de Registro de Hechos Vitales 2018, el Comité de Ética revisó la investigación, la cual es un estudio retrospectivo en el que no se requiere consentimiento de las usuarias.

Beneficencia:

- Potenció al máximo los posibles beneficios y minimizó los posibles daños.
- La investigación se desarrolló de acuerdo al conocimiento científico alcanzado hasta la fecha respecto al tema tratado.
- El diseño planteado para el desarrollo de la investigación fue el conveniente para alcanzar los objetivos planteados.

- La investigadora fue competente integralmente para desarrollar el estudio en bien de las personas.

Justicia:

- La accesibilidad a este estudio brindará la oportunidad de conocer la realidad de la salud de las migrantes y los recién nacidos, además de ello, la investigación servirá como fuente de apoyo para la toma de decisiones respecto al tema.
- Con los resultados del estudio se generará conocimiento que podrá hacerse extensivo a otras disciplinas y poblaciones similares, se contribuirá así a la reducción de la problemática, sus complicaciones y costos.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de madres migrantes y no migrantes,
Perú – 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NO MIGRANTES		MIGRANTES	
	Nº	%	Nº	%
EDAD				
Adolescente (12-19 años)	56,184	11.8	779	9.7
Adecuada (20-34 años)	326,703	68.6	6,288	78.0
Añosas (35 a más)	93,584	19.6	995	12.3
Edad mínima	12		13	
Edad máxima	58		60	
Edad media	27.95		26.93	
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Iltrado	4,445	0.9	132	1.6
Primaria incompleta	28,295	5.9	315	3.9
Primaria completa	39,911	8.4	266	3.3
Secundaria incompleta	83,118	17.4	681	8.4
Secundaria completa	164,542	34.7	2,312	28.7
Técnico	84,511	17.7	1,136	14.1
Superior	71,649	15	3,220	40
OCUPACIÓN				
Ama de Casa	399,964	84.00	7,112	88.30
Oficio Menor	16,820	3.45	179	2.20
Técnico	22,007	4.60	217	2.70
Profesional	37,412	7.90	551	6.76
Sin Respuesta	268	0.05	3	0.04
ESTADO CIVIL				
Soltera – Sin unión	412,772	86.4	1,653	20.5
Unión estable	44,527	9.7	6,402	79.4
Sin Respuesta	18,945	3.9	7	0.1
TOTAL	476,471	100	8,062	100

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla N°1**, Describe las características sociodemográficas de las madres migrantes y no migrantes, en ella se observó que existe una mayor proporción de mujeres con edades entre los 20 y 34 años, representado por un 68,6% (326,703) para las no migrantes y un 78% para las migrantes (6,288), seguido de mujeres añosas con un 19.6% (93,584) en el grupo de no migrantes y un 12.3% (995) en migrantes, finalmente se observó madres adolescentes no migrantes (19.6%) y migrantes (12.3%) en una baja proporción. La edad media de las no migrantes fue de 27.9 años, observándose también una edad mínima de 12 años y una edad máxima de 58 años; por su parte la edad media de las migrantes fue 26,9 años, con una edad mínima de 13 años y una edad máxima de 60 años.

Con respecto al grado de instrucción, la mayor concentración de la población cursó los siguientes niveles: secundaria completa, en caso de las no migrantes en un 34.7% (164,542) y las migrantes en un 28.7% (2,312); en cuanto al nivel técnico las no migrantes obtuvieron un 17.7% (84,511), mientras que la migrantes un 14.1% (1,136) y finalmente, en educación superior los resultados hallados en las migrantes (40%) supera en 20 % a los resultados observados en no migrantes (15%).

Según la ocupación, ambos grupos tuvieron un mayor porcentaje de mujeres amas de casa, 84% (399,964) para no migrantes y 88.3% (7,112) para migrantes y la segunda ocupación con mayor porcentaje fue la ocupación profesional en un 7,9% (37,412) y un 6,8% (551) para no migrantes y migrantes respectivamente.

