



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Obstetricia

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CONO NORTE Y SUR DE LA CIUDAD DE LIMA. JUNIO-JULIO DEL 2018.”

Tesis para optar el título profesional de:

Obstetra

Autor:

Br. Yessica Brigitte Morales Murga

Asesor:

Mg. Obst. Lily Carmina Callalli Palomino

Lima – Perú
2018

APROBACIÓN DE LA TESIS

El(La) asesor(a) y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el(la) Bachiller **Yessica Brigitte Morales Murga**, denominada:

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO Y VIOLENCIA
OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO MATERNO
INFANTIL DEL CONO NORTE Y SUR DE LA CIUDAD DE LIMA. JUNIO- JULIO
DEL 2018**

Mg. Obst. Lily Carmina Callalli Palomino
ASESOR

Dr. Daisy Dalmira Sánchez Padilla
**JURADO
PRESIDENTE**

Mg. Obst. Jenny Jannet Orihuela Munive
JURADO

Mg. Obst Gingers Miriam García Portocarrero
JURADO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, en primer lugar, a dios, ya que sin el nada sería posible, gracias por brindarme mucha salud para continuar con mi camino en esta nueva etapa de mi vida, y haberme permitido llegar hasta donde estoy ahora. De manera muy especial le dedico y agradezco a mi madre y hermana que siempre me han apoyado incondicionalmente en todo, se de su esfuerzo y dedicación que día a día me brindaron para cumplir esta meta, fueron los pilares fundamentales para que mis sueños se cumplan.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a nuestra Alma Mater, la Universidad Privada del Norte, por haberme formado en una profesional apasionada por su carrera y por brindarme una plana de docentes que hicieron posible mi formación profesional, personal y espiritual, del mismo modo agradezco a mis formadores, que día a día me brindaron más de lo que en una cátedra se puede enseñar, y por lo que estoy eternamente agradecida, por los valores, por la enseñanza y el ejemplo de profesionales que son, que sin ellos nada de esto se estaría logrando y como prueba de esto es esta tesis. Fue un proceso largo pero que finalmente se pudo concretar.

A mi asesora, Lily Carmina Callalli Palomino, quien no solo dedicó tiempo en brindarme asesorías en la parte académicamente para el desarrollo de esta investigación, sino que me brindo seguridad y confianza en este proceso, además estoy eternamente agradecida por sus consejos durante toda mi estancia universitaria.

A la coordinadora de mi carrera, Jenny Orihuela Munive, quien en todo momento me brindó apoyo, orientación y motivación para que esta Tesis se concluyera.

Al obstetra José Luis Delgado Sánchez, quien en todo momento me orientó en la parte estadística de esta investigación.

También agradezco a las 2 instituciones de salud del Cono Norte y Sur de la Ciudad de Lima, que me aperturaron sus puertas para el desarrollo de esta investigación, así como a cada uno de las obstetras de ambos establecimientos de salud por brindarme un periodo de tiempo para la recopilación de datos y apoyarme en muchos momentos con los tiempos para obtener la información requerida.

Finalmente, a mi lucha constante y perseverante para continuar con este proceso, a pesar de los millones de obstáculos que impedían la culminación de esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Realidad problemática	3
1.2. Formulación del problema.....	8
1.2.1. Problema General.....	8
1.2.2. Problemas Específicos	8
1.3. Justificación.....	8
1.4. Alcances y Limitaciones.....	11
1.5. Objetivos	11
1.5.1. Objetivo General.....	11
1.5.2. Objetivos Específicos	11
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes	13
2.1.1. Antecedentes nacionales	13
2.1.2. Antecedentes internacionales	18
2.2. Bases Teóricas	21
2.2.1. Violencia Obstétrica.....	21
2.2.1.1 Violencia:	22
2.2.1.2 Género:.....	23
2.2.1.3 Violencia de Género.....	26
2.2.1.4 Tipos de Violencia Obstétrica.....	28
2.2.1.5 Legitimados activos.....	29
2.2.1.6 Marco legal.....	30
2.2.2. Percepción de la calidad de atención del parto.....	43
2.2.2.1. Gestación:	43
2.2.2.2. Parto:.....	43
2.2.2.3. Trabajo de Parto:	44
2.2.2.4. Atención de parto:	44
2.2.2.5. Puérpera:.....	45

2.2.2.6.	<i>Calidad de atención:</i>	45
2.2.2.7.	<i>Percepción</i>	49
2.3.	Definición de términos básicos	50
CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS		52
3.1.	Operacionalización de variables	52
3.1.1	Variables de la Investigación	52
3.1.2	Variables Intervenientes de la Investigación	57
CAPÍTULO 4. MATERIALES Y METODO		58
4.1.	Tipo de diseño de investigación	58
4.2.	Material de estudio	59
4.2.1.	<i>Unidad de estudio</i>	59
4.2.2.	<i>Población</i>	59
4.2.3.	<i>Muestra</i>	59
4.2.4.	<i>Criterios de selección:</i>	59
4.3.	Técnicas, procedimientos e instrumentos	61
4.3.1.	<i>Para recolectar datos</i>	61
4.3.2.	<i>Para analizar información</i>	64
4.3.3.	<i>Consideraciones Éticas</i>	64
CAPÍTULO 5. RESULTADOS		65
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN		74
CONCLUSIONES		78
RECOMENDACIONES		79
REFERENCIAS		81
ANEXOS		88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. <i>Validación del cuestionario de Violencia Obstétrica</i>	63
Tabla N° 2. <i>Confiabilidad del Cuestionario de Violencia Obstétrica</i>	64
Tabla N° 3. <i>Características sociodemográficas de las puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur</i>	65
Tabla N° 4. <i>Características clínicas del parto de las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	67
Tabla N° 5. <i>Cuadro comparativo de la Percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	68
Tabla N° 6. <i>Cuadro comparativo de la percepción global de la Violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur</i>	69
Tabla N° 7. <i>Cuadro comparativo de las dimensiones de la percepción de la Calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	70
Tabla N° 8. <i>Cuadro comparativo de las dimensiones de la percepción de la Violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	73
Tabla N° 9. <i>Cuadro comparativo de los ítems con mayor insatisfacción percibida en la calidad de atención del parto</i>	96
Tabla N° 10. <i>Cuadro comparativo de los ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Desinformación</i>	97
Tabla N° 11. <i>Cuadro comparativo de los ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Trato deshumanizado</i>	98
Tabla N° 12. <i>Cuadro comparativo de los ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Medicalización y Patologización</i>	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura N° 1. <i>Características sociodemográficas de las Puérperas Inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	65
Figura N° 2. <i>Características clínicas del parto de las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	67
Figura N° 3. <i>Percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	68
Figura N° 4. <i>Percepción Global de la Violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	69
Figura N° 5. <i>Dimensiones de la Calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur</i>	71
Figura N° 6. <i>Dimensiones de la percepción de violencia obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	73
Figura N° 7. <i>Ítems con mayor Insatisfacción percibida en la atención del parto por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur</i>	96
Figura N° 8. <i>Ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Desinformación</i>	97
Figura N° 9. <i>Ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Trato deshumanizado</i>	98
Figura N° 10. <i>Ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Medicalización y Patologización</i>	99

RESUMEN

Objetivo: Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de Lima. Junio- Julio del 2018. Metodológicamente tiene un diseño observacional, transversal, descriptivo-comparativo. Se aplicó dos cuestionarios validados por sus autores (SERVPERF, Violencia Obstétrica) a una muestra de 327 puérperas inmediatas (195 -Norte y 132- Sur). El análisis estadístico se realizó en SPSS - 24.0, usando \bar{X} y DS para las variables numéricas. **Resultados:** La edad promedio de las puérperas en el Sur fue 26,39 y en el Norte 26,34; la paridad, escolaridad fueron similares en ambos establecimientos, los partos no espontáneos son más frecuentes en el Norte (33.3%). La percepción global de la calidad de atención estuvo acentuada en la satisfacción moderada con 47.7% y 50.8% para Norte y Sur respectivamente. El 21% de puérperas del Norte percibieron VO, mientras que el Sur obtuvo 18.2%. El CMI del Cono Norte tuvo mayor insatisfacción en la dimensión empatía, seguridad y confianza (16%, 10.8% y 18.5%) respectivamente. El CMI del Cono Sur presenta mayor trato deshumanizado 30.3%, mientras que el Cono Norte tiene mayor violencia en la dimensión medicalización y patologización (56,4%).

Conclusión: Más del 90% de las puérperas inmediatas de ambos establecimientos estuvieron satisfechas con la atención recibida, además se observa una baja percepción de Violencia Obstétrica global por las puérperas inmediatas del Cono Norte y Sur de Lima.

Palabras clave: Percepción, calidad, violencia obstétrica, puérperas inmediatas.

ABSTRACT

Objective: To compare the perception of quality of delivery care and obstetric violence in the immediate postpartum period of the CMI of the North and South Cone of Lima. June- July 2018. Methodologically it has an observational, transversal, descriptive-comparative design. Two questionnaires validated by their authors (SERVPERF, Obstetric Violence) were applied to a sample of 327 immediate puerperal women (195-North and 132-South). The statistical analysis was performed in SPSS - 24.0, using \bar{X} and DS for the numerical variables. **Results:** The average age of the puerperal women in the South was 26,39 and in the North 26,34, the parity, schooling were similar in both establishments, non-spontaneous births are more frequent in the North (33,3%). The overall perception of the quality of care was accentuated in moderate satisfaction with 47,7% and 50.8% for North and South respectively. 21% of puerperal women from the North received OV, while the South obtained 18,2%. The CMI of the North Cone had greater dissatisfaction in the dimension of empathy, security and trust (16%, 10,8% and 18,5%) respectively. The CMI of the Southern Cone presents more dehumanized treatment 30,3%, while the North Cone has greater violence in the dimension medicalization and pathologization (56,4%).

Conclusion: More than 90% of the immediate postpartum women of both establishments were satisfied with the care received, in addition there is a low perception of global Obstetric Violence by the immediate women in the North and South Cone of Lima.

Key words: Perception, quality, obstetric violence, immediate postpartum women.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

El reconocimiento al derecho de la salud, implica reconocer que la calidad de atención es un derecho y un indicador de desarrollo para nuestro país. Sin embargo; en la actualidad, la calidad de atención durante el parto es cada vez más vulnerada por los propios profesionales de la salud involucrados en la atención de la gestante, de modo que la violencia obstétrica está presente en ello como una violación a los derechos humanos de la persona, transgrediéndoles, discriminándoles a la libertad y a la seguridad de su persona, generando una violencia a su salud reproductiva con un trato cruel e inhumano, donde la parturienta pierde su capacidad de autonomía. Este tipo de violencia de género en sí, es un fenómeno globalizado; es decir no es algo nuevo, caracterizado por una situación que rompe límites de la persona manifestándolo mediante actos que generan todo tipo de daño. Hoy en día, este paradigma ha sido neutralizado y invisibilizada por los profesionales de la salud, incluso por la misma población, por el desconocimiento y vulneración de todos sus derechos que han sido tremendamente encubiertos y que ha costado hacerlo visible y realizar seguimientos ante esta trágica situación, de modo que el desconocimiento favorece a las instituciones de salud, permaneciendo exenta de asumir responsabilidades y obligaciones para responder a estos actos repugnantes, de modo que una gestante no puede alzar su voz, porque no hay ninguna ley que les avale y haga respetar sus derechos de este tipo de modalidad de violencia de género. Lo que todos nos preguntamos ¿En qué momento se vulneraron y se olvidaron de los derechos de las mujeres gestantes, cuando deberían ser aún más respetados en ese momento tan especial que es el parto? ¿Por qué se olvidaron de respetar el protagonismo de la gestante y del binomio madre-hijo?

A raíz de lo expuesto, podemos entender que la violencia obstétrica ha roto un equilibrio dinámico humano, que muchas veces se ha convertido en una situación nociva para la supervivencia de las gestantes, anulando sus capacidades y perdiendo el protagonismo durante su parto. Se constituye como forma de violencia que genera un problema de salud pública, generando directamente incrementos en la morbilidad materna y perinatal, que ha sido ignorada desde punto bioético y jurídico, convirtiéndolo en una violencia institucional que por diversos motivos, las exigencias directivas médicas, exigen metas administrativas que provocan una atención burocrática, rápida y despersonalizada, dejando de lado la vocación de servicio que desde un principio juraron por ejercer la profesión con una atención con calidad y calidez.

Dado a los acontecimientos suscitados en la actualidad, en referencia a la calidad de atención y violencia obstétrica percibida por las puérperas, esta investigación fue elaborada con la finalidad de comparar e identificar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima. Así mismo este estudio se llevó a cabo, debido a que hay la necesidad de mejorar las interacciones de las mujeres gestantes con los proveedores de salud, para garantizar la calidad de servicio con estándares culturales y normativos, ya que son fundamentales para cambiar la visión que se tiene

acerca de los sistemas de salud, de modo que la clave para mejorar este problema de salud pública y permitir que la pieza principal del rompecabezas se complete es generando aportes a la salud materna. Por otro lado, este estudio también buscó conocer las debilidades que el sistema de salud tiene, y mostrar la realidad que viven dos zonas limítrofes de nuestro país, para contribuir en la mejora de atención de este grupo poblacional, permitiendo que se creen políticas públicas para la mejora de la atención.

En el capítulo 1 se desarrolló la introducción, en donde se describió la realidad problemática que viven todas las gestantes alrededor del mundo, demostrando porcentajes y tasas de violencia obstétrica que son detectadas en diversos países, así como evidencias de organizaciones donde reconocen que no hay una forma estandarizada para medir y dar a conocer esta modalidad de violencia basada en género, también hicieron hincapié a que se trate de seguir normas o guías para mejorar la calidad de atención. Además, se realizó la formulación del problema y se describieron los objetivos generales y específicos, como también la justificación, en donde se explicó la importancia del estudio y los beneficios que traería si se evidenciara la existencia de la violencia obstétrica y por ende se suscite una mala calidad de atención, generando un aporte para la atención con parámetros humanísticos.

En el capítulo 2, se expuso las bases teóricas del estudio, es decir el marco teórico, donde se mencionaron las definiciones y conceptualizaciones de las dos variables analizadas, además de los antecedentes de la investigación, los cuales mostraron evidencias de la problemática que viven dichos lugares y finalmente se definieron los términos básicos de la investigación.

En el capítulo 3 se desarrolló y detalló la Operacionalización de las variables estudiadas en este estudio, así como los datos sociodemográficos y clínicos del parto de las puérperas inmediatas de ambos establecimientos.

El capítulo 4, abordó la metodología del estudio, donde se mencionó el tipo de diseño de la investigación. Además, se detalló la población y muestra del estudio, así como los criterios de selección dividida en incluyentes y excluyentes, luego se explicaron los instrumentos que se usaron, así como los pasos de recolección de datos, las técnicas usadas para el procesamiento de la información y el análisis de los datos. Finalmente se dieron a conocer los aspectos éticos de la investigación.

Finalmente, en el capítulo 5 se mostraron los resultados obtenidos mediante tablas y gráficos; y consecutivamente en el capítulo 6, se proporcionó la discusión del estudio, y las conclusiones con sus recomendaciones respectivas.

1.1. Realidad problemática

En el mundo entero la calidad de la atención es un tema de importancia crítica, al que los profesionales de la salud deben dedicar la atención que merece, por el gran impacto que tiene en el bienestar de los pacientes. Es lamentable que aun en pleno siglo XXI se estén violentando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres gestantes y del recién nacido en los sistemas de salud.

En Europa las tasas de cesáreas se incrementan de manera alarmante, ya que se ha convertido en una triste mecánica de rutina en donde, España de un 23 % ha incrementado a 40% para el año 2012, es decir 4 de cada 10 mujeres que dan a luz son cesareadas, Italia 38,2%, Puglia 46,7%, Calabria 61,6%, Sicilia 52,8% y Villa Nuova San Francesco 95,45%. Son cifras realmente alarmantes que han generado impacto en la OMS. (Hernández V, 2012)

Como bien sabemos desde el año 1985, se estipulo en todo el mundo que las tasas ideales de cesáreas son de 10-15%, pero solo está justificada cuando hay la necesidad de aplicarla para evitar la morbimortalidad materna y perinatal, de modo que la OMS se hizo presente ante este impacto y menciona que " No se trata de alcanzar los porcentajes de las tasas permitidas, sino de la necesidad que lo amerita". (Human Reproduction Programme, 2015, págs. 1-8)

En Italia, la medicalización del parto ha llevado al crecimiento de las tasas de cesáreas, sin justificación clínica, que pueden afectar la salud de las mujeres y los bebés a corto y largo plazo, como se indica en la declaración de la OMS. La investigación oficial del ex Ministro de Salud, Sr. Balduzzi, en 2013, ha demostrado que, en dicho país las altas tasas de cesáreas no se basaban en la relevancia o la necesidad de estas, de las cuales revelo públicamente que se violentaban tantas veces los derechos sobre la salud de las mujeres, como un daño sustancial al tesoro público italiano; es por eso que a través de una investigación realizada por el Instituto Superiore di Sanità (ISS) sobre la mortalidad materna en Italia, mostraron cifras preocupantes. De tal manera, la OMS enfatiza que el abuso, la negligencia o la falta de respeto durante el parto puede constituir una violación de los derechos humanos fundamentales de la mujer, tal como se describe en las normas y principios de Derechos Humanos adoptados internacionalmente. (Zaccagnini, 2016)

En el marco de trabajo del Human Reproduction Programme (2014) de la Organización Mundial de la Salud, publicaron una declaración que denunciaba el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto, promoviendo la investigación, la implementación de políticas de control de calidad en los centros de salud y la participación de todas las partes involucradas, incluidas las mujeres que deben denunciar la negligencia profesional. Por lo tanto, esta declaración requiere una acción más enérgica, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

A pesar de la evidencia presente de diversas investigaciones, no existe un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato o la falta de respeto a las gestantes durante la atención del parto, de tal manera que esta situación que se presenta cada hora, cada minuto y cada segundo en diversos centros de salud de todo el mundo es alarmante.