El estado civil "soltera-sin unión", obtuvo el 86.4% (412,772) en no migrantes y el 20.5% (1,653) para migrantes; mientras que la "unión estable" logró un 9.7% para no migrantes y un 79.5% para migrantes. Los datos sin respuesta alcanzaron el 3.9% para no migrantes.

Tabla 2. Resultados perinatales adversos en madres migrantes y no migrantes, Perú – 2018

RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS MATERNOS		LUGAR DE NAC. MATERNO				Prueba de Chi ²		gl
		No Migrante		Migrante		X ²	p-valor	
		N°	%	N°	%			
Duración del Embarazo	Pretérmino	27,269	5.7	573	7.1	34.821	0,000*	2
	A término	447,061	93.9	7,469	92.7			
	Postérmino	2,141	0,4	20	0,2			
Condición del Parto	Vaginal	303,499	63.7	4,560	56.6	174.44	0,000*	2
	Cesárea	171,706	36	3,478	43,1			
	No se conoce	1,266	0.3	24	0.3			
TOTAL		476,471	100	8,062	100			

Fuente: Elaboración propia

*: p<0.05: estadísticamente significativo

Los resultados presentados en la **Tabla N° 2**, muestra el lugar de nacimiento de las madres, asociado a los resultados perinatales maternos adversos. Se evidencia, que ambos grupos (no migrantes y migrantes) tuvieron un mayor porcentaje de gestaciones a término, 93.9% (447,061) para no migrantes y 92.7% (7,469) para migrantes; seguido de gestaciones pretérmino 5,7% (27,269) y 7.1% (573) respectivamente. Al aplicar la prueba de Chi², se encontró relación estadísticamente significativa (p=0,000) entre la relación del lugar de nacimiento materno y la duración del embarazo.

Con respecto a la condición del parto (vaginal o cesárea), los partos vaginales fueron los que obtuvieron mayores porcentajes en ambos grupos, 63.7% (307,499) en no migrantes y 56.6% (4,560) en migrantes, observándose una diferencia de 7.1% a favor de las no migrantes. Situación contraía a los partos por cesárea, en donde las migrantes obtuvieron un mayor porcentaje respecto a las no migrante, 43,1% (3,478) y 36% (171,706) respectivamente. Al aplicar la prueba de

Chi² se encontró relación estadísticamente significativa (p=0,000) entre el lugar de nacimiento de la madre y la condición del parto.

Tabla 3. Resultados perinatales adversos en recién nacidos de madres migrantes y no migrantes, Perú - 2018

RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS DEL RN	RECIEN NACIDO DE MADRE				Prueba T	
	No Migrante		Migrante		T	p-valor
	Media	DE	Media	DE		
Peso del RN	3287.08	505.92	3155.05	512.81	23,231	0,000*
Talla	49.3	2.42	48.9	2.64	14,788	0.000*
Edad Gestacional	38.73	1.62	38.58	1.815	8,240	0.000*

Fuente: Elaboración propia

*: $p < 0.05$: estadísticamente significativo

La Tabla N° 3, Nos muestra los resultados perinatales adversos de los recién nacidos de madres migrantes y no migrantes, para este estudio se evaluaron las variables peso del recién nacido, talla y la edad gestacional al nacer; la media del peso de los recién nacidos de las madres no migrantes fue de $3,287.08 \pm 505.92$ gr., y para el grupo de madres migrantes la media del peso de sus recién nacidos fue de $3,155.05 \pm 512.81$ gr. Al aplicarse la prueba de T de Student para muestras independientes, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre las medias de los pesos de los recién nacidos (RN) en ambos grupos.

Del mismo modo la media de la talla de recién nacidos de madres no migrantes fue de 49.3 ± 2.42 cm. y de los recién nacidos de madres migrantes fue de 48.9 ± 2.64 , de igual forma al aplicar la prueba T de Student se evidenció diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$) entre la media de las tallas en ambos grupos.