En América Latina, la calidad de atención del parto es cada vez más vulnerada, de las cuales la violencia obstétrica está presente en todo momento. Ha habido un aumento sustancial en las últimas dos décadas en la aplicación de una gama de prácticas invasivas, de modo que estas intervenciones se usan para acelerar y finalizar rápidamente el proceso fisiológico del trabajo del parto, así como monitorear innecesariamente al feto, con el objetivo de mejorar los resultados de la mujer gestante y del niño por nacer. Este aumento de la medicalización en las distintas fases del parto, tiende a socavar la capacidad de la mujer gestante para dar a luz, afectando negativamente su experiencia durante su parto. Además, el uso creciente de diversas intervenciones en ausencia de indicaciones reglamentadas, estandarizadas y claras, continúa ampliando la brecha de equidad de salud en distintas partes de América Latina y el mundo. (World Health Organization, 2018)

En Argentina por medio de un relevamiento sobre más de 4900 nacimientos a nivel nacional, el Observatorio de violencia Obstétrica (OVO) de la agrupación “*Las Casildas*”, realizó una encuesta cuyos resultados demuestran que los niveles de abuso que sufren las mujeres y sus hijas e hijos son “dramáticos”. Violeta Osorio, afirmó que existe un nivel de vulneración de derechos “constante y sistemático” en las diferentes áreas donde se practican partos vaginales y partos por cesáreas. A pesar que Argentina, es un país pionero en esta materia, debido a que en 2004 fue sancionado y en 2005 se reglamentó la ley 25.929 de parto humanizado, las mujeres sufren todo tipo de maltrato verbal, físico, humillaciones, burlas, críticas o intervencionismo, así como utilización abusiva de fármacos. Además, también afirmó que la violencia obstétrica atraviesa los órdenes sin hacer ningún tipo de discriminación, de la cual enfatizó que en los sectores públicos es más clásico el maltrato verbal y físico, mientras que el sector privado hay una mayor tasa de abuso de rutinas y de medicación en cesáreas. Por otro lado; Osorio sostuvo que el problema de la violencia obstétrica no es una cuestión, ni médica, ni científica, sino que es un tema cultural y político sobre cómo se concibe a las mujeres en su salud sexual y reproductiva y como es concebido el nacimiento, que paso de un evento saludable a patológico. (Osorio, 2018)

Una situación similar sucede con nuestro país vecino “Chile”. Mediante un reporte en junio del 2018, el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile publicó los resultados de la primera encuesta sobre el nacimiento de su país, dado a que el 2014 marca el comienzo de un debate público y activismo sobre los derechos al nacer, donde se obtuvo un resultado llamativo

durante este periodo hasta el año 2017, mostrando evidencias que las intervenciones obstétricas que se daban eran: rotura artificial de membranas y episiotomías, ambas en un 44% en hospitales y 39,9% en clínicas. Lo más preocupante que se detectó era el incremento del porcentaje del monitoreo fetal continuo con un 84,6% de partos en hospitales y 81,6% en clínicas; además de ello, la administración de oxitocina artificial se dio en un 51,8% y 45,3% respectivamente. De acuerdo al trabajo de OVO, la cesárea en hospitales ha aumentado, pasando de 26,5% en el período 1970-2008 a 39,7% en 2014-2017, el mismo incremento se va dando alrededor de todo el mundo. Por otro lado, en los últimos tres años, menos del 20% de las mujeres que han sido madres han logrado tener un contacto de 30 o más minutos con sus hijos tras el parto y los que no tuvieron un acompañante significativo en el momento del parto son 60% en el sistema público y 20% en el privado. Según Gonzalo Leiva, matrón y director de OVO Chile, explicó que muchas veces se justifica incoherentemente el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, tratando de buscar alguna excusa para no hacerlo. Es por ello que siempre las respuestas más idóneas son que no hay espacio o la falta de infraestructura, sobre todo en los hospitales públicos. Otro aspecto medido por la encuesta fue el abuso físico y verbal que las madres dicen haber sufrido durante el parto, en donde el abuso físico reportado fue un 6,8% en clínicas privadas y un 24,1% en los hospitales públicos, el abuso verbal era de 56,4% en hospitales públicos, donde refieren haber sido criticada y/o reprimida por expresar su dolor y emociones; mientras que en las clínicas privadas esta forma de abuso llega a 19,3%. Michelle Sadler directora de OVO, comentó que las más jóvenes y con niveles más bajos de educación son las más vulnerables en recibir estos tipos de violencia, además por el hecho de ser las más jóvenes viven una mayor recriminación, dándose a entender que aún existe una especie de castigo por haber ejercido una sexualidad a temprana edad. (Observatorio de Violencia Obstetrica Chile, 2018)

Por otro lado, según el censo del año 2017 realizado en Chile, arrojaron indicadores de la población inmigrante que residía en dicho país, en donde los peruanos conformaban el 25,3%, donde priman más mujeres en edad reproductiva. De acuerdo a ello se analizó las brechas que existen en este grupo poblacional dándose a conocer que los que tienen menores ingresos tiene mayor ausencia a recibir prestaciones de salud, trayendo consigo como consecuencia discriminación y acceso restringido a los servicios de salud. (Avaria, 2018, págs. 4-5)

Actualmente en Chile, Colombia, Puerto Rico, Brasil y Argentina son los únicos países latinoamericanos que han creado sus observatorios de la violencia obstétrica, de las cuales defienden y hacen respetar los derechos de la gestante. En Perú, recientemente en el año 2017 se lanzó por primera vez el Observatorio Nacional de Violencia contra la mujeres e Integrantes del Grupo Familiar; sin embargo, en lo que respecta a violencia obstétrica solo una pequeña parte de dicha página hacen referencia a este problema de Salud Pública tan

importante, pero no es lo suficiente y necesario como para poner en evidencia esta situación. Dentro de ellas Argentina y Venezuela son los únicos países de América del Sur que tienen como país promulgaciones de leyes ante esta trágica situación, en donde están tipificadas como actos penalizados. Sin embargo, en el Perú y los restos de países de Suramérica, aún no tienen ninguna ley que respalde los derechos de la gestante en esta etapa del parto, solo existe normas a seguir, pero solo algunos profesionales hacen uso o simplemente lo ignoran o no lo toman en cuenta.

El Perú se encuentra entre los cinco países de América Latina y el Caribe que han logrado el mayor progreso en términos de reducción de la mortalidad materna en los últimos años (UNFPA, UNICEF y OPS 2015). Sin embargo, el sistema de salud pública aún enfrenta serios desafíos para garantizar el derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva. La Defensoría del Pueblo, con la asistencia del UNFPA, presentó el informe defensorial “Derecho a la Salud Materna”, donde se llevó a cabo una evaluación del funcionamiento de los servicios de ginecología en 18 establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno- regiones que presentan una alta tasa de mortalidad materna, entre los resultados revelados, resaltan lo siguiente: Los establecimientos de salud estudiados no cumplen con el 90% de los indicadores de calidad de funciones obstétricas, el maltrato a las usuarias por parte de los proveedores de salud (violencia obstétrica) persisten y los hospitales supervisados carecen de servicios adecuados a las costumbres y necesidades culturales de la población (casas de espera y salas para parto vertical) y de capacitación del personal de salud para proveerlos, además existen limitados recursos de personal, infraestructura y medicamentos. Por otro lado, la defensoría del pueblo es consciente que en el Perú no existe una forma de poder medir si hay o no violencia obstétrica, ni siquiera contamos con una normativa específica que aborde de manera expresa este tema; sin embargo, solo tenemos manifestaciones de las pacientes que han pasado este problema. (Defensoría del Pueblo, 2017).

En el Perú y específicamente en Lima, se siguen evidenciando una mala calidad de atención en el parto, de las cuales en un estudio realizado por Espinoza (2014), sobre la “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho, se obtuvo como resultado que la dimensión respuesta rápida y dimensión seguridad evidencian niveles de calidad media percibidos de insatisfacción moderada, la dimensión confianza y dimensión empatía, las madres refieren niveles de calidad media de insatisfacción moderada y en lo que concierne a la dimensión tangible; las encuestadas refieren un nivel de calidad media de insatisfacción leve. En conclusión, la percepción de la calidad de atención del parto es insatisfactoria (88,75%) de acuerdo a la encuesta modificada de SERVPERF.

En ese contexto, se observó que en los Centros Maternos Infantiles las puérperas inmediatas perciben una inadecuada calidad de atención, es decir problemas con el trato humanitario, violación de sus derechos, exceso de procedimientos y/o rutinas, y atención inoportuna. Además, se observó que producto del cumplimiento de obligaciones de las competencias profesionales de cada personal de salud involucrado en la atención del parto, genera una masiva intervención de modo que no respeta los tiempos biológicos de este proceso natural que es el parto, vulnerando los derechos tanto de la madre como del recién nacido.

Esta situación problemática que se ha detectado tiene varias causas y de diferente índole, pero para este estudio se ha mencionado a la violencia obstétrica como un factor muy preocupante en el ámbito de la obstetricia, debido a que el personal de salud constituye una de las fortalezas necesarias para actuar como factores de éxito en la mejora de la calidad de atención en la salud materna.

Si esta situación problemática continúa ocurriendo de esta manera, se obstaculizaría, la confrontación exitosa con la mejora de la calidad de servicio en el parto, que es definitivamente un aspecto importante en la atención que se le otorga a la paciente embarazada en relación con el obstetra tratante. Además, habría un aumento en las complicaciones con la salud materna debido a que este grupo poblacional son susceptibles a discontinuar o interrumpir su atención en los servicios de salud, debido a las malas experiencias vividas en su estancia en dichos servicios.

Finalmente, y dada la demostrada trascendencia de la relación médico-paciente en la percepción de la calidad de la atención, es imprescindible implementar medidas que tengan en cuenta y traten de satisfacer la pluriculturalidad de la población peruana. Si bien algunos países de la región han desarrollado algunas iniciativas en este campo, se necesitan más investigación para implementarlas en el Perú, y en otros países de la región, con el mismo o mayor grado de éxito.

Es por ello, que ante este recóndito problema se sugiere capacitaciones de actualización a los profesionales de salud en determinados temas. Además de esto, proporcionar programas de sensibilización para respetar los derechos de la mujer gestante y del recién nacido, ya que ellos son el núcleo importante de la experiencia a tener en dicho momento que es el parto. Por lo tanto, la presente investigación pretende Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas del Parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?
- ¿Cuál es la percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?
- ¿Cuál es la percepción global de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?
- ¿Cuál es la percepción de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones?
- ¿Cuál es la percepción de violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones?

1.3. Justificación

Este estudio cuenta con una justificación teórica por que resume el aporte teórico de los autores más importantes que hacen referencia a las variables del estudio. De tal modo esta investigación busca, comparar la percepción de la calidad de atención del parto y la violencia obstétrica en dos establecimientos de salud en base a la situación actual, debido al impacto que tiene el profesional de salud en el bienestar de la gestante; constituyéndose así, una de las fortalezas necesarias para enfrentar con éxito la mejora de la calidad del servicio que se otorga. Ello permitirá contrastar diferentes conceptos basados en la realidad concreta, el funcionamiento y desempeño de las unidades prestadoras de salud y la interpretación de las puérperas sobre el servicio percibido, encaminados a resultados positivos.

Así mismo tiene una justificación práctica a la medida que genera aporte para el beneficio de la población. En el país, para poder disminuir diversas complicaciones como la morbimortalidad materna y perinatal, se requiere que todas las gestantes y recién nacidos tengan acceso oportuno y eficaz en la atención materna y perinatal de calidad, en ese sentido, este trabajo servirá a las autoridades de cada materno infantil, para esclarecer la situación que se presenta sobre la calidad de atención brindada durante el parto y si existe violencia obstétrica o no, con la finalidad de que los resultados obtenidos en el presente estudio proporcionen información actualizada sobre las situaciones que conllevan a que las puérperas no estén satisfechas con la atención recibida, de modo que ambos establecimientos reconozcan sus fortalezas y debilidades, con el fin de que se elaboren y mejoren las estrategias destinadas a la calidad de servicio en la salud materna, siendo un derecho universal recibir atención con calidad y se tomen decisiones mejor fundamentadas.

Por otro lado, es necesario que cada autoridad y los profesionales de salud involucrados en la atención de la gestante conozcan las necesidades de cada parturienta que acuden a su Centro de Salud. Así mismo a través del reconocimiento de la situación, permitirá tomar acciones respectivas para generar una atención integral y humanizada promoviendo la sensibilización en los profesionales de salud, de modo que los cambios favorezcan a que más gestantes acudan a los servicios de salud para la atención de su parto. Además, por ser un CMI de nivel 1-4 son ellos quienes tienen mayor acceso y contacto para llegar rápidamente a cada parturienta, permitiendo una mejor relación entre el personal de salud y la paciente; es por ello, que se debe tomar acciones, para mejorar el pensamiento que se tiene sobre las atenciones que brinda el estado, que poco a poco ha sido distorsionada por alguna mala experiencia vivida y de algún modo afecta a que la gestante no acuda a los servicios de salud, generando de manera indirecta factores de riesgo en la salud materno perinatal.

Del mismo modo, presenta una justificación social en razón que trabajó con puérperas inmediatas que se encuentran envueltas en una problemática social; es por ello, que la interacción de los usuarios con los servicios de salud representa oportunidades para mejorar la percepción de los servicios prestados y genera adherencia al servicio, y por ende un mayor uso del mismo.

Investigar la percepción de la usuaria permite mirar de forma diferente una realidad, es dar una mirada más allá de lo que es evidente, proveerá evidencias para optimizar una atención de calidad, ello dará mayor credibilidad al cuidado de salud y hará más eficaz la toma de decisiones. A medida que esto ocurra, la credibilidad, la responsabilidad, el control y la autonomía están relacionados y son esenciales en el logro del reconocimiento del status profesional.

También contó con algunas justificaciones legales, de la cual según el reglamento de la Ley N° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado. (Ministerio de Salud, 2009)

Por otro lado, en Ginebra el 15 de febrero del 2018 la OMS, ha redactado y publicado las nuevas directrices para establecer estándares globales de atención para mujeres embarazadas sanas y reducir intervenciones médicas innecesarias, de las cuales pone énfasis en la importancia de un parto no medicalizado, lo que incluye que la madre decida como quiere gestionar el dolor, lo que implica que libremente tome sus decisiones. Estos esfuerzos, también han sido catalizado por la Estrategia Global para la Salud de la Mujer, Niños y Adolescentes (2016, 2030), y el movimiento Every Woman Every Child. Además, menciona que, para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible, se tiene que ayudar a los países a fortalecer sus sistemas de salud para acelerar el progreso hacia lograr la cobertura universal de salud. (World Health Organization, 2018)

Para finalizar, es necesario que tomen en cuenta estos estudios de problemas de salud pública, ya que generan un aporte para elaborar políticas públicas con respecto a la prevención de la violencia obstétrica en relación a la calidad de atención. Así mismo es importante que las universidades entrenen con parámetros humanistas a sus estudiantes en formación, para brindar una atención con calidez y calidad de modo que incluyan un curso donde se hable sobre estos problemas de salud pública, debido a que se necesita profesionales que brinden atención humanizada.

Es de suma importancia hablar sobre la violencia obstétrica, porque es un problema actual que genera situaciones desfavorables para tener calidad de atención. Así mismo, para nosotras las obstetras, es fundamental que esta situación cambie, ya que somos quienes trabajamos diariamente con gestantes en todo su proceso fisiológico con gran carga emotiva y susceptibles a todo lo que se presente a su entorno, situación que genera que con mayor razón seamos empáticos en todo momento. El hecho de conocer su trascendencia, estadística y creciente importancia, no sólo nos permitirá identificar la situación sino también el tomar acciones y medidas para mejorar.

Gracias a la relevancia contemporánea que tiene esta investigación es que podemos establecer y proponer fines y acciones para poder disminuir esta modalidad de Violencia de Género, generando una mejor satisfacción en la calidad de atención del parto.

1.4. Alcances y Limitaciones

- ✓ Esta investigación tuvo un alcance social, ya que, para responder los objetivos, se encuestó a una muestra representativa de 327 puérperas inmediatas en 2 establecimientos de salud donde 195 pertenecen al Cono Norte y 132 al Cono Sur. Así mismo contó con un alcance geográfico o espacial que consideró a las puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Sur ubicado, en el distrito de Villa El Salvador y del Centro Materno Infantil del Cono Norte ubicado en el distrito de Los Olivos. En cuanto al alcance temporal, la presente investigación, se realizó en el periodo Junio- Julio del 2018.
- ✓ La presente investigación tiene limitaciones en cuanto a la muestra, ya que se ha circunscrito a 327 puérperas inmediatas y no puede generalizarse a otros ámbitos, ni a otro tipo de puérperas. Por otro lado, otra limitación es que las puérperas inmediatas se nieguen a contribuir con dicho estudio. También se puede presentar limitación geográfica, la cual está relacionada a la distancia existente de uno de los Centros Maternos Infantiles debido a que genera demanda de tiempo y gastos. Así mismo, hay limitaciones en lo referente a las variables de la Percepción de la calidad de atención y violencia obstétrica, puesto que en un grupo de 327 puérperas inmediatas existen distintos propósitos interesantes que pueden investigarse.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y clínicas del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.
- Identificar la percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.

- Identificar la percepción global de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.
- Identificar la percepción de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones.
- Identificar la percepción de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales

Un primer trabajo corresponde a Ayala (2015), quien realizó un estudio titulado “Calidad de atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el INMP”, durante el periodo Enero – Febrero del 2015. Dicha investigación trabajó con 313 puérperas inmediatas, de la cual tuvo como objetivo general, determinar la calidad de atención del parto según la percepción de las usuarias en el servicio del centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El diseño que se empleó fue de tipo descriptivo observacional de corte transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario de tipo SERVPERF modificado aplicado a puérperas inmediatas, en donde se obtuvo como resultado que, el grupo de edad más frecuente fue de 25 a 29 años con un 29,7%, además, según paridad se encontró que el mayor porcentaje eran primigestas con un 46,3% y según el profesional que atendió el parto es de 72,8% obstetras y 27,2% médico. Las preguntas más valoradas del cuestionario fueron los ítems que mencionan acerca del acompañamiento durante el parto y el otro en permitir el contacto con la madre o el acariciar al recién nacido. El nivel de satisfacción total fue de 93,3% perteneciente a “satisfacción”; y según dimensiones, se encontró que “Respuesta rápida” fue la dimensión menos valorada. Se concluyó que las usuarias atendidas en el servicio del centro obstétrico del INMP perciben su atención con un grado de “satisfacción”.

Un segundo trabajo de Wajajay N (2013), se denomina “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides. Enero-febrero 2013”, el estudio tuvo como objetivo general, evaluar la percepción que tienen las usuarias sobre la calidad de atención del parto del centro obstétrico del HNDAC. El diseño metodológico que se empleó fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Se empleó como instrumento un cuestionario tipo SERVPERF modificado para el centro obstétrico. Se entrevistó a un total de 100 mujeres en donde se obtuvo como resultado que, el 87% de las puérperas inmediatas están globalmente satisfechas con la calidad del servicio obtenido de tal manera que solo el 6% tiene satisfacción amplia y satisfacción moderada y baja 22% y 59% consecutivamente. Dentro de estas la dimensión menos valorada fue la “dimensión seguridad” y la más valorada y predominante es

la “dimensión tangible”. Como conclusión obtuvieron que las gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión perciben la calidad de atención en un nivel de “satisfacción leve” a partir de dicha evaluación explorada.

Un tercer trabajo corresponde a Espinoza (2014), quien abordó un estudio llamado “Percepción de la calidad de atención de parto en centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2014”, Dicha investigación tuvo como objetivo, determinar la percepción de la calidad de atención del parto en centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho. El diseño empleado fue no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal. Se aplicó como instrumento un cuestionario tipo SERVPERF para valoración de la percepción de la calidad de atención del parto a 80 puérperas. En base a lo analizado se obtuvo como resultado que la dimensión rápida y dimensión seguridad evidenció insatisfacción moderada percibida por las usuarias, en la dimensión confianza y dimensión empatía, las mujeres refieren niveles de insatisfacción moderada y en lo que respecta a la dimensión tangible marca insatisfacción leve. En conclusión, la percepción de la calidad de atención de parto en usuarias del centro obstétrico del HSJL es insatisfactoria con un 88,75% de acuerdo a la encuesta SERVPERF.

En una investigación realizada por Alvarado y Garay (2016), estuvo enmarcada sobre “Percepción de las puérperas sobre la calidad de atención del parto vaginal en el hospital SAGARO II-1 de Tumbes.2016”. Dicha investigación trabajó con 22 puérperas, de la cual tuvo como objetivo general, determinar la calidad de atención del parto vaginal, según la percepción de las usuarias que fueron atendidas en el servicio del centro obstétrico del Hospital Saúl Garrido Rosillo durante los meses Julio y agosto. Metodológicamente el diseño empleado fue descriptivo, transversal, no experimental. Se utilizó como instrumento un cuestionario tipo SERVPERF modificado. El proceso estadístico utilizado fue Excel 2010 y SPSS V.21. En margen al resultado obtenido se sostuvo que en forma global el 86,3% de puérperas perciben una calidad de atención de parto vaginal de “satisfacción”. En base a las dimensiones se obtuvo con respecto a la dimensión respuesta rápida el 90,8% pertenece a un nivel de satisfacción, la dimensión empatía con un 83,3% forma parte de un nivel de satisfacción, seguridad con 72,7% perteneciente a “satisfacción” y consecutivamente confianza y tangible con un 81,8% y 99,9% con satisfacción. Se concluyó que las puérperas atendidas en el servicio del centro obstétrico del Hospital SAGARO perciben su atención con un grado de “satisfacción”.

Esta investigación fue realizada y presentado por Chapoñan (2016), denominada “Percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención del parto vaginal y propuesta de mejora, Hospital Regional docente Las Mercedes Chiclayo Octubre 2016- Febrero 2017”, Dicho estudio tuvo como objetivo general, valorar la calidad de atención del parto vaginal percibido por las usuarias, debido a que los hospitales que conforman el sector publico afrontan problemas que respectan a calidad de atención , pese a los esfuerzos que se realizar para tratar de mejorar aún se siguen obteniendo reclamos por parte de las usuarias manifestando sus incomodidades. Además, elaborar una propuesta de mejora para la calidad de atención mediante un estudio de diseño metodológico descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se empleó como instrumento un cuestionario, obteniendo valores de frecuencias, a través de ello se entrevistó a un total de 105 mujeres en donde se obtuvo como resultado que según datos clínicos tuvo como predominancia a las mujeres multíparas con un 55,2% y con respecto a la calidad de atención del parto vaginal percibido fue de 69,5% regular, 22,9% mala y 7,6% buena. El trato del profesional médico, obstetra y el de la técnica fue bueno 57,1%, 63,8% 71,4% respectivamente. Como conclusión obtuvieron que el nivel de satisfacción fue regular con un 62,9%. A partir de datos obtenido se llegó a elaborar un plan estratégico para mejorar la calidad de atención del parto vaginal.

En una investigación correspondida a Vela (2015), quien abordó un estudio llamado “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio del centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el periodo Marzo-abril del 2015”. Dicho trabajo sostuvo como objetivo, determinar la percepción sobre la atención del parto en el servicio del centro obstétrico del INMP. El diseño empleado fue observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se aplicó como instrumento un cuestionario enmarcada por cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor, a una muestra representativa conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el INMP. En base a lo analizado se obtuvo como resultado que en la dimensión trato profesional las puérperas percibieron que siempre existió una comunicación mutua entre paciente y profesional (82,0%), además se le explicaba en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), y en todo momento se identificaban por su nombre (59%), en lo que concierne a procesos que se realizan bajo su consentimiento es, que se les pedía permiso antes de examinarla con un 83% , también siempre se respetó su intimidad (78%).Según la dimensión libre elección de la posición de atención del parto, estas manifestaron en su gran mayoría que nunca les explicaron que podían escoger la posición del parto, tampoco les

enseñaron las distintas posiciones y mucho peor, nunca les informaron que podían deambular durante el trabajo de parto siendo esta la dimensión más vulnerada con un 75%, 79% y 75% consecutivamente. En la dimensión acompañamiento y manejo del dolor, se denotó que en ese rubro si se cumplía la mayor satisfacción. En conclusión, más del 50% de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la dimensión menos valorada fue libre elección de posición de parto.

En un estudio realizado por Napanga (2016), estuvo enmarcada sobre la “Calidad de atención brindada por Obstetras durante el parto, según percepciones de las puérperas en Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla, Callao, 2016”. Tuvo como objetivo determinar la calidad de atención brindada por obstetras durante el parto según la percepción de las puérperas en Centro Obstétrico en el Hospital de Ventanilla. Metodológicamente el diseño empleado fue, de tipo descriptivo, analítico no experimental y de corte transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario tipo SERVPERF de las cuales consta de 22 preguntas divididas en 5 dimensiones. Se tomó a una muestra representativa de 251 puérperas inmediatas del Hospital de Ventanilla, con un muestreo probabilístico, que cumplieron con ciertos criterios de selección. En margen al resultado obtenido se sostuvo que el 32,7 % de la muestra oscila entre las edades de 18 a 21 años y el 21,1% entre los 22- 25 años, las preguntas más valoradas fueron en donde las obstetras fueron indiferente al dolor, el permitir el apego y la privacidad. Dado a ello, todas las dimensiones tuvieron un grado de satisfacción siendo el menos valorado, la dimensión tangible y la más valorada la empatía. Asimismo, el 55,06% de las puérperas expresan una Satisfacción por varios factores. Se concluyó que hay un grado de satisfacción aceptable en la calidad de atención de las puérperas; por las obstetras en el servicio del centro obstétrico del Hospital de Ventanilla. Sin embargo, aún hay cosas en que trabajar para su mejora continua de tal manera que se pueda evitar factores de riesgo que pongan en peligro la salud madre-niño”.

En un estudio realizada por Lam, Sánchez, Alva, Castillo y Cabellos (2017), estuvo enmarcada sobre “Violencia Obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017”. Esta investigación tuvo como objetivo general, determinar la relación entre violencia obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre de año 2017. Metodológicamente el diseño empleado es básico, no experimental, transaccional correlacional-causal, con muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Se utilizó como instrumento un cuestionario de Violencia Obstétrica y otra de estrés agudo. La primera fue construida por el OVO de España (2016), validado y adaptado para

dicha investigación, mientras que es segundo fue tomado por la elaboración de Valdez (1999). El análisis estadístico se llevó a cabo por la prueba de Normalidad Kolmogoroy Smirnoy y correlación de Pearson. En margen al resultado obtenido se sostuvo que el 81,4 % presentaron Violencia Obstétrica mientras que un 67,7% presentaron reacciones elevadas de estrés agudo. Se concluyó que existe una correlación altamente significativa entre la violencia obstétrica y el estrés agudo en puérperas atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote. Además, se observó una alta percepción de violencia obstétrica al igual que reacciones elevadas de estrés agudo.

Un estudio realizado en Arequipa por Cerpa y Velásquez (2015), titulado “Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto Eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril- junio 2015”. En donde dicha investigación trabajó con 306 mujeres en el postparto inmediato, de la cual tuvo como objetivo, demostrar si existe Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico en el Servicio de Gineco Obstetricia, asimismo conocer el grado en el que se presenta, determinar su tipo y especificar el personal de salud que lo comete. El diseño que se empleó fue descriptivo, transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario basado en 14 preguntas, en donde se obtuvo como resultado que el 98,4 % de mujeres en postparto inmediato sufrieron violencia obstétrica. En cuanto al tipo de violencia que padecieron estas son con un 30,4% violencia física, 4,2% violencia psicológica, ambos tipos con un 63,7% y las que no presentaron violencia están alrededor de 1,6%. Si hablamos del personal que ejerció dicha violencia se encontró que las obstetras y médicos residentes son los que más inciden con una totalidad de 39% y 24,3% respectivamente. Lo más impactante fue ver el cruce de variables donde las edades más vulnerables a padecer este tipo de violencia son de 15 a 22 años Se concluyó que las usuarias atendidas percibieron un alto porcentaje de violencia obstétrica de las cuales este estudio aporta elementos importantes para generar una cultura de respeto y valoración a los derechos humanos ya que ningún ser humano puede seguir siendo maltratado al recibir una atención en su salud.

Un trabajo realizado por Ayesta y Vásquez (2016), quienes abordaron un estudio llamado “Violencia Obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-2016”, Dicha investigación tuvo como objetivo general, describir, analizar y comprender las vivencias de las mujeres que han sufrido practicas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento. El diseño empleado en la investigación es cualitativo. Se utilizó la entrevista como instrumento

de recolección de datos. Una vez realizado el análisis e interpretación de las entrevistas surgieron categorías y sub categorías. Se obtuvo como resultado que las puérperas sufren maltrato psicológico durante su proceso de nacimiento, refieren haberse sentido vulneradas en todo momento por su situación dolorosa durante el transcurso de su trabajo de parto.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Un primer estudio correspondiente a Figueroa y otros (2017), realizaron una investigación en la Ciudad de México Acerca de la Violencia Obstétrica titulada "Percepción de las usuarias sonorenses". Dicho trabajo tuvo como objetivo, conocer la percepción de las usuarias de los servicios de salud sobre la existencia de violencia obstétrica. El diseño que se empleó fue cuantitativo, descriptivo. El tipo de muestreo que se realizó fue por conveniencia, mediante la técnica de bola de nieve en donde se trabajó con un total de 45 usuarias. Para la recolección de datos se utilizó un test para denunciar la Violencia Obstétrica en los hospitales extremeños que consta con 11 preguntas dicotómicas, en donde se obtuvo como resultado que solo un 37,7% de mujeres encuestadas percibieron violencia obstétrica, de las cuales dentro de esta se dieron a conocer que el mayor porcentaje de este tipo de violencia fue el no permitir que la gestante deambulara durante el trabajo de parto con un 51,1%, del mismo modo con 44,4% recibían críticas al manifestar su dolor, 26,7% impedimento para realizar contacto piel con piel con el recién nacido. Se concluyó que si bien, los porcentajes mayores no se inclinan para acciones consideradas como actos de violencia obstétrica, es de gran importancia destacar que dichos actos están presentes en porcentajes considerables y que necesitan ser mejoradas por el bienestar de las pacientes, ya que son derechos que deben ser respaldados y respetados por todos.

En un segundo estudio realizado por Rodríguez y Aguilera (2017), estuvo enmarcada sobre "La Violencia Obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. Tenerife". Tuvo como objetivo conocer si las mujeres que paren en los Hospitales de la Isla Tenerife sufren alguna forma de violencia obstétrica y cómo viven esa experiencia. Metodológicamente el diseño empleado es observacional, descriptivo. Se utilizó como instrumento un cuestionario de elaboración propia basada en un test de VO de organizaciones argentinas para la recopilación de datos mediante redes sociales a una totalidad de 282 mujeres cuyos partos fueron entre enero del 2008 a febrero del 2016. En margen al resultado obtenido se sostuvo que más de la mitad con un 56,4% de mujeres, habían sufrido violencia obstétrica durante su trabajo de parto y parto. Por otro lado, en los indicadores más vulnerados fueron la

participación de alumnos durante su estancia de práctica hospitalarias, ya que sin consentimiento las examinaban. Se concluyó que la violencia obstétrica muchas veces es generada, debido al exceso de procedimientos empleados por los profesionales y patologización que desnaturaliza el proceso normal del trabajo de parto.

En un tercer estudio de Valdez, Hidalgo y Mojarro (2013), se denomina “Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en salas de parto”. Tuvo como objetivo caracterizar los tipos de abuso ejercido por el personal de salud durante la atención del parto y analizar las respuestas de las mujeres que acudieron a los Hospitales de estado de Morelos. El diseño metodológico que se empleó fue de corte transversal. La investigación se llevó a cabo con la intervención a 512 puérperas inmediatas de 2 hospitales del estado de Morelos en las fechas del 7 de mayo al 7 de junio del 2012, en donde se obtuvo como resultado que, el 11 % de las puérperas manifestaron haber sido maltratadas por alguna profesional de salud siendo el mayor porcentaje representado con 40% por enfermeras, por otro lado, el maltrato verbal sostuvo con 19%, mientras que el maltrato físico fue un 8%. Como conclusión se obtuvo que este estudio es el primero en realizarse en la Ciudad de México que aborda el tema de violencia obstétrica y que aporta elementos sustanciales para poder modificar algunas conductas que generan rechazo por este grupo poblacional tan vulnerable que son las gestantes.

Un estudio realizado en Venezuela por Camaro, Ramírez, Lanza y Mercedes (2015), titulado “Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”. En donde dicha investigación trabajó con 160 gestantes, de la cual tuvo como objetivo general, analizar si las conductas de rutina obstétrica pautadas en la sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay incurren en actos de violencia obstétrica, tomando en cuenta lo contemplado en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. El diseño que se empleó fue analítico, transversal, prospectivo. Se utilizó como instrumento un cuestionario basado en 13 preguntas para la recopilación de datos, en donde se obtuvo como resultado que en el uso de oxitocina sin autorización alguna es alarmante, ya que sobrepasa más de la mitad con un 83,3%, además la realización rutinaria de episiotomías llega a un 75%. Por otro lado, la indicación de realizarse estimulación de pezones arrasa con un 87,7%, esta se da con la finalidad de incrementar la contractibilidad uterina. Por otro se encontró que el 97,7% de mujeres notificaron que son sometidas a revisión uterina rutinariamente lo que significa que luego del parto siguen siendo sometidas a mas medicamentos. Se concluyó que las

usuarias atendidas percibieron actos de violencia obstétrica la cual se define como un tipo de violencia de género.

En una investigación realizada por Gonzáles (2012), estuvo enmarcada sobre “Violencia: Percepción de usuarias”. Este estudio tuvo como objetivo, evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación a prácticas consideradas como violencia obstétrica. Metodológicamente el diseño empleado es prospectivo, descriptivo, exploratorio de corte transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario sobre violencia obstétrica, que fue aplicado a 425 puérperas atendidas en la Maternidad Concepción Palacios entre mayo y agosto del 2011. En margen al resultado obtenido se sostuvo que el 49,4% manifestaron haber recibido algún tipo de trato deshumanizador de las cuales también afirmaron haber sido examinadas sin su consentimiento teniendo un 66,8% y solo el 20,5% reportaron no haber padecido de ningún tipo de violencia. En torno al apego inmediato solo 23,8% se les negaron estar contacto con sus bebés además de ellos recibieron gritos durante su trabajo de parto Se concluyó que existe una elevada percepción de violencia obstétrica producto de exceso de procedimientos innecesarios sin consentimiento de la gestante, trato deshumanizado por parte de los profesionales de salud.

En una investigación en Córdoba- Argentina realizada por Durango y Morales (2017), estuvo enmarcada sobre “Revelaciones de violencia Obstétrica ocultas durante la atención del parto”. Tuvo como objetivo, describir las revelaciones de Violencia Obstétrica ocultas durante la atención del parto en una institución de salud de Montería, con el propósito de generar intervenciones que promuevan un parto humanizado. Metodológicamente el diseño empleado fue descriptivo, con enfoque cualitativo. Para la recopilación de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, de las cuales estuvieron conformadas por 8 informantes que se sintieran insatisfechas con la atención brindada durante el parto. En margen al resultado obtenido se sostuvo que a partir de ello emergieron categorías, donde a través de un análisis se determinó lo siguiente: distanciamiento entre el profesional de salud y la gestante, contenido oculto de la atención del personal de salud durante la atención del parto y sentimientos y expresiones de la mujer ante el trato recibido durante la atención del parto. Se concluyó, que las participantes efectivamente habían sido violentadas durante su estancia en su labor de parto, de las cuales hubo falta de respeto, indiferencia e insensibilidad hacia ellas. Todas las participantes mostraron sentimientos de indignación hacia los profesionales de salud debido a la falta de orientación durante este proceso nuevo para ellas.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Violencia Obstétrica

En el Plan Nacional contra la Violencia de Género (2016, 2021) y Belli (2013) en la legislación argentina, argumentaron que la violencia obstétrica incluye todo tipo de actos violentos llevados a cabo por el personal de salud en relación a los procesos reproductivos de la mujer gestante, de los cuales expresa un trato deshumanizante, medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales del parto, que por ende impactan negativamente la calidad de vida de la mujer embarazada.

Del mismo modo, cabe destacar que los actos constitutivos como violencia obstétrica según la legislación argentina, consideran que son la no asistencia oportuna y efectiva de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a dar a luz en posición litotómica, existiendo diversas posiciones y medios necesarios para optar otra posición más humanizada. También está la obstaculización del apego precoz del recién nacido con su madre, sin causa médica que justifique el accionar, negando la posibilidad de generar un vínculo entre la madre y el niño; además incumpliendo con el derecho a la lactancia materna inmediata al nacer. Por otro lado, está el alterar el proceso fisiológico y natural del proceso del parto de bajo riesgo, haciendo uso de técnicas de aceleración sin previo consentimiento de la gestante y finalmente el practicar un parto vía cesárea, existiendo condiciones para un parto natural. (Sistema de Información sobre la primera infancia en América Latina, 2004)

Para comprender esta forma de violencia, es necesario tener en cuenta el proceso por el cual la maternidad, y el parto en particular, se convirtieron en objetos de regulación por parte del sistema biomédico moderno y del aparato sanitario estatal. A partir de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio, la mujer dejó de ocupar su lugar protagónico para dejar paso a los profesionales de la salud, que avanzaron su poder gracias a su intervención en este preciso momento del ciclo de vida femenino. Las instituciones de salud, orientadas y guiadas por el ideal higienista y de asepsia, cobraron mayor importancia como espacios para que las mujeres den a luz, con lo cual se las privó del acompañamiento de los suyos, de la experiencia de las mujeres mayores y de la posibilidad de hacerlo conforme a las consideraciones y costumbres de su propia cultura. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016, 2021)

De igual modo Medina (2009), señaló que se trata de una modalidad de violencia institucional, definiéndolo como conducta u omisión llevada a cabo por el profesional

de salud que se da directa o indirectamente, tanto en el sector público como en el privado, afectando el cuerpo y los procesos reproductivos de la gestante; añadiéndose así como la apropiación del cuerpo, trayendo consigo la pérdida de autonomía y la libertad de decidir sobre su cuerpo y su sexualidad, impactando terroríficamente según la ley venezolana. Además el Grupo de Información de Reproducción elegida (2015) agrega que es una forma específica que constituye la violación de los derechos humanos causando daño físico y/o psicológico a la parturienta, expresada en un trato cruel, inhumano y degradante.