Finalmente, la media de la edad gestacional al nacimiento en el grupo de RN de madres no migrantes fue de 38.73 ± 1.62 semanas y para los recién nacidos de madres migrantes fue de 38.58 ± 1.815 semanas; al aplicarse la prueba de T de Student para muestras independientes a esta variable, se evidenció diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$) entre la edad gestacional en ambos grupos.

IV. DISCUSIÓN

Este estudio está centrado en la salud perinatal, desde la perspectiva de la migración; dado que en los últimos años el Perú ha sido el segundo país en la región en recibir la mayor cantidad de migrantes venezolanos²⁵. Los efectos de este movimiento demográfico, trae consigo un impacto para los distintos sectores del país.

Respecto a salud y en particular a salud perinatal, es de carácter ético, moral y legal atender las necesidades de salud de todas las personas, indistintamente de su nacionalidad, bajo una mirada de salud pública y humanista que pretenda evitar resultados perinatales adversos prevenibles y/o reducir el impacto negativo en cuanto a mortalidad y morbilidad de las gestantes y sus recién nacidos, en el marco del cumplimiento de los ODS².

Los factores sociodemográficos²⁶ son considerados condicionantes importantes para la salud, pues constituyen variables difíciles de modificar y al mismo tiempo, tienen un impacto en la salud de la madre y el recién nacido²⁷. Las edades promedio de las madres no migrantes y migrantes fue de 27.9 y 26.9 años respectivamente, similar al promedio de edades encontradas por Raimondi et al.²¹. En cuanto a madres adolescentes, fueron las no migrantes quienes presentaron mayor porcentaje en este grupo etario. El grado de instrucción que predominó fue el nivel secundario completo; sin embargo, se evidencia un factor protector para la

población de migrantes, quienes tuvieron 25% más madres con educación superior, respecto al grupo de no migrantes. La ocupación con mayor porcentaje en ambos grupos fue “ama de casa” y el estado civil de unión estable fue la que obtuvo mayor porcentaje en migrantes, coincidiendo con los resultados hallados por Raimondi et al.²¹.

La prematuridad del parto, en retrospectiva, está relacionado con diversas patologías maternas previas que la ocasionan (lesiones inflamatorias patológicas durante la gestación como: infecciones intrauterinas, el estrés oxidativo, la senescencia y el rechazo de aloinjerto materno, ,entre otros)²⁸; mientras que en prospectiva, un estudio del departamento de epidemiología de Harvard, halló un mayor riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión crónica e hipercolesterolemia; en mujeres con antecedentes de parto pretérmino en los 10 primeros años post parto²⁹. Razón por la cual se analizó esta variable de estudio (duración del embarazo), y reveló en ambos grupos (no migrantes y migrantes) un mayor porcentaje de gestaciones a término (93.9% y 92.7%); sin embargo, en cuanto a las gestaciones pretérmino, las madres migrantes fueron las que registraron un mayor porcentaje (1.4% más) de casos, respecto a las no migrante, siendo este un resultado estadísticamente significativo ($p=0,000$) para el estudio, en concordancia con los resultados encontrados en un metanálisis de países industrializados, en los que las migrantes asiáticas y del África Subsahariana tenían mayor riesgo de partos prematuros³⁰; sin embargo, estudios realizados en Chile⁹ (país de la región) y en Australia³¹ no encontraron diferencias significativas.

Las cesáreas son un procedimiento quirúrgico capaz de prevenir la morbimortalidad materna y perinatal cuando está clínicamente justificada, sin embargo, hacer uso de este procedimiento de manera innecesaria, está

relacionado con riesgos para la salud de la mujer y del nacido³²; al respecto, se encontró asociación significativa para partos por cesárea en migrantes, situación contraria encontrada por Cabieses et al.⁹ en el que las no migrantes superaron el porcentaje de partos por cesárea respecto a las no migrantes.

El peso, la talla y la edad gestacional, son de interés de estudio por tener implicancia en la salud pública. La edad gestacional al parto y el peso al nacer son importantes predictores para la morbilidad y la mortalidad perinatal.