A pesar de los cambios que se están produciendo para generar una atención médica con calidez y calidad, aun se evidencia la predominancia sobre el paradigma de la tecnificación y medicalización en la atención institucional, considerando e incluso manteniendo una visión del parto como algo patológico, pese a ser un proceso reproductivo natural y que asume a la mujer como paciente y no como sujeto de derechos. Esta forma de violencia ha sido invisibilizada y responde a condicionamientos de género. (Belli, 2013).

Por su parte, el Comité de Expertas (CEVI) recomendó adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica, de tal modo que establezcan los elementos precisos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, para garantizar la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en relación a su salud sexual y reproductiva. Así mismo que los centros de salud adecuen y adopten un enfoque intercultural que respete las costumbres de la población indígena. (Mecanismo de seguimiento convención Belém do Pará, 2014)

2.2.1.1 Violencia:

La Organización Mundial de la Salud (2018) define la violencia como:

“El uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

Además, la violencia como herramienta humana de dominación, poder y control ha existido desde el comienzo de la historia como una plaga basada en cuestiones patriarcales, machistas y sexistas. Por otro lado, Calabrese (1999) agrega que la violencia y la agresión van a la par de tal modo que son dos caras de la misma moneda que tradicionalmente ha sido aceptado como un mecanismo de control por parte de individuos que han tenido el rol hegemónico

dentro del grupo social que de una u otra forma han sido justificados y por lo tanto, legitimados en el ejercicio de esa violencia y de ese poder arbitraria.

Según la Organización mundial de la salud divide la violencia en: Violencia auto infligida (comportamiento suicida y autolesiones), violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco) y la violencia colectiva (social, política y económica) (OMS, 2018). Mientras que Berenstein (2000) planteó la necesidad de diferenciarlos discriminando sus diversos orígenes, configuraciones y efectos manifestándolos en tres espacios el individual (intrasubjetivo), el vincular (intersubjetivo) y el espacio de lo social (transubjetivo).

2.2.1.2 Género:

El género se refiere a conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los varones y mujeres. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre ambos sexos que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

Además, Murguialday (2006) subraya que el género es más culturalmente construido que biológicamente determinado. Desde la antropología, el género ha sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación entre ser hombre y ser mujer dando lugar así un sistema de sexo y género de tal modo que Rubín (1975) planteo que dan significado a la conducta de las personas en razón a su sexo.

Para la psicología en concepto "género" alude a una construcción psicosocial mediante la adquisición de atributos femeninos y masculinos. (Dio Bleichmar, 1985)

I. Construcción Social de Género.

Es un conjunto de avenencias elaboradas por una población y/o comunidad específica, de tal modo que se realizan a través de procesos de enseñanza-aprendizaje. Esta construcción del género, actúa sobre otras dimensiones como las etnias, sexo, edad, nivel educativo, la clase

social a la que pertenecen y la zona donde residen de modo que genera diferencias influyentes para fomentar discriminación. La socialización diferenciada es una práctica discriminatoria que crea, fomenta y reproduce la inequidad en las oportunidades de desarrollo y la calidad de vida reproduciendo y perpetuando el uso del poder y la dominación sobre las mujeres (Fernandez, 2015).

Por otro lado, Scott (2008), señala que existen cuatro elementos interrelacionados presentes en la construcción del género que explican su complejidad. En principio, los símbolos culturalmente evocan representaciones múltiples, a menudo contradictorios, que sirven como patrones de identificación de ambos sexos. En segundo lugar, se centra en conceptos normativos, estos son aquellos que reprimen y polarizan comportamientos y tareas que incluyen desde normas religiosas hasta leyes que afirman equivocadamente el significado de los masculino y femenino en un orden aparentemente lógico. En tercer lugar, incorpora el sistema institucional y político en el que se crea y construye el género, teniendo en cuenta los socializadores primarios como secundarios, así como los diversos espacios donde la persona se desarrolla según asignación de roles y capacidades. Finalmente, considera la identidad subjetiva, dando un peso al gen que posiciona y determina el proyecto de vida.

II. Desigualdad de Género:

Las Desigualdades de género son consecuencia directa de las perspectivas tradicionales sobre el lugar y el papel que deben ocupar las mujeres en la sociedad, basadas en prejuicios y discriminaciones. Además, está constituyendo un grave obstáculo para el desarrollo humano, en estos tiempos aun tanto las niñas como las mujeres han progresado mucho desde el año 1990, sin embargo, esta situación no ha alcanzado una equidad de género en su totalidad ya sean sufriendo discriminación en el ámbito de la salud, educación, política y mercado de trabajo, teniendo repercusiones para el desarrollo de sus capacidades y libertad de decisión. (United Nations Development Programme, 2018)

En cuanto al último informe del Índice de Desarrollo Humano (2016-2018), los resultados obtenidos fueron que Noruega, Suiza, Australia, Irlanda y Alemania encabezan la clasificación HDI de 189 países y

territorios, mientras que Níger, la República Centroafricana, Sudán del Sur, Chad y Burundi tienen los puntajes más bajos en la medición del IDH de los logros nacionales en salud, educación e ingresos. Mientras que, a nivel mundial hacia mejoras continuas del desarrollo humano, se calcula que el IDH de 59 países se encuentran actualmente en el grupo de desarrollo humano muy alto y solo 38 países caen en el grupo HDI bajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), ONU Mujeres, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) sostienen que para superar las brechas que existen entre hombres y mujeres alrededor de todo el mundo generadas por las desigualdades raciales y étnicas requieren el desarrollo y la implementación de políticas públicas estandarizadas que permitan avanzar hacia la autonomía económica y la igualdad de género. (Naciones Unidas, 2010)

Los Objetivos y metas del Milenio (2010) constituyen uno de los pilares para el desarrollo de la región. Hacer el seguimiento de su evolución y sus avances y proponer alternativas de políticas públicas para enfrentar las dificultades inherentes a este reto, es una tarea que las Naciones Unidas realiza con especial interés. Por ello, el informe de 2010 se presenta con enorme orgullo, con la convicción de que será un gran aporte para los países de la región, además anuncia que, si América Latina y el Caribe quieren abordar eficazmente sus enormes desigualdades sociales, necesitan concentrar esfuerzos, recursos y espacios en las políticas públicas orientadas hacia las mujeres, ya que son ellas la más vulneradas.

III. Desigualdad de Género como Problema Estructural.

La desigualdad social y de género es un problema estructural que exige la intervención de políticas públicas, con medidas de corto, mediano y largo plazo para que la desigualdad sea efectivamente erradicada. En nuestra región todavía hay carencia de políticas públicas bien estructuradas y con una perspectiva estratégica en relación al trabajo, la no discriminación en todas sus dimensiones. Actualmente 200 millones de personas están desempleadas. Durante la próxima década,

será necesario crear 600 millones de empleos adicionales para compensar el continuo crecimiento de la oferta de mano de obra. 900 millones de trabajadores no ganan lo suficiente para salir de la pobreza. Para avanzar hacia la autonomía económica y la igualdad de género, los cinco organismos internacionales proponen un conjunto de recomendaciones para el desarrollo de políticas, que buscan apoyar a los gobiernos, organizaciones de trabajadores y de empleadores, además de los movimientos de mujeres en la construcción de políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo en sus países. (Organización Internacional del trabajo, 2012)

2.2.1.3 Violencia de Género:

La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en el género y agravada por la discriminación derivada de la coexistencia de diferentes identidades (raza, clase, edad, etnia, entre otras), que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona, tanto en los sectores público como privado. Además, se trata de esa violencia que ocurre en un contexto de desigualdad sistemática que se refiere a una situación estructural y un fenómeno social y cultural vinculado en las costumbres y pensamientos de todas las sociedades y que se basa en concepciones relacionadas con la inferioridad y subordinación basadas en discriminación por sexo-género. Además, si es estado tolera o perpetra este tipo de violencia formaría parte de un sistema que no respeta ni hace respetar la leyes en la sociedad. (Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer., 1995)

A. Tipos de violencia de género:

Dentro de estas tenemos a la Violencia física de las cuales, ésta es la forma más evidente de violencia. Es aquella que se emplea contra el cuerpo de la mujer ya sea acción o conducta, que causa daño, dolor o riesgo de producirlo. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación. (Weber, 2007) Mientras que la Violencia psicológica es una forma de abuso que no usa la fuerza física, pero esta está tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla, aterrorizarla, ignorarla, insultarla o avergonzarla. Puede

tratarse asimismo de no prestarle apoyo emocional, desatender sus necesidades educacionales o médicas, exponerle a violencia doméstica y acoso psicológico o someterles a novatadas. ocasionando daños psíquicos alterando algunas funciones mentales o capacidades de la persona. (UNICEF, 2007-2011)

La Violencia sexual, abarca actos que van desde acoso verbal a la penetración forzada que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva. Dentro de estas están la violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por desconocidos o conocidos; insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.); violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada); abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas; violación y abuso sexual de niños; y formas “tradicionales” de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y “herencia de viuda”. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

A diferencia de la violencia psicológica y física, la violencia económica y patrimonial aun suele pasar desapercibida. Este tipo de violencia es la acción u omisión que afecta la supervivencia de las víctimas ocasionando un menoscabo en los recursos económicos, privándolas de recursos necesarios para la manutención del hogar y la familia o bienes patrimoniales esenciales para satisfacer las necesidades básicas como la salud, educación, vestimenta y alimentación. Además, la pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales. (Procuraduría General de la República Mexicana, 2017)

2.2.1.4 Tipos de Violencia Obstétrica:

En el decreto de la Lucha contra la violencia basada en género el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2016, 2021) clasificó a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género estipulándolo como acción ejercida por los profesionales de salud y denominándolo como una violencia institucional generando un abuso en la atención de la mujer gestante en la salud sexual y reproductiva que involucra desde la calidad y calidez de la atención hasta la efectuación de procesos innecesarios generando un impacto negativo en sus vidas. El MIMP (2016, 2021) los divide en dos, mientras que Gherardi (2016) los llama modalidad de la violencia obstétrica.

- i. **Violencia Obstétrica Física:** Esta se desarrolla mediante las prácticas invasivas y suministro de medicación no justificada por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. Así mismo se comete cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto natural. Por otro lado, dentro de las prácticas invasivas encontramos los excesivos tactos vaginales, tactos dolorosos, ruptura artificial de membranas, rasurado perineal, enema, venoclisis, medicalización, episiotomía y uso de la Maniobra de Kristeller para culminar el expulsivo de manera rápida.
- ii. **Violencia Obstétrica Psicológica:** Incluye el trato deshumanizado, grosero con discriminación y humillación en momentos donde la gestante solicita ayuda para que la guíen y atiendan durante el proceso de su trabajo de parto y parto. Asimismo, comprende la falta de información en lo respecta al proceso del parto y el estado de su hijo o hija.

Lo más frecuente que suele evidenciarse en esta fase tan vulnerable para la mujer, son los gritos ejercidos por los profesionales de salud, de modo que levantan la voz para expresar enfado y desaprobación cuando la mujer no sigue los pasos determinados. Así mismo, las burlas que ridiculizan a las mujeres generan abusos que traen consigo apodosos relacionados a los aspectos físicos de la paciente o de alguna circunstancia. Finalmente, la indiferencia de los personales de salud genera que las gestantes se sientan desprotegidas, ya que con tanta frialdad y desapego las usuarias tienen miedo incluso de expresar sus sentimientos.

2.2.1.5 Legitimados activos

Las personas que pueden ejercer este tipo de violencia son los profesionales de la salud. Muchos piensan que por el hecho de llamarse violencia obstétrica esta se limita únicamente al hecho de que el responsable es solo el profesional encargado en este ámbito de la ginecología u obstetricia; sin embargo, el ámbito que involucra es mucho más amplio. (Medina, 2009) Dentro de las clasificaciones se deben considerar legitimados activos para producir violencia obstétrica los siguientes:

- **Medico Asistente:** Es un profesional médico que ejerció la carrera de medicina y que desempeña tareas encaminadas como promover, restablecer, identificar, diagnosticar y curar enfermedades y está capacitado a realizar cargos administrativos y clínicos dependiendo de la especialidad. (Colegio Médico del Perú, 2000)
- **Residente:** Es un profesional de salud que después de obtener el título como médico posteriormente recibe un entrenamiento en un área específica de salud para una determinada especialidad en la rama de la medicina. (Comisión Nacional de Residencias Médicas, 2012)
- **Obstetra:** Es aquel personal de Salud especialista en la rama de la Obstetricia, que se encarga del cuidado del embarazo, parto y post parto, es decir en el campo de la salud sexual y reproductiva de la mujer como base general, inmersos en los problemas sociales, individuales y colectivos de la familia con respeto, calidez, discreción y sin discriminación. (Colegio de Obstetras del Perú, 2012)
- **Enfermera:** La enfermera es un profesional de la ciencia de la salud que participa en la prestación de servicios de salud integral en los procesos de prevención, recuperación, rehabilitación de la salud en la persona y familia y comunidad. (Colegio de Enfermeros del Perú, 2002)
- **Técnico de Enfermería:** Es un técnico de nivel superior que está capacitado para integrarse al equipo profesional de salud en distintas áreas de salud para la ejecución de procedimientos básicos de enfermería y realizar acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del individuo, la familia y comunidad. (AIEP, 2017)
- **Interno de Medicina:** Se le denomina aquel estudiante de último año que realiza rotación en diversos servicios de los hospitales para

consolidar sus conocimientos adquiridos durante ciclos previos en la universidad. (Ministerio de Salud, 2015)

- **Interna de Obstetricia:** Se le denomina al alumno del último año de estudios de formación de pre-grado, que se encuentra realizando el periodo de rotación intrahospitalaria señalado en el plan de estudios de la institución de donde procede, con el objetivo de adquirir, desarrollar y fortalecer destrezas en el manejo y asistencia de pacientes en los diversos servicios programados. (Ministerio de Salud, 2015)

2.2.1.6 Marco legal

I. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud Para un Parto respetado 1985

La Organización mundial de la salud elaboró 16 recomendaciones para un parto respetado; es decir, aquel parto donde se respete desde la calidad del trato hasta la realización de procedimientos durante esta etapa, de la cual considera que estas se deben aplicar en todos los países del mundo de forma estandarizada, ya que toda mujer gestante tiene derecho a una atención personalizada y adecuada en sus controles prenatales, asimismo ser la protagonista durante su atención, de modo que se permita su participación en todo momento. Estas recomendaciones toman en cuenta factores sociales, emocionales y psicológicos que se reconocen como fundamentales para proporcionar una atención adecuada en los servicios de salud. (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, 2006,2007)

Dentro del marco de recomendaciones se determinó que la población debe ser informada sobre los diversos procedimientos que abarcan la atención del parto, con el fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera según los aspectos culturales y costumbrista que proveen. Además, las obstetras deben recibir capacitaciones actualizadas para la atención y así efectuar sus diversas competencias profesionales. Por otro lado, los centros de salud y/o hospitales tienen que brindar información a la población sobre la tasa de partos vaginales y cesáreas. Finalmente, en base a los procedimientos ejercidos durante el proceso del trabajo de parto y parto tenemos que: No existe justificación en ninguna parte del mundo para realizar cesáreas en más de un 10 al 15%, así como tampoco hay evidencias donde

se mencione que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior; es por ello, que deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia. Las gestantes no deben ser colocadas en posición litotómica durante el trabajo de parto, sino más bien promover la libertad de escoger la posición más cómoda y adecuada para ella ya sea en el trabajo de parto y parto. No hay indicación y/ o justificación alguna de realizar afeitado en la región púbica, colocar de enemas, uso rutinario de episiotomías, ruptura artificial de membranas rutinarias, administración rutinaria de fármacos para corregir o evitar complicaciones en el parto, así como usar medicamentos para la inducción artificial del parto por conveniencia. En base a lo mencionado en ninguna parte del mundo se debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%. y mucho menos realizar pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto ya que no hay efectos positivos en el resultado del embarazo por ende no hay razón alguna hacerlo. Se recomienda que el neonato permanezca en contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, ya que ningún procedimiento de observación al recién nacido justifica la separación de la madre, así mismo se debe fomentar el inicio inmediato de la lactancia materna. Finalmente, las atenciones obstétricas deben respetar los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento para fomentar un parto respetado. (Hosp. Materno Infantil Ramón Sardá, 1995, págs. 4-5)

II. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva 2018

Estas nuevas y actualizadas directrices ejecutadas y publicadas por la OMS (2018), aborda problemas e identifica prácticas más comunes usadas durante el parto, con el fin de establecer normas estandarizadas de buenas prácticas para llevar a cabo un parto sin complicaciones, promoviendo así una atención libre de violencia obstétrica brindando una experiencia más positiva para las parturientas. Lo dividió en lo siguiente:

- 1. Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento:** Dentro de ello se recomienda la atención con respeto a las gestantes, de tal modo que no violentemos su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurando su integridad física y trato adecuado, permitiendo tomar una decisión informada y recibiendo constante apoyo durante todo el proceso, así como estableciendo la comunicación efectiva de tal

modo que el personal de salud maneje un lenguaje entendible, adecuado a la cultura del paciente. Por otro lado, el acompañamiento es de libre elección del paciente, en casos de haber parteras que fomenten apoyo a las gestantes es recomendada su participación en este proceso. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

2. **Periodo de dilatación:** Para la práctica se recomienda el uso de las siguientes definiciones durante el periodo de dilatación: La fase latente es un periodo que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables cérvix, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión lenta de la dilatación hasta 5 cm para las primerizas. En cambio, la fase activa se caracteriza por presentar contracciones dolorosas y regulares con borramiento y dilatación más rápida del cérvix a partir de los 5 cm hasta la dilatación total. Con respecto a la duración es recomendable informar a la paciente que no hay una duración estándar o establecida para la fase latente, lo que varía de una mujer a otra. Sin embargo, en la fase activa, a partir de los 5 cm hasta la dilatación completa generalmente no excede las 12 horas en primerizas, y en los partos subsecuentes no pasa de las 10 horas.

Durante la fase activa no se recomienda tomar en cuenta en el partograma, si el progreso de la dilatación pasa por la línea alerta para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos, debido a que la velocidad de la dilatación del cérvix para aquellas gestantes que inician espontáneamente el trabajo de parto, el umbral de velocidad de dilatación es como mínimo de 1 cm por hora, a partir de la fase activa de las cuales resulta irrealmente rápida al igual que si la dilatación no progresa y es menor de 1 cm por hora, tampoco debe ser indicador de rutina para intervención obstétrica. Es posible que el trabajo de parto no progrese naturalmente o este demore hasta alcanzar los 5cm de dilatación. Por consiguiente, no se recomienda usar intervenciones médicas para acelerar el parto y el nacimiento usando ya sea oxitocina o producir una cesárea, siempre y cuando se aseguren que la mamá y él bebe se encuentren en óptimas condiciones.

En la política de ingreso a sala de parto se recomienda una demora hasta el periodo de dilatación activa. No se recomienda la pelvimetría

clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas. Tampoco es recomendable la toma de cardiotocografía de rutina para la evaluación fetal en el ingreso, pero si es recomendado auscultar mediante ecografía doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar fetal en el ingreso para el parto.

Otros intervencionismos no recomendables es el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal, colocar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo del parto, cardiotocografía continua para evaluar bienestar fetal en gestantes sin complicaciones con trabajo de parto espontáneo, así como el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción del trabajo de parto. También no está recomendado la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina para prevenir infecciones, así como el uso de temprano de amniotomía para prevenir retraso en el trabajo de parto, así como el uso de oxitocina o antiespasmódicos o uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración de este proceso.

Lo que sí está recomendado es realizar tactos vaginales a intervalos de 4 horas para la valoración de rutina e identificación de prolongación del trabajo de parto activo, así como la auscultación intermitente de la FCF con el doppler o Pinard. En caso que las gestantes sin complicaciones soliciten alivio del dolor durante el trabajo de parto es recomendable el uso de anestesia epidural dentro de estas los medicamentos recomendables son los opioides de administración parenteral, como fenatilo, diamorfina y petidina. Se recomienda técnicas de relajación, incluso relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación entre otras para el alivio del dolor. También se puede usar otras técnicas como los masajeos o aplicación de compresas tibias dependiendo de las preferencias de la mujer sin complicaciones. Así como también, se les está permitido ingerir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, alentar la movilidad y adoptar la posición que ella desee en mujeres con bajo riesgo.

3. **Periodo expulsivo:** Durante esta etapa se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición “El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cérvix y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo

involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas” además de deber de informar a todas las mujeres, que este periodo puede variar entre una mujer y otra. Primerizas completa en 3 horas mientras que en partos subsecuentes torna 2 horas.

También se recomienda alentar a las mujeres que no harán uso de epidural para poder adoptar una posición para dar a luz, dejando que libremente escoja la más cómoda para ella, del mismo modo para aquellas que hagan uso de la epidural. Así mismo alentar y asistir a las mujeres que sigan su propia necesidad de pujar y en el caso de aquellas con anestesia epidural se recomienda en retrasar la acción de pujar durante 1 o 2 horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial, siempre en cuando los servicios de salud cuenten con los recursos necesarios para evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia fetal.

Se recomienda también reducir técnicas para reducir traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneas incluyendo masajes perineales, compresas tibias o protección activa del perineo. Otras actividades de rutinas excesivas no recomendadas son las episiotomías en mujeres que presentan parto vaginal espontaneo y mucho menos la aplicación de presión al fondo uterino para facilitar la salida del bebe (Kristeller).

4. **Alumbramiento:** Durante el proceso del alumbramiento se recomienda el uso de útero tónicos profilácticos para prevenir hemorragias pospartos y el medicamento recomendado es la oxitocina (10 UI, IM/IV). Por otro lado, para los lugares donde no está disponible, se recomienda usar otros medicamentos como ergometrina/metil ergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina o misoprostol por vía oral (600 µg). Por otro lado, la tracción controlada del cordón es recomendado para partos vaginales si es que para el prestador de salud considera mayores beneficios como la reducción del sangrado y disminución de la duración del alumbramiento. Asimismo, no se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir hemorragias postparto a mujeres que han sido administradas la oxitocina como medida profiláctica.

En relación al recién nacido se recomienda el pinzamiento tardío de cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición.

5. **Atención del recién nacido:** A los recién nacido con líquido amniótico claro que empiecen a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de boca ni de nariz. Por consiguiente, se les debe mantener en contacto piel con piel con la madre durante la primera hora después del nacimiento para prevenir hipotermia y promover lactancia materna inmediata solo en caso que no tengan complicaciones, incluso aquellos con bajo peso al nacer pueden amamantar y se les debe permitir lo más pronto posible después de corroborar la estabilidad clínica de madre y bebe. Y finalmente se le debe administrar la vitamina K, 1mg vía IM después de la primera hora, debido al tiempo que tomara este proceso de la lactancia y apego.

III. Diez principios del Cuidado Perinatal que señala la OMS Organización Mundial de la Salud (OMS)

En Europa, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2002), desarrollo un taller sobre el cuidado perinatal, de las cuales se propuso 10 principios que deben ser considerados en el cuidado perinatal, de tal modo que en una segunda reunión decidieron tocar puntos focales, donde también involucro la salud reproductiva de las mujeres y niños de dicha región. Así mismo, a través de estudios analizados evidenciaron un continuo uso de tecnologías inapropiadas en el cuidado perinatal. Los 10 principios son: Ser no medicalizado, es decir que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un mínimo de intervenciones necesarias y usar la menor tecnología posible. Así como usar la tecnología apropiada es decir acciones, métodos, procedimientos, tecnologías, equipamiento aplicadas a resolver el problema específico, Este principio está basado en reducir el uso excesivo de tecnología sofisticada o compleja, Además debe ser basado en evidencias, quiere decir que sea avalado por evidencia científicas disponibles y por estudios apropiados y controlados, tener un sistema eficiente de referencias de centro de cuidado primario a niveles de cuidado terciario, trabajar con un equipo multidisciplinario con participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogo, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad. Por otro lado, el cuidado perinatal debe ser integral, de tal modo

que debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, niños y familias y de la pareja con la finalidad de que no solo se aboquen al cuidado biológico Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos, así como tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres, respetando la privacidad, la dignidad y la confidencialidad. (Chalmers, Mangiaterra, & Porter, 2002)

Asimismo, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la OPS/OMS, publicó en el año 2003 el Decálogo que consisten en las Metas a lograr en la atención Materno Perinatal en América y el Caribe, dentro de ellas se establecieron lo siguiente: Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios, toda mujer de la América Latina y el Caribe pueda alcanzar su salud reproductiva, además todas las prácticas utilizadas durante la atención deben estar basadas con la mejor evidencia disponible. El trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora, la atención debe basarse no sólo en los aspectos físicos, sino también emocionales y sociales, de tal manera que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención recibiendo una calidad de atención igualitaria. Así mismo la región debe exigir a los profesionales de la salud que cuenten con un sistema de certificación periódica de tal modo estén capacitados para cualquier ejercicio profesional que desarrollen. (Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2003)

IV. Declaración Universal de los Derechos Humanos – 1948

Los derechos humanos, proclamada por la asamblea General de las naciones Unidas en el año 1948 son las principales bases legales para la defensa de las personas, es decir son aquellos que nos avalan y protegen ante diversas situaciones; por ende, son universales, indivisibles e interdependientes. Por lo tanto, en esta problemática de la violencia obstétrica y la calidad de la atención podemos denotar que dentro de este margen se recalcan artículos que suman como defensa de la población hacia sus derechos: Los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos, es por ello que tenemos derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona, a ser tratado equitativamente, a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y a la igual protección contra toda discriminación que infrinja esta declaración; derecho a la libertad de pensamiento y de religión; esto incluye la libertad de creencia y costumbres

individuales o colectivas. Así como el derecho a la libertad de opinión y de expresión y a recibir informaciones y opiniones. Por otro lado tenemos derecho a recibir cuidados y asistencias en la maternidad y la infancia así como protección en estas etapas vulnerables. (Naciones Unidas, 2005)

V. Derechos sexuales y Reproductivos

La salud sexual y reproductiva es un aspecto central en la vida de mujeres y hombres, de modo que tiene un gran impacto en su desarrollo. Actualmente en el Perú muchos jóvenes y adolescentes no cuentan con estas facilidades de modo que sus derechos son violentados por el estado peruano, además una mujer peruana cada día muere por relaciones con el embarazo y parto que pudieron ser prevenidas tan solo con dar el acceso a recibir educación e información en su salud sexual y reproductiva con una atención con calidad y calidez. Es por ello que UNFPA está apoyando a los esfuerzos del estado para el desafío actual que vive el Perú adopte enfoques basados en los derechos humanos, género y cultura para asegurar que se cumpla en cada rincón del país. (United Nations Population Fund, 2018)

Por otro lado los derechos sexuales y reproductivos, están protegidos por la legislación internacional de los derechos humanos y bajo resguardo de las Naciones Unidas mediante documentos legales que apoyan dicha promulgación dentro de ellas tenemos a la declaración de Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995). (Red Iberoamericana por las Libertades Laicas, 2006).

A. Derechos Sexuales:

Los derechos sexuales son derechos humanos, universales e inherentes a todo el ser humano, debido a que la salud es un derechos fundamental y básico para la existencia. Dentro de ellos tenemos a los siguientes: Todo tenemos derecho a vivir una sexualidad libre y responsable, esto abarca la capacidad de tomar decisiones autónomas por la orientación y/o preferencia sexual y la

elección de formas de protección para prácticas sexuales seguras, del mismo modo a vivir una sexualidad sin discriminación, coacción ni violencia, derecho a al placer sexual, a la equidad sexual, a la expresión sexual y sobre todo a la privacidad sexual. Por otro lado, tenemos el derecho a recibir información y educación sexual integral de tal modo se respete la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. En caso de abuso sexual tenemos derecho a recibir asistencia legal, atención para prevenir, diagnosticar y tratar ITS. (World Association for Sexual Health, 2015)

B. Derechos Reproductivos:

Dentro del marco, el Perú cuenta con leyes y normas que reconocen la necesidad de estas como parte esencial del desarrollo de los ciudadanos, de tal modo que en la Constitución Política del Perú (2015, págs. 13-19), señala en el capítulo II artículo 6 y 7 que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad saludable lo cual reconoce el derecho a decidir libre y responsablemente si tener o no hijos, cuándo, cuántos y con quién tenerlos y a información clara y oportuna para poder decidir, recibir consejería sobre anticoncepción y tener garantizado el acceso a los diversos métodos, para poder elegir libremente y adoptar el método de preferencia, incluida la anticoncepción de emergencia y métodos irreversibles como ligadura de trompas y/o vasectomía. También a recibir atención con privacidad, confidencialidad, seguridad y respeto a la dignidad como a una atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio. Así como recibir información en situación de embarazos no deseados o inoportunos, brindados con respeto y calidad de atención. métodos confiables de diagnóstico y de tratamiento. (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo CAIRO+20, 2013, págs. 8-10)

VI. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (CEDAW):

Dentro del marco legal del CEDAW, recalca que la discriminación hacia a la mujer viola los principios de la igualdad a los derechos, la dignidad humana y dificulta la participación de la mujer en distintos ámbitos de su vida, así como generando un obstáculo que entorpece y debilita su desarrollo. Es por ello que esta organización tiene presente, que la mujer es aquella que genera gran aporte a la familia, pero sin embargo aún en esta sociedad no reconocen el valor de esta, ni la importancia de la maternidad, y es allí donde se debe trabajar para generar igualdad de modo que las autoridades e instituciones públicas y/o privadas actúen y velen por salvaguardar toda aquella violencia efectuada hacia este grupo poblacional, de modo que pide a los estados que se adopten medidas con carácter legislativo para modificar o derogar leyes y reglamentos en beneficio de la población. Así como adoptar medidas de modo que eliminen brechas en la atención en los servicios de salud asegurando condiciones equitativas e igualitarias así como garantizar servicios apropiados en relación al embarazo parto y puerperio, de modo que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2013), garantiza que todas las mujeres en condiciones de exclusión se les garantizar el acceso a los establecimiento para una atención en su proceso reproductivo así mismo los servicios de emergencia obstétrica, respetando la interculturalidad de cada país o región. (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 2010, págs. 6-15)

VII. Legislación Internacional.

1. Argentina

Según INFOLEG (2004), la ley Nacional de derechos de Padres e hijos durante en proceso del parto, está dentro del marco legal de la ley 26485, que es la Ley de la Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales como una de las modalidades de Violencia obstétrica.

La ley 25929, "Ley de Parto Humanizado" (2018, págs. 5-9), establece que las leyes nacionales y/o entidades de la medicina, deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, de modo que esta será

aplicada tanto en el ámbito público como privado en territorio nacional; incorporándose de pleno derecho al programa médico obligatorio. Dentro del reglamento en el artículo 2° de la ley mencionan que toda mujer tiene los siguientes derechos: A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante los procesos, de manera que adopte libremente sus decisiones, a ser tratada con respeto de modo individual y personalizada garantizando su privacidad y considerando su interculturalidad, también a ser considerada como una persona sana durante todo el proceso, de modo que se facilite su participación como protagonista principal de su parto, al igual que se respete un parto natural, respetando los tiempo biológicos y psicológicos, evitando practicas invasivas y suministros de medicaciones no justificadas por el estado de salud de las parturientas o de la persona por nacer. Las gestantes deben ser informadas sobre la evolución de su parto y el estado del bebe, tienen derecho al acompañamiento por un familiar durante el proceso del trabajo de parto, parto y postparto. Así como tener a su hijo inmediatamente después del nacimiento siempre en cuando no requiera cuidados especiales que lo ameriten. Debe ser informadas sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo sobre el amamantamiento y cuidado del RN. Por ultimo a no ser sometida a ningún examen o intervención de investigación salvo consentimiento manifestado bajo protocolo de bioética.

En el artículo 3° sobre los derechos del recién nacido refieren, que todo RN tiene derecho a que se le trate con respeto y dignidad, a que tenga una correcta identificación y a no ser sometido a exámenes o intervenciones sin consentimiento de la madre; y pone relieve a la internación conjunta con la madre lo más antes posible, teniendo en cuenta el estado de salud y dentro del artículo 4° destacamos al derecho que se facilite e incentive la lactancia materna. Dicha Ley sancionará como falta grave con responsabilidad civil o penal a aquel profesional que incumpla con las obligaciones de esta ley. (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2018)

2. Venezuela

La asamblea Nacional Constituyente (2018, págs. 1-5) aprobó la ley de Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado, en

donde se comienza con la conquista de los derechos de la mujer gestante durante este proceso, así mismo se busca promover, proteger y garantizar los derechos humanos de quienes involucran el proceso de la gestación, parto y nacimiento del RN.

Dentro del margen legal de la ley se mencionan los siguientes derechos: Derecho a la igualdad y no discriminación, es decir recibir un trato humanitario y equitativo, a ser tratadas como personas sanas durante la gestación, trabajo de parto, parto y postparto, ya que la gestación es un proceso fisiológico que forma parte natural de la vida humana. Todas las parturientas tienen derecho a recibir una información integral con alcance del parto y el nacimiento humanizado, derecho a la decidir de forma libre, responsable e informada sobre los procesos de la gestación y el parto, dentro de ello incluye la participación considerándola como protagonista principal de su parto, derecho a estar acompañada con un familiar bajo decisión de ella, a estar en movimientos y adoptar posiciones según su comodidad en los diversos procesos del parto, tienen derecho a decidir si desean que le rasuren, le coloquen enema, se le administre algún medicamento para acelerar su parto, el destino de su placenta y de no separarse de su hijo inmediatamente después de su nacimiento (derecho al apego inmediato). Por otro lado tienen derecho a un espacio que garantice su intimidad, sea confortable, haya calidad, sea cómodo e idóneo para la atención de su trabajo de parto y parto así como la privacidad y confidencialidad. La ley prohíbe todo trato irrespetuoso, es decir recibir humillaciones, ofensas, aislamientos, obstaculización de apego inmediato, además prohíbe prácticas rutinarias e innecesarias como las episiotomías, maniobra de Kristeller, amniotomía, inducciones de trabajo de parto o la obligación de dar a luz en posición supina y con piernas levantadas. (Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela, 2018)

La ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia refiere que la violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública y violencia sistemática sobre sus derechos humanos, es por ello que en el artículo 51 se estipula los actos que se consideran como violencia obstétrica: La no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la gestante a dar a luz en posición litotómica, existiendo otros medios para optar por el parto

vertical, luego tenemos la obstaculización del apego precoz del recién nacido y su madre sin motivo alguno, negando la posibilidad de fortalecer el apego y el amamantamiento inmediato, después está el alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario de la gestante, así como el practicar un parto por cesárea existiendo condiciones necesarias para un parto vaginal. De modo que se cometa este tipo de violencia el tribunal impondrá al responsable una multa de 250 a 500 U.T como sentencia condenatoria al colegio profesional o gremial por procedimientos disciplinarios. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2007)

3. Otros países:

Otros países que cuentan con leyes y normas tenemos a México con la ley para la humanización del parto y nacimiento de las cuales considera como delito toda acción u omisión por parte del personal de la salud que lastime denigre o cause muerte a la mujer durante la etapa de la gestación, trabajo de parto, parto y post parto. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2011)

Luego esta Uruguay con ley N° 17386 ley de acompañamiento a la Mujer en el Preparto, Parto y Nacimiento, dentro de esta normativa se promueve la necesidad de que la parturienta disfrute de su pleno proceso de parto haciendo que se respete sus derechos en todo momento aplicando la humanización en este periodo. de acuerdo a ley hace hincapié de que en todo momento debe existir la participación de un acompañante debiéndose aplicar en sector público como privado. (IMPO Centro de Información Oficial, 2001)

En la ley N° 18426 de Paraguay sobre la Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva expresa en el artículo 3° promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad en todo momento del periodo de trabajo de parto y parto, así como también respetando el tiempo biológico y psicológico natural de la gestación y pautas generales de la mujer como protagonista principal, evitando prácticas invasivas o suministros de medicación no justificadas por ninguna entidad de la salud. (El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2008)