Con respecto al peso de los recién nacidos, ambos grupos obtuvieron promedios de peso dentro de los rangos de peso normal, sin embargo, se halló diferencia significativa ($p=0,000$), siendo los recién nacidos de madres migrantes quienes obtuvieron un peso promedio menor (132 gr. menos aprox.), contrario a los resultados encontrados por Hennegan¹², Garcia³³ y Bernis³⁴. Es importante mantenerse vigilantes ante esta diferencia, pues el peso del recién nacido es considerado un indicador que pronostica la supervivencia del niño alrededor del primer año de vida, determina el riesgo de mortalidad y diversos problemas de salud a largo plazo^{35,44,45}. El bajo peso al nacer está relacionado con la prematuridad, crecimiento fetal restringido, hipertensión materna, problemas de nutrición, deficiencia en la ganancia de peso materno entre otros factores prevenibles³⁵.

El promedio de la talla de los recién nacidos de ambos grupos se encuentra dentro de los valores esperados según el percentil de talla en recién nacidos³⁸. Al realizar la prueba T Student para muestras independientes, se evidenció la existencia de una diferencia estadísticamente significativa de los promedios a favor de los recién nacidos de madres no migrantes respecto al otro grupo de estudio. Resultado contrario a lo encontrado por Pérez³⁹ en un estudio realizado en República Dominicana.

La prematuridad del nacimiento trae consigo diversos tipos de comorbilidades, entre ellos: bajo peso al nacer, dificultad para la termorregulación, capacidad afectada para su alimentación (proceso de succión), inmadurez gastrointestinal, entre otros; afectando de esta manera la adaptabilidad a la vida extrauterina⁴⁰. Los promedios de la edad gestacional de los recién nacidos al nacimiento, son considerados adecuados, por ser gestaciones a término; sin embargo, existe diferencia estadísticamente significativa entre sus promedios a favor de los recién nacidos de madres no migrantes. Resultado concordante al estudio realizado por Bollini⁴¹ en recién nacidos de madres inmigrantes en países con políticas de integración débil y contrario al estudio realizado por Perez³⁹.

V. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que el país de nacimiento de la madre constituye una variable que se relaciona con los resultados perinatales adversos.

- Los factores sociodemográficos para ambos grupos (migrantes y no migrantes) son muy similares en cuanto a edad y ocupación; mientras que, por otro lado, el grado de instrucción “superior” y el estado civil “unión estable” fueron predominantes en las migrantes, lo que constituye un factor de protección para este grupo.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los resultados perinatales adversos maternos y el lugar de nacimiento materno. Siendo las migrantes quienes tenían mayores porcentajes de partos por cesárea y partos pre términos, respecto a las no migrantes.
- Se encontró una diferencia de promedios estadísticamente significativa entre los resultados perinatales adversos de recién nacidos de madres migrantes y no migrantes. Siendo los recién nacidos de migrantes quienes tenían un promedio de peso, talla y edad gestacional al nacer menor que los recién nacidos de madres migrantes.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar y fortalecer las políticas de aseguramiento universal de la salud, la cual brinda aseguramiento inmediato a toda gestante y recién nacido indistintamente de la nacionalidad o calidad migratoria en el país, de esta manera se contribuye a disminuir riesgos en este grupo población considerado de alta vulnerabilidad y de interés nacional en el marco de los ODS.
- Mejorar la capacitación de los profesionales de la salud, vinculados al llenado del Sistema de Registro de Hechos Vitales, de tal manera que los datos vertidos en el sistema contengan la menor cantidad de errores posibles.
- Integrar datos como: número de controles prenatales, edad gestacional del inicio del primer control prenatal y tiempo de residencia de migrantes en el Perú. Las cuales pueden ser mejores aprovechadas para el análisis de distintos fenómenos relacionados a la salud de esta población.
- Generar un sistema inteligente en el Registro de Hechos Vitales, el cual no permita continuar con el llenado de los datos, si se coloca algún dato incoherente, de esta manera se minimizan los errores.
- Mantenerse vigilantes frente a distintos escenarios sociales, que afecten la salud de la migrantes, adoptando nuevas estrategias desde el sector salud que minimicen los daños.
- Aprovechar la base de datos para estudios relacionados.

- Sensibilizar al personal de salud involucrado con el llenado del Registro de Hechos Vitales, para reconocer su importancia como primer paso para obtener el Acta de Nacimiento y la inscripción del niño en los Registros Civiles, además de permitir que pueda obtener su DNI posteriormente. Asegurando así, el derecho de los niños al reconocimiento legal de existencia como persona; acorde al Plan Nacional 2017-2021: Perú libre de indocumentación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, Irion O. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [citado el 14 de mayo de 2019];15(43). Disponible en: doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7
2. Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2018 [citado el 14 de mayo de 2019]; 35(2):285-291. Disponible en: doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102.
3. Organización Internacional para las Migraciones. Glosario sobre migración [Internet]. Ginebra: OIM; 2006 [citado el 20 de mayo de 2019]. Serie Derecho Internacional sobre Migración: 7. Disponible de: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
4. Naciones Unidas [Internet]. Suiza: ONU; c2018. Migración; 2018 [citado el 14 de mayo de 2019]; [1 pantalla]; Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>
5. Uribe LM, Ramírez T, Labarther R. Índices de intensidad migratoria [Internet]. México: Consejo Nacional de Población; 2012 [citado el 14 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/swb/CONAPO/Indices_de_intensidad_migratoria_

Mexico-Estados_Unidos_2010

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/intensidad_migratoria/pdf/Efectos.pdf

6. Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: ONU; c2018. Conferencia Intergubernamental para el Pacto Mundial sobre Migración, 2018 [citado el 14 de mayo de 2019]; [1 pantalla]; Disponible en: <https://www.un.org/es/conf/migration/global-compact-for-safe-orderly-regular-migration.shtml>
7. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?. *Health Policy* [Internet]. 2014 [citado el 14 de mayo de 2019];114(2): 215-225. Disponible en: doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.10.007
8. Peláez S, Hendricks KN, Merry LA, Gagnon AJ. Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. *Glob Health* [Internet]. 2017 [citado el 16 de mayo de 2019]; 13(5):1-9. Disponible en: doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x
9. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil Pediatr.* [Internet]. 2017 [citado el 16 de mayo de 2019];88(6):707-716. Disponible en: doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707
10. Van Den Akker T, Van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016 [citado el 16 de mayo de 2019]; 32:26-38. Disponible en: doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.016

11. Kana MA, Correira S, Barros H. Adverse Pregnancy Outcomes: A Comparison Of Risk Factors And Prevalence In Native And Migrant Mothers Of Portuguese Generation XXI Birth Cohort. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2018 [citado el 16 de mayo de 2019];21(2):307-314. Disponible en: doi.org/10.1007/s10903-018-0761-2
12. Hennegan J, Redshaw M, Miller Y. Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women Birth* [Internet]. 2014 [citado el 16 de mayo de 2019];27(2):91-97. Disponible en: doi.org/10.1016/j.wombi.2014.02.002
13. Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos [Internet]. Ginebra: OMS, 2013 [citado 19 de mayo 2019] Disponible en: https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/iom_unhchr_sp_0.pdf
14. Gissler M, Alexander S, Macfarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialised countries. *Acta Obstetr Gynaecol* [Internet]. 2009 [citado el 19 de mayo de 2019];88(2):134-148. Disponible en: doi.org/10.1080/00016340802603805
15. Gotuzzo E. Las migraciones y el impacto en la salud. *Acta Med Per* [Internet]. 2018 [citado el 25 de mayo de 2019]; 35(3):143-144. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172018000300001&script=sci_arttext
16. Migraciones Superintendencia Nacional Perú [Internet]. Perú: Ministerio del Interior; c2019 [citado el 25 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.migraciones.gob.pe/index.php/estadisticas/>
17. Venezolanos en Perú: las cifras actualizadas de la migración tras inicio del 2019. *El Comercio*. 01 de febrero de 2019.