En Perú solo tenemos un Norma Técnica que avala una atención de parto vertical con adecuación intercultural, el objetivo de esta norma es estandarizar la atención de parto de acuerdo a criterios de experiencias nacionales e internacionales en todos los servicios de salud con el fin de contribuir a la disminución de la incidencia de partos institucionales, así como evitar muertes maternas en relación a ello. También está vinculado en respetar los derechos de mujer gestante en esta etapa vulnerable donde requiere respeto, intimidad y protagonismo en esta fase importante de su vida. (MINSA, 2005)

2.2.2. Percepción de la calidad de atención del parto

2.2.2.1. Gestación:

La federación Internacional de Ginecología y Obstetricia definen la gestación a través del comité de aspectos éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las mujeres, como un proceso que empieza desde la producción de gametos femeninos y masculino y su unión durante el proceso de la fecundación y finaliza después del parto. (FIGO, 2006, pág. 251) Por otro lado, la OMS refiere que el embarazo empieza con la implantación llamada también anidación y termina con el nacimiento de un bebé o un aborto. (Nuñez de Castro, 2008, pág. 97)

Se dice que las gestaciones en embarazos únicos duran un promedio de 40 semanas que equivale a 280 días considerándolo desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha probable de parto considerado. El embarazo suele dividirse en tres etapas para ver el desarrollo del feto. (The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice Society for Maternal- Fetal Medicine, 2013)

2.2.2.2. Parto:

Según Pacheco (2014) refiere que:

“Es el resultado de una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción maduros o casi maduros”. (pág. 1285)

Según Fescina, Schwarcz y Duverges (2016) lo define como:

“La expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 g o igual o mayor a las 22 semanas completas, contadas, desde el primer día de la última menstruación”. (págs. 469-471)

Dentro de esta se encuentra distintos tipos de definiciones de parto según la culminación de esta: El parto pos término o pos maduro es cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más, el parto a término acontece cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación, el parto pre término o llamado prematuro involucra entre 22 y 36 semanas completas, parto inmaduro es una subdivisión de parto prematuro constituido entre las 22 y 27 semanas completas. (Fescina, Schwarcz, & Duverges, 2016)

2.2.2.3. Trabajo de Parto:

Según Pacheco (2014) señala que:

El trabajo de parto es una actividad uterina rítmica, involuntaria y coordinada de intensidad creciente que resultan en la incorporación, la cual se logra la dilatación cervical completa, y el descenso de la presentación que contribuyen al pujo y concluyen con la expulsión del producto de concepción; es decir, del feto y los anexos. (pág. 1291)

Según Fescina, Schwarcz y Duverges (2016) se denomina trabajo de parto a:

Un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres periodos: el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo, a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales y se lo denomina periodo de alumbramiento. (pág. 1285)

El trabajo de parto se divide en periodo de dilatación, que incluye la fase latente, de aceleración, de aceleración máxima y de desaceleración, el periodo expulsivo y finalmente el periodo de alumbramiento. (Cunningham, Leveno, Bloom, & Spong, 2015)

2.2.2.4. Atención de parto:

La guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva lo define como un conjunto de actividades y procedimientos e intervenciones dirigidos para la atención de las gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto y el alumbramiento. Dentro de ello se manejan distintas actividades hacia la gestante donde considera que durante la atención de parto se deben tener cuenta lo siguiente: Contar con profesional competente para la atención de parto, el ambiente de dilatación debe ser adecuado y tener privacidad,

brindar una atención con calidez y calidad promoviendo la participación activa de la pareja y del grupo familiar y permitiendo que se adopte posiciones cómodas durante las fases del trabajo de parto de modo que la gestantes se sienta cómoda, respetando su interculturalidad permitiendo que las costumbres de la parturienta sean respetadas. Por otro lado, se debe usar el partograma para la evaluación del trabajo de parto, además se debe promover el parto institucional y por último la realización de episiotomías solo debe considerarse cuando existe condiciones como periné poco distensible, parto vaginal complicado como presentación podálica, distocia de hombros o parto instrumentado. (Ministerios de Salud, 2004)

2.2.2.5. Puérpera:

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna define que el puerperio es una etapa biológica que se inicia al final de la expulsión de la placenta y se considera que dura 6 semanas o 42 días. Se caracteriza por una serie de cambios, modificaciones y transformaciones progresivas anatómicas y funcionales suscitadas durante el embarazo que paulatinamente vuelven a su estado natural como lo era antes de la gestación. (Ministerio de Salud, 2013) Además las guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva agregan que este periodo está dividido en 3 instancias en donde a las puérperas se les denomina como: Puérperas inmediatas, es la mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante las primeras 24 horas, en donde se considera una vigilancia estricta durante las 2 primeras horas por ser la etapa de mayor riesgo y/o probabilidad de tener hemorragia postparto; luego tenemos puérpera mediata, es aquella mujer post parto donde se considera pasada las 24 horas hasta los 7 días, es aquí donde se tiene que vigilar la posibilidad de que hay sepsis puerperal y finalmente tenemos a la puérpera tardía, esta dura desde el 8° día pos parto hasta los 42 días. (Ministerios de Salud, 2004)

2.2.2.6. Calidad de atención:

La calidad de atención es aquella que se espera que pueda brindar al usuario el máximo y más completo bienestar de modo que haya un balance entre ganancias y pérdidas. (Donabedian A. , 1994) Es por ello que la calidad en salud tiene su fundamento y razón en la calidad de vida de las personas y es el deber de todos los gobiernos velar por ese

derecho. Además, se incluye que el grado de calidad de la atención brindada logre un equilibrio más favorable. (Frenk, 2000)

Algunas definiciones consideran a la calidad de atención como concepto clave para la salud y la definen incluyendo varios aspectos, como la de Gilmore y Novaes (1996) en donde refieren que la calidad en salud es el alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, además poseen un mínimo de riesgo para el paciente, tienen un alto grado de satisfacción por parte del paciente y generan un impacto final en la salud.

Calidad:

La calidad constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada que desafía de manera continua nuestra creatividad y emprendimiento, no solo es un estado al cual se accede; es por ello, que la calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo, es mensurable a través de métodos cualitativos y cuantitativos, así mismo la calidad en los servicios de salud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución y depende de todos. (González R, Fernández P, & Longoria G, 2008)

Otra definiciones mencionadas es que la calidad es más que todo las características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de las deficiencias. (Munro Faure & Munro Faure, 1994) Por otro lado Llinas (2006) define al concepto de calidad que proviene de la palabra en latín *qualitis* como un conjunto de cualidades que representan la forma de ser de una persona o cosa de modo que esta denominación viene a ser sinónimo de la palabra cualidad y aptitud; así mismo, la calidad es la parte final del trabajo, es decir es el orgullo de la mano de obra, pero esto se da en quien lo valora. (Deming, 1990)

Donabedian (2008) agrega que la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, no obstante, la calidad puede entenderse también como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos.

a) Componentes de la Calidad:

Dentro del margen de calidad el autor más destacado en las aportaciones de calidad sanitaria encontramos a Donabedian (1996) quien menciona 3 componentes relacionados a este factor, de las cuales, el primero de ellos hace referencia a los Indicadores

de estructura que son los recursos humanos y financieros disponibles en los lugares donde se proporciona atención en base al campo de la salud esto incluiría la sala de partos, sala de dilatación, así como su equipamiento y el personal capacitado para la atención de partos con y sin complicaciones (Gonzales D, 2005), como segundo componente esta los Indicadores de proceso, basado en lo que puede brindar los proveedores a los pacientes, dentro de ello están la interrelación entre medico paciente involucrando actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo es decir hace referencia a las actividades que realizan los profesionales de la salud y finalmente tenemos a los indicadores de resultado basadas a los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, este componente otorga mayor importancia debido a que es aquí donde se satisface las necesidades y se mantienen en un nivel de cumplir las expectativas del usuario. (Torres, 2011)

b) Dimensiones de la calidad

Según Avedis Donabedian, la primera dimensión es la Técnico-científica: referida a los aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento y depende de los conocimientos y juicios utilizados además se asegura la prestación de un servicio óptimo, basado en la aplicación de los conocimientos y tecnologías que fortalezcan las características básicas que son: La efectividad, la eficacia, eficiencia, continuidad, seguridad e integralidad. La primera de ellas se refiere a los logros y efectos positivos en el estado de salud del paciente, la segunda hace referencia a los logros de los objetivos de los establecimientos de salud con respecto a las normas técnicas y administrativas aplicadas correctamente, la tercera característica se refiere al uso correcto de los recursos para obtener buenos resultados, la cuarta está relacionada con la prestación ininterrumpida de los servicios brindados, en lo que respecta a la seguridad es la forma en que los servicios de salud brindan atención óptimas que generen beneficios y tratan de disminuir riesgos en la salud de la población y finalmente la última característica básica está basada en que la salud de la paciente sea vista de forma integral y global en lo que respecta su salud. (Villegas P & Rosa D, 2003)

La dimensión humana, está basada en los aspectos interpersonales de la atención y que a su vez es de suma importancia en la evaluación de la calidad de atención, ya que se necesita de ello para una asistencia técnica correcta, además la relación interpersonal recoge gran parte de los factores determinantes desde los puntos de vista de los pacientes y tiene las siguientes características: Respeto a los derechos y a la cultura de la persona y a recibir un trato cordial y empático, a recibir una información completa, veraz y oportuna, a un Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones y necesidades y principios éticos deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud. (Villegas P & Rosa D, 2003)

Po ultimo está la dimensión entorno, esta se refiere a la prestación de servicios que brinda una institución de modo que generen un valor agregado, esto implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio. (González R, Fernández P, & Longoria G, 2008)

Según Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) decidieron analizar anteriores dimensiones, donde se permitieron reducir de diez a cinco dimensiones creándose así las dimensiones de la encuesta SERVFERF, además se refirieron a los servicios ya que poseen características especiales, de las cuales son tomadas en consideración por los clientes para formarse un juicio respecto a la calidad del mismo. (Caldera M, Pirela M, & Ortega, 2011)

La Dimensión Fiabilidad o de Confianza es la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido, de modo que muestra interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Por otro lado, está la dimensión respuesta rápida esta viene a ser la disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable de modo que cumpla con la atención esperada de los clientes, luego está la dimensión seguridad, es aquella que evalúa la confianza que genera la actitud del personal al brindar la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse. Como penúltima dimensión tenemos a la dimensión

empatía, la cual es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro. Finalmente, está la dimensión tangible que vienen a ser las instalaciones de la institución relacionados con las condiciones y apariencia física de las como los equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad. (Duque O, 2005)

2.2.2.7. Percepción

Según Carterette y Friedman (1982), definen a la percepción como una parte esencial de la conciencia; es decir, que consta de hechos intratables, por lo tanto, constituye la realidad como experimentada, de modo que en la postura de Abbagnano (1986) lo denomina como un proceso construido involuntariamente en el que la persona selecciona según sus preferencias y prioridades acerca de lo que percibe. Además, Arias (2006) refiere que el proceso de percepción de un evento toma en cuenta la interacción social, de modo que se permite la adaptación social, mediante la percepción del medio que rodea a las personas, medio físico y social. En base la interpretación de Vygotsky (1960) citado por Centre Londres 94 (2008) lo denomina como un proceso activo de búsqueda de la información correspondiente a través de características para la creación de una hipótesis de la que luego realizara una comparación para conseguir datos de información obtenida.

Sánchez, Gonzáles, Gaytán y Pelayo (2017) refieren que la calidad está relacionada con las percepciones que cada persona pueda tener para poder comparar una cosa con otra de la misma especie como por ejemplo culturas, productos, servicios, necesidades o las expectativas que puedan tener de modo que la calidad está en relación a los productos y/o servicios y se ajusta a las exigencias de los clientes. Una visión actual del concepto de calidad indica que la calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido. (Keneth, 2011)

Características de la percepción: La percepción de un individuo cuenta con características subjetivas, selectivas y temporales, la primera de ellas varía de una persona a otra, debido a que las reacciones de ambos sujetos que toman mediante un mismo estímulo responderán de distintas maneras, dependiendo a la interpretación mediante la información recibida y la decodificación que cada cerebro realice ante las necesidades del

momento. La segunda está basada en la percepción como consecuencia de la elección del sujeto, es decir selecciona un solo campo conceptual para poder percibir una cosa determinada, ya que no se puede percibir dos cosas a la vez, y por último esta la temporal donde este proceso evoluciona a medida que se enriquezca la experiencia o varían las motivaciones o las necesidades de modo que solo se da por un corto plazo. (Keneth, 2011)

Componentes de la Percepción: Las sensaciones de las personas son una respuesta directa o inmediata de los estímulos sensoriales de modo que cada quien percibe de distintas maneras. Por lo tanto, este proceso nos lleva a 2 maneras de como concebir la percepción, la primera de ellas es a través de las sensaciones o estímulos físicos que proviene del mundo externo en forma de representaciones gráficas, sonidos, aromas, entre otros; como segundo punto tenemos a los inputs internos, estos provienen mediante necesidades y motivaciones que proporcionan estímulos internos distintos a los estímulos externos. Dentro de este margen la percepción está representada por 3 componentes que son: el proceso sensorial, este necesita que el estímulo se adecue a la capacidad sensitiva del individuo para poder recibir el mensaje de modo que si el órgano sensorial no capta un estímulo no llegara a captar la respuesta, la siguiente es el proceso simbólico que implica la estructuración de la realidad de modo que interprete y organice la información para ser recibida sensorialmente, y finalmente el proceso afectivo basada en que, si no existe una relación sensorial, no se formara la percepción, ya que las relaciones con el mundo es nuestra forma peculiar de vivir experiencias. (Crary, 2008)

2.3. Definición de términos básicos

Percepción: Proceso construido involuntariamente en el que la persona selecciona según sus preferencias y prioridades acerca de lo que percibe, tomando en cuenta la interacción social del medio que lo rodea.

Calidad de atención: Es el alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, generando un alto grado de satisfacción por parte del paciente y un impacto final en la salud.

Atención del parto: Conjunto de actividades y procedimientos e intervenciones dirigidos para la atención de las gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto,

expulsión del feto y el alumbramiento. Dentro de ello se manejan distintas actividades hacia la gestante

Violencia Obstétrica: Es todo tipo de actos violentos llevados a cabo por el personal de salud en relación a los procesos reproductivos de la mujer gestante, de los cuales expresa un trato deshumanizante, medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales del parto, impactando negativamente la calidad de vida de la mujer embarazada, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo.

Puérpera inmediata: Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante las primeras 24 horas. Se considera una vigilancia estricta durante las 2 primeras horas por ser la etapa de mayor probabilidad de hemorragia postparto.

Parto eutócico: Es aquel evento fisiológico en que los factores del trabajo de parto: conducto (tejidos óseos y blancos de la pelvis materna), fuerzas (contracciones uterinas), feto y placenta interactúan en forma adecuada (fisiológica) y determinan la expulsión de los productos de la concepción por vía vaginal sin complicaciones. (Menchaca, 2005)

Episiotomía: Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano). (Rámirez, 2011)

Alojamiento en conjunto: Es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva. (MINSAL, 2013)

Paridad: Número de veces que una mujer ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) que pesan 500 gr o más o que poseen más de 22 semanas de edad gestacional.

Maniobra Kristeller: Consiste en apretar de forma controlada con los puños o bien el antebrazo el fondo uterino, de forma que se ayuda al descenso de la cabeza por el canal de parto.

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS

3.1. Operacionalización de variables

3.1.1 Variables de la Investigación

- ✓ **Variable 1:** Percepción de la calidad de atención
- ✓ **Variable 2:** Violencia Obstétrica

VARIABLE 1	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	CRITERIOS DE MEDICION
Percepción de la calidad de atención de parto	<p>La percepción es un proceso construido involuntariamente en el que la persona selecciona según sus preferencias y prioridades acerca de lo que percibe, tomando en cuenta la interacción social con el medio que lo rodea, de modo que la calidad involucra en la comparación de una cosa con otra de la misma especie como culturas, productos, servicios y expectativas que puedan tener en relación a sus exigencias durante la atención de su parto.</p> <p>(Abbagnano, 1986) (Arias Castilla, 2006) (Sánchez Gutierrez, Gonzáles Alvarado, Gaytán Cortés, & Pelayo Maciel, 2017)</p>	Respuesta Rápida	Rapidez de atención al llegar	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Ayuda rápida y oportuna	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Rapidez en traslado a expulsivo	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
		Empatía	Trato del personal	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Grito o maltrato personal	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Personal de salud indiferente al dolor	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
		Seguridad	Atención a cargo del médico de turno	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Se le dejo sola durante periodos de tiempo	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Interés genuino del personal en el bienestar	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Interés en solucionar sobre algún problema que se presente	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Permiso antes del procedimiento	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Acompañamiento de esposo o familiar	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Elección de la posición para dar parto	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Retornaría al hospital	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
DEFINICION OPERACIONAL	<p>Las puntuaciones se obtendrán por medio de la encuesta modificada tipo SERVPERF, que están divididas en 5 dimensiones y consta en total de 22 ítems o indicadores. Su puntaje es a través de la escala de Likert de 6 puntos</p> <p>(1= Insatisfacción severa; 2=Insatisfacción moderada; 3=Insatisfacción leve; 4= Satisfacción,</p>				

	5= Satisfacción moderada; 6= satisfacción amplia)	Confianza	Comunicación del Profesional	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Pudo comer o tomar algo	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Permiso para acariciar y amamantar inmediatamente	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Privacidad durante evaluaciones	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Recomendaría el centro	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
		Elementos Tangibles	Ambientes limpios y cómodos	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Confort en el ambiente	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6
			Equipos y materiales disponibles para atención	Cuantitativa discreta	Puntaje del 1 al 6