18. Perú es el segundo país de la región con más migrantes venezolanos, según Acnur. Gestión. 09 de junio de 2019
19. UNFPA Perú [Internet]. Perú: UNFPA; c2019. 5 500 mujeres migrantes venezolanas fueron atendidas en salud sexual y reproductiva, y protección frente a la violencia; 15 de febrero de 2019 [citado el 30 de mayo de 2019]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/5-500-mujeres-migrantes-venezolanas-fueron-atendidas-en-salud-sexual-y-reproductiva-y>
20. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2019. Preguntas frecuentes sobre salud y migración; febrero 2017 [citado 30 de mayo 2019]; [1 pantalla]; Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/88/es/>
21. Raimondi D, Rey CE, Testa MV, Camoia ED, Torreguitar A, Meritano J. Salud perinatal de la población migrante. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2013 [citado el 25 de mayo de 2019]. 111(3):213-217. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n3a07.pdf>
22. Acosta LM, Acero JE, Moreno SA. Análisis normativo del impacto y la dinámica migratoria en Colombia: derecho comparado el Perú y Colombia (2014-2018) [Tesis pregrado]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018. Disponible en: http://repository.ucc.edu.co:8082/bitstream/20.500.12494/7151/1/2018_migration_comparado_peru.pdf
23. Hayes I, Enohumah K, McCaul C. Care of the migrant obstetric population. Int J Obstet Anesth [Internet]. 2011 [citado 30 de mayo 2019]; 20(4), 321-329. Disponible en: doi.org/10.1016/j.ijoa.2011.06.008

24. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Perú: MINSA; c2018. Sistema de Hechos Vitales; 2018 [citado 12 de junio 2019]; [1 pantalla]; Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/estadistica_2.asp?sub5=5
25. Forwks J. Perú, desborda por la migración Venezolana. El País. 29 junio 2018. Edición América. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2018/06/29/america/1530231474_447688.html
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [citado 7 de junio 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>
27. Salud en las Américas [Internet]. EEUU: OMS; c2017. Determinantes Sociales de la Salud en la Región De Las Américas; 2017 [citado 05 de octubre 2019]; [9 pantallas]; Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es
28. Keelan JA. Intrauterine inflammatory activation, functional progesterone withdrawal, and the timing of term and preterm birth. J Reprod Immunol [Internet]. 2018 [citado 05 de octubre 2019]; 125:89–99. Disponible en: doi.org/10.1016/j.jri.2017.12.004
29. Tanz L, Stuart J, Williams P, Missmer S, Rimm R, James-Todd M, Rich-Edwards J. Preterm Delivery and Maternal Cardiovascular Disease Risk Factors: The Nurses' Health Study II. Journal of Women's Health [Internet].