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	CRITERIOS DE MEDICION
Violencia obstétrica	La violencia obstétrica incluye todo tipo de actos violentos llevados a cabo por el personal de salud en relación a los procesos reproductivos de la mujer gestante, de los cuales expresa un trato deshumanizante, medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales del parto, que por ende impactan negativamente la calidad de vida de la mujer embarazada, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo. (Medina, 2009) (Belli, 2013) (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016, 2021)	Desinformación	Información de procedimientos o maniobras a realizar	Cualitativa	Si-No
			Información sobre administración de medicamentos	Cualitativa	Si-No
			Consentimiento Informado	Cualitativa	Si-No
			Toma de decisiones sobre la atención	Cualitativa	Si-No
			Lenguaje utilizado por el profesional de salud	Cualitativa	Si-No
			Uso de palabras técnicas	Cualitativa	Si-No
			Respuestas a dudas e inquietudes	Cualitativa	Si-No
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Trato deshumanizado	Presentación del profesional	Cualitativa	Si-No
	Las puntuaciones se obtendrán por medio de la encuesta modificada de Violencia Obstétrica que están divididas en 3 dimensiones y consta en total de 28 ítems o indicadores. Sus puntajes se obtendrán mediante puntuaciones: Con Violencia Sin Violencia A mayor puntuación más severa es la violencia obstétrica, y a menor puntaje la intensidad de violencia es menor.		Privacidad durante la evaluación	Cualitativa	Si-No
			Intimidad	Cualitativa	Si-No
			Comentarios despectivos	Cualitativa	Si-No
			Cuestionamiento de la capacidad de parir	Cualitativa	Si-No
			Criticas a expresiones de dolor y temor	Cualitativa	Si-No
			Criticas durante el amamantamiento	Cualitativa	Si-No
			Obstaculización en el contacto piel a piel	Cualitativa	Si-No
			Lactancia inmediata	Cualitativa	Si-No
			Alimentación durante el trabajo del parto	Cualitativa	Si-No
			Acompañamiento	Cualitativa	Si-No
			Posturas en el parto	Cualitativa	Si-No

Medicalización y patologización	MEF constantes en mujeres de bajo riesgo	Cualitativa	Si-No
	Uso de oxitocina para acelerar el parto	Cualitativa	Si-No
	Colocación de vías innecesarias en dilatación	Cualitativa	Si-No
	Estimulación de pezones	Cualitativa	Si-No
	Episiotomías rutinarias	Cualitativa	Si-No
	Uso de maniobra de Kristeller	Cualitativa	Si-No
	Uso de enemas	Cualitativa	Si-No
	Impedimento para deambular	Cualitativa	Si-No
	Obstaculización en el apego precoz por la atención inmediata del RN	Cualitativa	Si-No

3.1.2 Variables Intervinientes de la Investigación

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	CRITERIOS DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
Características sociodemográficas de la puérpera inmediata	Características de la madre	Edad	Cuantitativa Discreta	Número de años cumplidos	Ficha de recolección de Datos
		Paridad	Cualitativa	Nulípara; Multípara	
		Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Analfabeta, primaria, secundaria, técnica, universitaria	
		Procedencia	Cualitativa	Lima-Provincia	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	CRITERIOS DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
Características clínicas de la puérpera inmediata	Características del Parto	Terminación del parto	Cualitativa Nominal	Espontánea, No espontánea	Ficha de recolección de Datos
		Hora del parto en relación al Tipo de guardia	Cualitativa Nominal	Guardia diurna, Guardia nocturna	

CAPÍTULO 4. MATERIALES Y METODO

4.1. Tipo de diseño de investigación.

Según el diseño es no experimental, debido a que es sistemático, en la que las variables no fueron manipuladas deliberadamente, además se basó en observar fenómenos tal como se dieron en su contexto natural. Es de corte transversal, ya que se recolectaron datos en un determinado momento y tiempo, y es de tipo descriptivo, porque tiene como propósito describir, indagar y explicar situaciones, eventos y hechos sobre la percepción de las puérperas de las variables estudiadas. Finalmente, comparativa por que comparó los resultados de dos grupos poblacionales de los dos Centros Maternos Infantiles, ubicado en el Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima. (Hernández S, Fernández C, & Baptista L, 2014)

Variables	Muestra
O1	M1
	M2
O2	M1
	M2

Dónde: CMI Cesar López Silva Y CMI Juan Pablo II

M1: Puérperas inmediatas del CMI Cesar López Silva

M2: Puérpera inmediatas del CMI Juan Pablo II

O1: Percepción de la calidad de atención del Parto

O2: Violencia Obstétrica

4.2. Material de estudio.

4.2.1. Unidad de estudio.

Conformada por una puérpera inmediata cuyo parto eutócico fue atendido en el área del centro obstétrico del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la Ciudad de Lima durante el periodo Junio, Julio del 2018.

4.2.2. Población.

La población corresponde a todas las puérperas cuyos partos eutócicos fueron atendidos en el área del centro obstétrico de los centros Maternos Infantiles del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima en los meses Junio, Julio del 2018, según la información histórica reportada en los libros de sala de partos para el periodo de estudio planteado.

4.2.3. Muestra.

La muestra obtenida es de tipo no probabilístico, llamado también por conveniencia, debido a las características y al propósito de la investigación, así como decisiones efectuadas para este estudio. Por lo tanto, la muestra está representada por 327 puérperas, de las cuales 195 son del CMI del Cono Norte y 132 del Cono Sur, cuyos partos eutócicos fueron atendidos en el área del centro obstétrico de los Centros Maternos Infantiles de la ciudad de Lima en los meses Junio- Julio del 2018.

4.2.4. Criterios de selección:

1.2.4.1 Criterios de Inclusión

- Gestantes atendidas en los servicios del centro obstétrico del Centro Materno Infantil del Cono Norte y sur de la ciudad de Lima en los meses Junio y Julio del 2018”.
- Gestantes hospitalizadas en el centro obstétrico del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima que no tengan ningún Factor de Riesgo durante su trabajo de parto y parto
- Puérperas inmediatas hospitalizadas en el centro obstétrico del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima en los meses Junio y Julio del 2018”, que no tengan ninguna complicación.
- Puérperas inmediatas que acepten resolver la encuesta correspondiente al trabajo de investigación
- Paciente que no tengan problemas de índole legal para resolver la encuesta correspondiente al estudio de investigación.

1.2.4.2 Criterios de Exclusión

- Gestantes que no son atendidas en los servicios del centro obstétrico del Centro Materno Infantil del cono norte y sur de la ciudad de Lima en los meses Junio, Julio del 2018”.
- Gestantes hospitalizadas en el centro obstétrico del Centro Materno Infantil del cono norte y sur de la ciudad de Lima que tengan algún Factor de Riesgo durante su trabajo de parto y parto.
- Puérperas inmediatas referidas a hospitales de mayor complejidad por complicaciones del Centro Materno Infantil del cono norte y sur de la ciudad de Lima en los meses Junio, Julio del 2018”.
- Puérperas inmediatas que no acepten resolver la encuesta correspondiente al trabajo de investigación.
- Paciente que por problemas de índole legal no puedan resolver la encuesta correspondiente al estudio de investigación.

4.3. Técnicas, procedimientos e instrumentos.

4.3.1. Para recolectar datos.

Para este estudio, se recolectaron los datos a través de la técnica de la encuesta, mediante el instrumento del cuestionario. En su ejecución se usaron 2 cuestionarios, uno para cada variable, la primera de ellas es de SERVPERF que mide la percepción de la calidad de atención del parto y la segunda la violencia Obstétrica; para ello se encuestó de forma personalizada a cada puérpera inmediata que cumpla con los criterios de selección de cada Centro Materno Infantil del cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, previo consentimiento informado. Antes de la recopilación de datos, se realizaron los trámites administrativos a través de un oficio de la coordinación académica de la carrera de Obstetricia, hacia los dos centros de Salud, en el que se solicitó la autorización respectiva. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con cada autoridad del servicio de obstetricia, con el fin de establecer horarios adecuados para la aplicación de los cuestionarios, el cual se realizó en los meses Junio y Julio del 2018.

Cuestionario 1” Percepción de la calidad de atención”:

Para la medición de la Percepción de la calidad de atención, se usó un cuestionario del modelo SERVPERF (SERVice PERFormance), propuesto por Cronin & Taylor (1994), quienes a través de estudios concluyeron en modificar la encuesta de tipo SERVQUAL, que mide la calidad de servicio en referencia a expectativas más percepción, de modo que este no se adaptaba para medir la percepción real del cliente. Este nuevo modelo se compone de los mismos ítems y dimensiones que el SERVQUAL, la única diferencia es que elimina la parte en donde abarca las expectativas del cliente.

Mediante estudios y análisis previos para medir la calidad de atención, determinaron que dicho cuestionario está dividido en 5 dimensiones y consta con una cantidad de 22 ítems divididos en cada dimensión, y son:

- Dimensión Respuesta Rápida: Esta hace referencia a la disposición y voluntad del proveedor para ayudar a los usuarios a proveer un servicio rápido y eficaz. Las formulaciones están mencionadas en los ítems del 1 al 3 del cuestionario.
- Dimensión Empatía: Basada en la atención individualizada de modo que los proveedores se ponen en el lugar de los consumidores para ofrecer lo mejor del servicio, esto incluye la accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario. Estas conforman los ítems del 4 al 6.

- Dimensión Seguridad: Vienen a ser los conocimientos y atención mostrados por los proveedores, en el ámbito de la salud está relacionado con el nivel de habilidades para generar confianza y credibilidad a los pacientes. Los ítems formulados van de la 7 al 14.
- Dimensión confianza: Se refiere a las habilidades que demuestran al brindar el servicio requerido de forma fiable, cuidadosa y respetuosa, de modo que se genere un ambiente propicio para mantener una relación confiable entre el proveedor y cliente. Estas conforman los ítems del 15 al 19.
- Dimensión tangible: está relacionada con el ambiente o las instalaciones en donde se brindará la atención, además de los insumos, personales capacitados para la atención. Esta abarca los ítems del 20 al 22

Con respecto a la valoración empleada en este instrumento, las puntuaciones se obtuvieron a través de la escala de Likert de 6 puntos, considerados de la siguiente forma.

1= Insatisfacción severa

2 =Insatisfacción moderada

3 = Insatisfacción leve

4= Satisfacción

5= Satisfacción moderada

6= satisfacción amplia

La encuesta tipo SERVPERF tiene un alto grado de fiabilidad (Coeficiente alpha de Crombach de 0,9098; alpha estandarizada de 0,9238), además tiene una mayor validez predictiva que la escala del modelo SERVQUAL.

Con respecto a las puntuaciones, esta se calculará como la sumatoria de las puntuaciones de satisfacción, de modo que la calidad de servicio percibida mientras mayor sea la suma, mayor será la satisfacción percibida por las puérperas inmediatas y a menor suma será lógicamente menor la calidad percibida.

$$\text{SERVPERF} = \sum P_j$$

Cuestionario 2 “Violencia Obstétrica”:

Se utilizó el cuestionario de Violencia Obstétrica-CVO, construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2016) y modificado y validado por Liam, Sanchez, Alva, Castillo y Cabellos (2017), cuyo objetivo fue evaluar la percepción y experiencia de violencia durante el parto, en tres aspectos o también llamados dimensiones.

El instrumento final, quedo conformada por 28 ítems divididas en las tres dimensiones que son: Desinformación, conformado por 7 ítems; trato deshumanizado de las cuales tiene 12 ítems y finalmente la dimensión medicalización y patologización conformada por 9 ítems. Las puntuaciones se obtendrán a través de los valores 0 y 1 (0= No y 1=Si). A mayor puntuación más severa es la violencia obstétrica, y a menor puntaje la intensidad de violencia es menor. El puntaje de cada dimensión se obtiene sumando el puntaje de las interrogantes de dicha dimensión y el puntaje global se obtiene al sumar los puntajes de las tres dimensiones.

El instrumento reúne criterios de validez y confiabilidad aceptable. Para la evaluación de la validez del cuestionario realizaron la prueba de correlación de Pearson entre las medidas de desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización. Para la clasificación de la fuerza de correlación entre las variables, consideraron los valores próximos de 0,30 como satisfactorios, entre 0,30 a 0,50 de moderada magnitud, por arriba de 0,50 de fuerte magnitud y valores por debajo de 0,30 de poco valor para la práctica, mismo que estadísticamente sean significativos. (Ajzen & Fishbein, 1998)

Tabla 1 Validación del cuestionario de Violencia Obstétrica

Violencia Obstétrica	Desinformación	Trato deshumanizado	Medicalización y Patologización
Correlación de Pearson	,874**	,873**	,784**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000

Nota. Fuente: Lam F, S. L., Sanchez R, V. J., Alva Ol, M. A., Castillo V, J. S., & Cabellos T, P. (2017) .cap # 3,p.24)Violencia Obstétrica y Estrés en puérperas atendidas en un Hospital de Chimbote,2017.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En lo que respecta a la consistencia interna de los ítems del cuestionario total, fue calculado mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach al igual que la confiabilidad de las dimensiones. Por otro lado, se sabe que, cuanto más alto es el coeficiente de alfa de Cronbach, más confiable es el instrumento y cuanto más cerca se encuentre

el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia de los ítems analizados. (Frías Navarro, 2014) Para este estudio los valores de confiabilidad están por arriba de 0,70 marcados como aceptables según George y Mallery (2016, pág. 231).

Tabla 2 Confiabilidad del Cuestionario de Violencia Obstétrica

Violencia Obstétrica	Alfa de Cronbach
Desinformación	,912
Trato deshumanizado	,858
Medicalización y Patologización	,900
Total	,934

Nota. Fuente: Lam F, S. L., Sanchez R, V. J., Alva Ol, M. A., Castillo V, J. S., & Cabellos T, P. (2017) ,cap # 3,p.24)Violencia Obstétrica y Estrés en puérperas atendidas en un Hospital de Chimbote,2017.

4.3.2. Para analizar información.

Después de haber recolectado los datos mediante los cuestionarios, estos fueron ingresados a una hoja de cálculo de Excel 2016 para su codificación y ordenamiento respectivo, para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 24.0. Los resultados son presentados en tablas estadísticas y gráficos para su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico tratado. Las variables categóricas se presentan en frecuencias absolutas y relativas, y para las variables numéricas se utilizó medidas de resumen estadístico, constituido por la media aritmética y desvío estándar.

4.3.3. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para el desarrollo del presente estudio de investigación fueron: La autorización de las autoridades de los establecimientos de salud del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima y los permisos realizados desde la universidad. Así mismo, se tuvo que obtener el consentimiento informado de cada participante del estudio; es decir, de cada puérpera inmediata. Finalmente se tomó en cuenta los principios bioéticos de la persona, con el fin de que voluntariamente cada quien, pueda decidir libremente, de modo que se respete su autonomía. Además, el instrumento fue repartido equitativamente de acuerdo al tipo de población, llevando a cabo el principio de justicia. Luego se tomó en cuenta la veracidad del estudio de las cuales, tuvo como objetivo brindar información clara y precisa sobre la implicancia del estudio, dejando en claro que la investigación no causara daños mediante el proceso de la investigación.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla N° 3

Características sociodemográficas de las puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur de la ciudad de Lima

Característica sociodemográficas	Centro Materno Infantil del Cono Norte		Centro Materno Infantil del Cono Sur	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grupo etario **				
12-17 años	7	3.6%	4	3%
18-29 años	130	66.7%	90	68.2%
30-59 años	58	29.7%	38	28.8%
Paridad				
Primípara	81	41.5%	43	32.6%
Múltipara	114	58.5%	89	67.4%
Escolaridad				
Analfabeta o Primaria	16	8.2%	14	10.6%
Secundaria	130	66.7%	94	71.2%
Técnico- Universitaria	49	25.1%	24	18.2%
Procedencia				
Lima	95	48.7%	81	61.4%
Provincia	100	51.3%	51	38.6%
Total	195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

** Cono Norte ($\bar{X}=26,34$ DS=6,350) ; Cono Sur ($\bar{X}=26,39$ DS=6,577)**

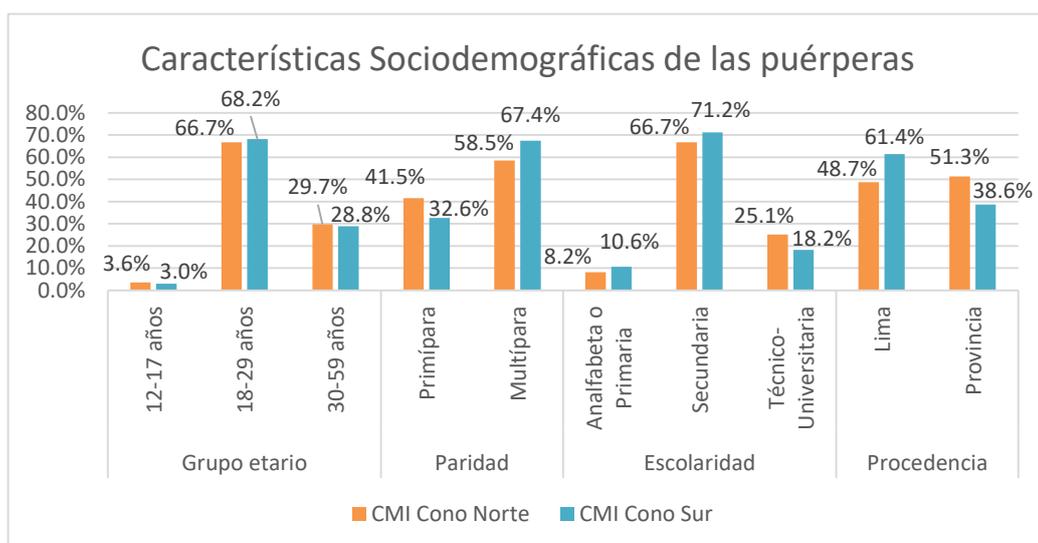


Figura N° 1. Características sociodemográficas de las Puérperas Inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur

Se puede apreciar que las poblaciones en ambos Centros Maternos Infantiles están repartidas equitativamente, de las cuales ambos centros presentan más del 50% de atenciones en referencia a su población joven que están entre las edades de 18 a 29 años. Así mismo la paridad de las usuarias evidencian una ligera diferencia mostrando que en el CMI del Cono Sur tiene más atenciones en múltiparas con un 67.4% que primíparas, a diferencia del otro centro. Con respecto a la escolaridad esta se acentúa en el nivel secundaria por encima del 60% para ambos maternos. Finalmente, según procedencia se observa que el CMI del Cono Sur tiene más población limeña mientras que el Cono Norte tiene más población que proceden de provincia.

Tabla N° 4

Características clínicas del parto de las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de la Ciudad de Lima.