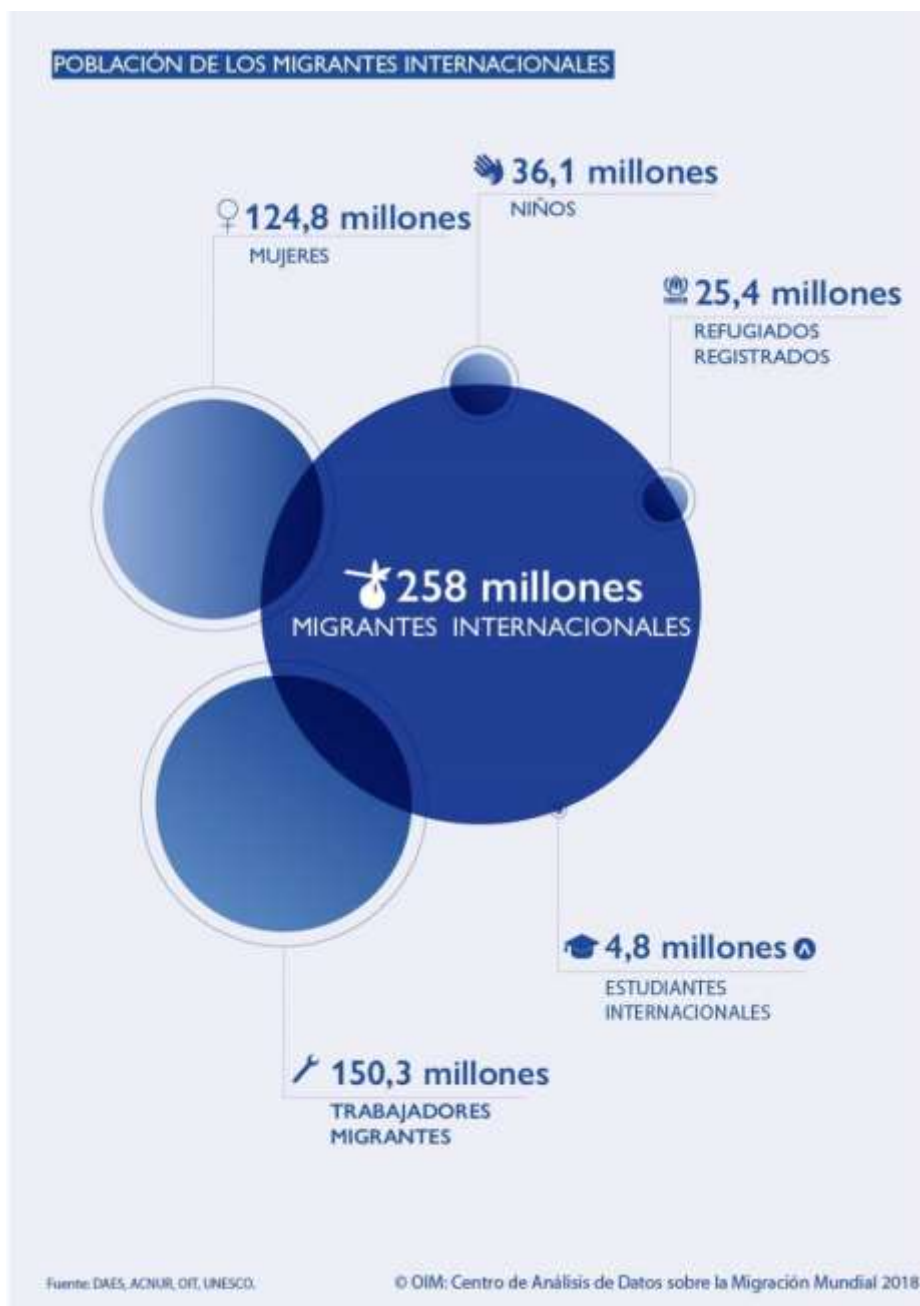
- 2019 [citado 05 de octubre 2019]; 28(5) Disponible en: doi.org/10.1089/jwh.2018.7150
30. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, Roam Collaboration. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social science & medicine* [Internet]. 2009 [citado 01 de octubre 2019]; 69(6): 934-946. Disponible en: doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.027
31. Hennegan J, Redshaw M, Miller Y. Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women Birth* [Internet]. 2014 [citado el 16 de mayo de 2019];27(2):91-97. Disponible en: doi.org/10.1016/j.wombi.2014.02.002
32. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Suiza: OMS; Abril 2015 [acceso 01 de octubre 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=1EEDDBA3C3188A29301AAADD28B779E5?sequence=1
33. García Andrés R, Valerio Rodríguez FT, Casuscelli L, Barón Mizzi I, García Moreno M. Variabilidad del peso de los recién nacidos según el país de origen materno. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 10 de octubre 2019];18:303-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000400004
34. Bernis C. Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes. *Antropo* [Internet]. 2005 [citado 01 de octubre 2019]; 10(1): 61-73. Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/10/10-6/Bernis.pdf>

35. Ayerza A, Herraiz N. Indicadores de salud perinatal: diferencias entre la información registrada por el INE y la de los hospitales donde se atienden los nacimientos. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2015 Feb [citado 7 de junio 2019]; 89(1):1-4. Disponible en: doi.org/10.4321/S1135-57272015000100001.
36. García Andrés R, Valerio Rodríguez FT, Casuscelli L, Barón Mizzi I, García Moreno M. Variabilidad del peso de los recién nacidos según el país de origen materno. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 10 de octubre 2019];18:303-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000400004
37. Ayerza AC, Rodríguez GM, Samper MV, Murillo PA, Alvarez MS, Moreno LA, Olivares JL. Nutritional characteristics of newborns of overweight and obese mothers. *An Pediatr* [Internet]. 2003 [citado 7 de junio 2019];75(3):175-181. Disponible en: doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.03.001
38. Ticona M, Huanco D. Curva de crecimiento intrauterino de recién nacidos peruanos. 2008. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 [citado 10 de octubre 2019];73(2):110-118. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v73n2/art07.pdf>
39. Perez A, Custodio A, Arboleda J. Período de gestación, talla y peso en recién nacidos de madres dominicanas y haitianas, Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís RD, 2008-2014. *UCE Ciencia. Revista de postgrado* [Internet]. 2016 [citado 10 de octubre 2019];4(1). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/48b8/13281e78af72e721d1d2ad69ffb3c9ad5d1a.pdf>

40. Abarzúa P. Constanza, Godoy M. Ana, Rubilar P. Mariana, Silva Sch. María, Velásquez Z. Mónica, Bustos M. Luis. Normalización escala Early Feeding Skills (EFS) en recién nacidos prematuros. Rev. chil. pediatr. [Internet]. [citado 2019 Oct 08]. Disponible en: doi.org/10.32641/rchped.v90i5.1023
41. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Soc Sci Med [Internet]. 2009 [citado 12 de junio 2019]; 68(3),452-461. Disponible en: doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.018

VII. ANEXOS

ANEXO 1: ONU MIGRANTES – Población de los Migrantes Internacionales.



ANEXO 2: RESPUESTA DEL MINSA, ENTREGA DE BASE DE DATOS

Dra. Obs. Marlene Magallanes C.
Investigadora en Ciencia y Tecnología del SINACYT
Registro N°18245
Cel: (0511) 999672144

El lun., 15 abr. 2019 a las 14:22, SAIP - OGEI (<saip_ogei@minsa.gob.pe>) escribió:



"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

Señorita
MARLENE MAGALLANES CORIMANYA
Distrito de Jesús María

*En atención a su solicitud recibida a través del Sistema de Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud, le comunicamos que la base de datos de nacimientos con variables de la madre y el niños, se encuentra disponible para ser entregada a usted en la Oficina de Gestión de la Información del Ministerio de Salud – Segundo Piso. Puede usted acudir en horario de oficina de mañana (8:00-12:30) o tarde (14:00-17:30 horas).
Cordiales saludos*

Marco P. Bardales Espinoza
Oficina General de Tecnologías de la Información



Nota: Solicitud conjunta con la asesora.

ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Valor
Lugar de nacimiento materno	Lugar nacimiento de la madre sin importar el tiempo de permanencia	----	----	Cualitativa nominal dicotómica	-Migrante -No migrante
Resultado perinatal adverso	Cuadro clínico adversas relacionadas con el periodo perinatal.	Resultado perinatal adverso materno			
		Condición del parto	% de tipo de parto	Nominal	-Vaginal -Cesárea
		Duración del embarazo	% de partos a término % partos pretérminos	Nominal	-Pretérmino -Término -Posttérmino
		Resultado perinatal adverso del recién nacido			
		Peso del recién nacido (RN)	Peso en gramos	Cuantitativa continua	---- gramos
		Talla del RN	Talla en centímetros	Cuantitativa continua	---centímetros
		Edad gestacional	Edad en semanas	Cuantitativa continua	----semanas
Características Sociodemográficas	Descripción de las características sociales y demográficas.	Edad materna	----	Cuantitativa Discreta	-Años edad
		Estado civil	----	Nominal	-Soltera / sin Unión -Unión estable
		Grado de instrucción	----	ordinal	-Iletrado -Primaria -Secundaria -Superior
		Ocupación	----	Nominal	-Ama de casa -Oficio menor -Técnico -Profesional