Característica Clínicas	Centro Materno Infantil del Cono Norte		Centro Materno Infantil del Cono Sur	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Terminación del parto				
Esponánea	130	66.7%	121	91.7%
No esponánea	65	33.3%	11	8.3%
Tipo de Guardia				
Diurna	113	57.9%	72	54.5%
Nocturna	82	42.1%	60	45.5%
Total	195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

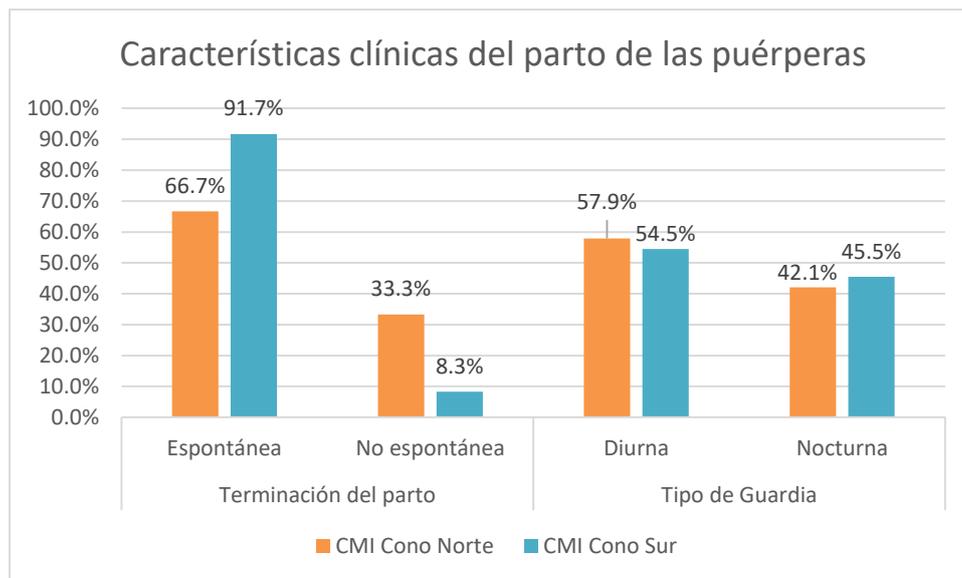


Figura N° 2. Características clínicas del parto: Terminación del parto y tipo de guardia en relación a la hora del parto de las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur

En lo que respecta a los datos clínicos del parto, podemos observar que hay una elevada diferencia en la terminación del parto entre un centro y otro, de modo que el mayor porcentaje de partos no espontáneos con un 33.3% es para el CMI del Cono Norte, evidenciando indirectamente que hay la probabilidad de medicalización y realización de intervenciones innecesarias para un parto de bajo riesgo, además con respecto al tipo de guardia, en ambos centros muestran que los partos se dan equitativamente de noche como de día, manteniendo porcentajes similares.

Tabla N° 5

Cuadro comparativo de la Percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima

Calidad de atención del parto	Centro Materno Infantil del Cono Norte		Centro Materno Infantil del Cono Sur	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción Severa	0	0%	0	0%
Insatisfacción moderada	5	2.6%	2	1.5%
Insatisfacción leve	12	6.2%	1	0.8%
Satisfacción	31	15.9%	10	7.6%
Satisfacción moderada	93	47.7%	67	50.8%
Satisfacción Amplia	54	27.7%	52	39.4%
Total	195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

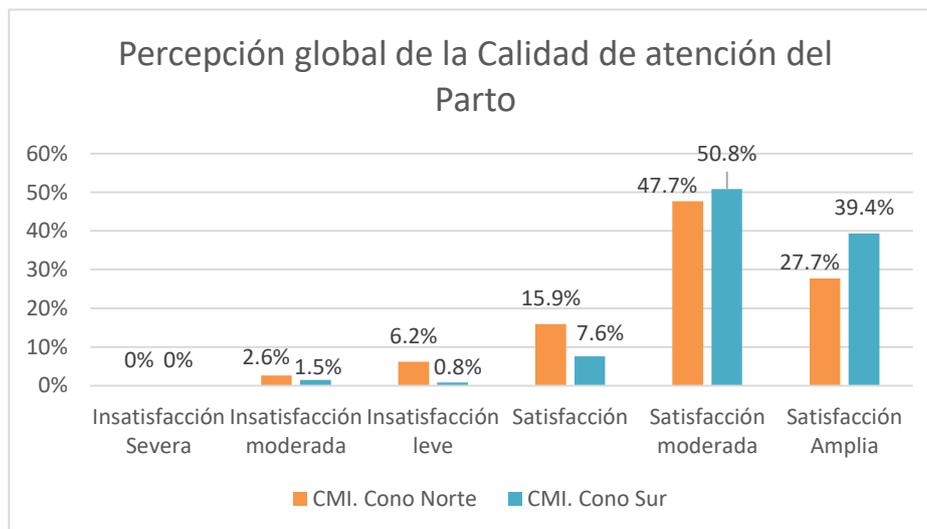


Figura N° 3. Percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur.

La calidad de atención global del parto de acuerdo a la percepción de las usuarias se acentúa en la satisfacción moderada para ambos centros maternos Infantiles, marcando una diferencia mayor de casi 3%, para el centro del Cono Sur. Por otro lado, para ambos casos no se evidencia la existencia de casos con insatisfacción severa. Sin embargo, el CMI del Cono Norte tiene mayor insatisfacción con un 8.80% es decir 3 veces más que lo obtenido por el otro centro. Finalmente, la percepción de la calidad de atención del parto muestra una satisfacción global de 91.3% para el CMI del Cono Norte y 97.8% para el establecimiento del Cono Sur.

Tabla N° 6

Cuadro comparativo de la percepción global de la Violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur de la ciudad de Lima

Violencia Obstétrica	Centro Materno Infantil del Cono Norte		Centro Materno Infantil del Cono Sur	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	154	79%	108	81.8%
Si	41	21%	24	18.2%
Total	195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

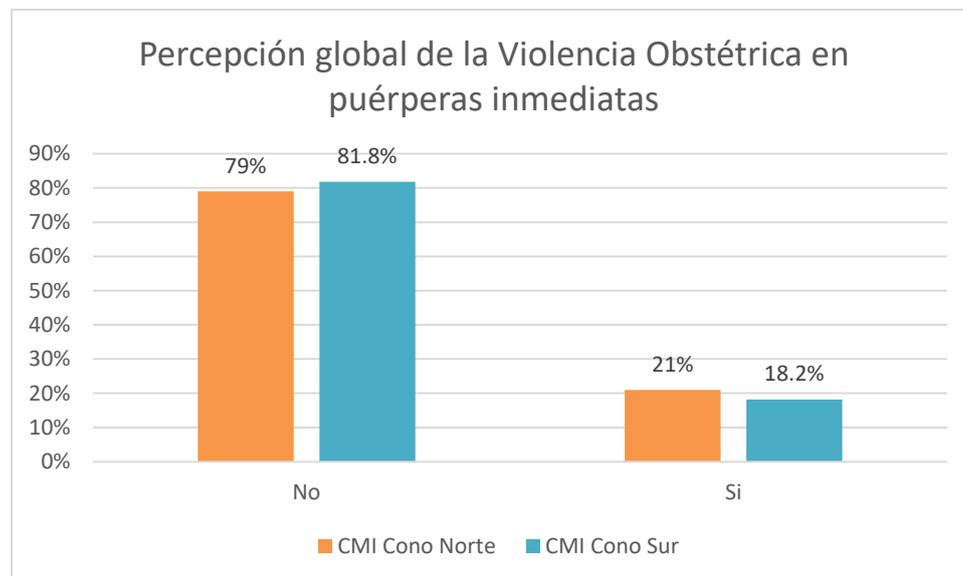


Figura N° 4. Percepción Global de la Violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur.

Fuente. Elaboración Propia

Se observa que ambos maternos infantiles presentan violencia obstétrica percibida manteniendo una ligera diferencia donde el CMI del Cono Norte tuvo mayor violencia obstétrica percibida en un 21%, mientras que el CMI del Cono Sur obtuvo un 18.2%.

Tabla N° 7

Cuadro comparativo de las dimensiones de la percepción de la Calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima

Dimensiones	CMI. Cono Norte		CMI. Cono Sur		
	N°	%	N°	%	
Respuesta rápida	I. Severa	2	1%	0	0%
	I. Moderada	6	3.1%	1	0.8%
	I. Leve	7	3.6%	2	1.5%
	Satisfacción	39	20%	16	12.1%
	S. Moderada	65	33.3%	52	39.4%
	S. Amplia	76	39%	61	46.2%
Empatía	I. Severa	6	3.1%	3	2.3%
	I. Moderada	13	6.7%	1	0.8%
	I. Leve	12	6.2%	5	3.8%
	Satisfacción	27	13.8%	16	12.1%
	S. Moderada	84	43.1%	64	48.5%
	S. Amplia	53	27.2%	43	32.6%
Seguridad	I. Severa	0	0%	0	0%
	I. Moderada	1	0.5%	0	0%
	I. Leve	20	10.3%	5	3.8%
	Satisfacción	73	37.4%	45	34.1%
	S. Moderada	87	44.6%	61	46.2%
	S. Amplia	14	7.2%	21	15.9%
Confianza	I. Severa	2	1%	0	0%
	I. Moderada	12	6.2%	2	1.5%
	I. Leve	22	11.3%	9	6.8%
	Satisfacción	82	42.1%	35	26.5%
	S. Moderada	59	30.3%	60	45.5%
	S. Amplia	18	9.2%	26	19.7%
Tangible	I. Severa	0	0%	0	0%
	I. Moderada	2	1%	0	0%
	I. Leve	8	4.1%	4	3%
	Satisfacción	40	20.5%	30	22.7%
	S. Moderada	103	52.8%	71	53.8%
	S. Amplia	42	21.5%	27	20.5%
Total		195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

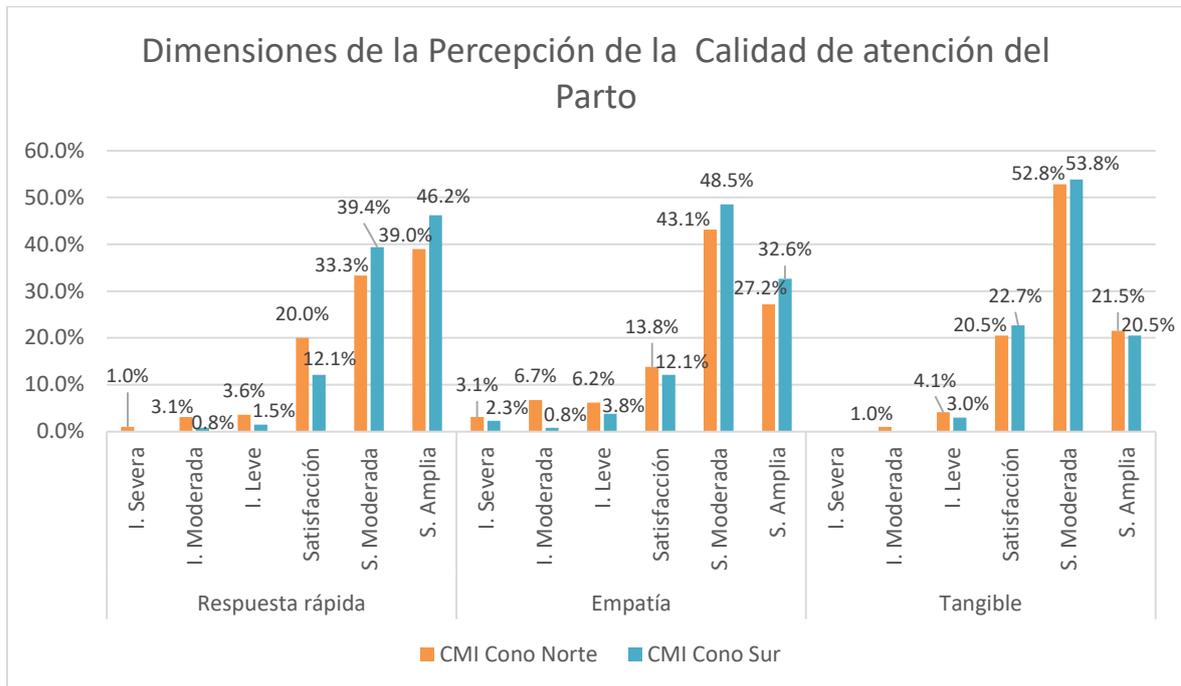


Figura N° 5. Dimensiones de la Calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del CMI del cono Norte y Sur

Fuente. Elaboración Propia

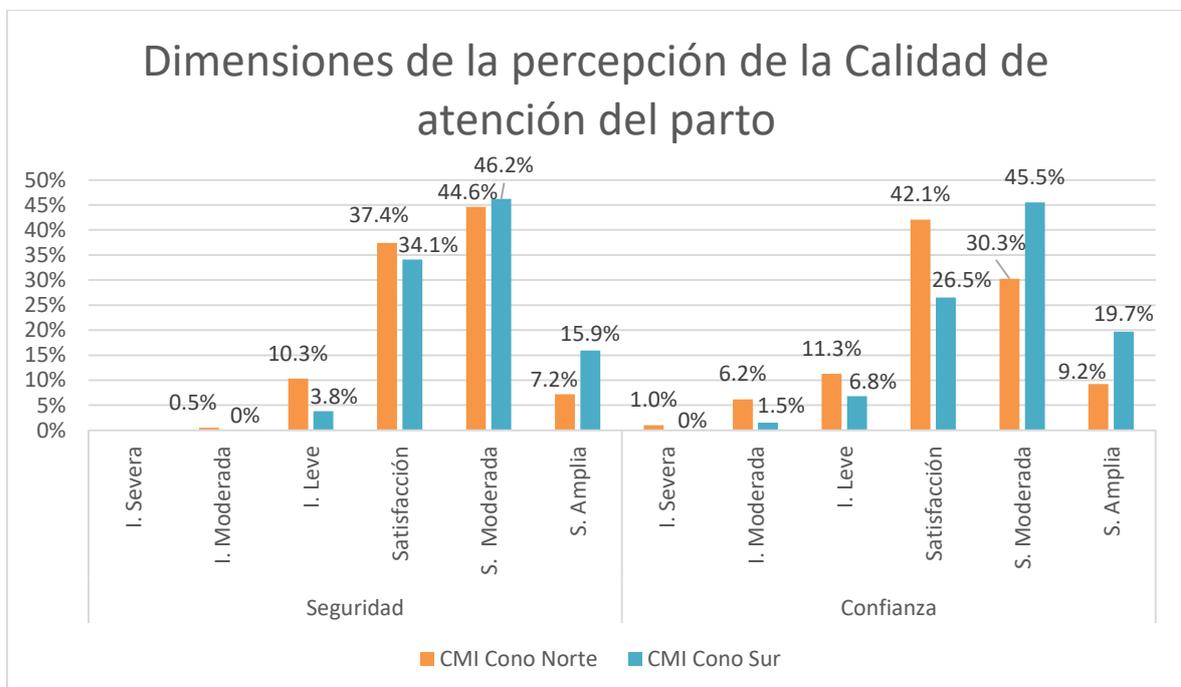


Figura N° 5. “Continuación”

Fuente. Elaboración Propia

En lo que respecta a la dimensión empatía muestra que el CMI del Cono Norte presenta mayor insatisfacción moderada es decir 6 veces más que el Cono Sur, a pesar de ello, ambas continúan manteniendo un porcentaje elevado en satisfacción moderada con un 43.10% y 48.50% respectivamente para Norte y Sur. La dimensión seguridad muestra una elevación de 10.8% de insatisfacción por las puérperas inmediatas del Cono Norte reduciendo su porcentaje en la satisfacción de modo que debilita su calidad de atención. En la dimensión confianza se denota que existe mayor insatisfacción en el Cono Norte con un 18.5 % en total a diferencia del otro centro; sin embargo, en la dimensión tangible se observa todo lo contrario, mostrando que en su totalidad las puérperas para ambos CMI estuvieron satisfechas con la atención brindada, siendo la dimensión más valorada al igual que la respuesta rápida. Se concluye que la percepción de la calidad de atención del parto según dimensiones, el CMI del Cono Sur obtuvo que el 90 % de las puérperas estuvieron satisfechas en sus 5 dimensiones, mientras que en el Cono Norte se obtuvo que alrededor del 80% estuvieron satisfechas en la dimensión Empatía, seguridad y confianza.

Tabla N° 8

Cuadro comparativo de las dimensiones de la percepción de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima

Dimensiones		CMI Cono Norte		CMI Cono Sur	
		N°	%	N°	%
Desinformación	No	178	91.3%	127	96.2%
	Si	17	8.7%	5	3.8%
Trato deshumanizado	No	150	76.9%	92	69.7%
	Si	45	23.1%	40	30.3%
Medicalización y patologización	No	85	43.6%	84	63.6%
	Si	110	56.4%	48	36.4%
Total		195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

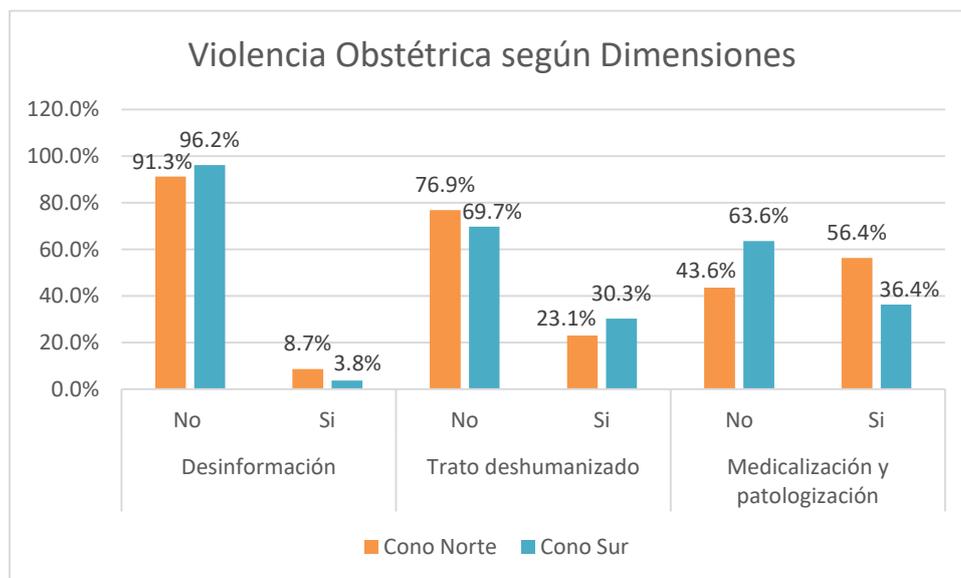


Figura N° 6. Dimensiones de la percepción de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur

En la dimensión desinformación el CMI del Cono Norte tiene más violencia percibida con un 8,7% es decir 2 veces más que el otro centro. Con respecto al trato deshumanizado esta se presenta con mayor frecuencia en el CMI del Cono Sur, mostrándonos que más de la cuarta parte de las puérperas han sido violentadas. Finalmente, en la dimensión Medicalización y Patologización se denota, que ambos centros de salud presentan porcentajes elevados de percepción de violencia; sin embargo, lo preocupante es que el CMI del Cono Norte sobrepasa el 50% de violencia percibida.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados en la investigación, se obtuvo que ambos maternos infantiles del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima presentaron que más del 90% de las puérperas inmediatas estuvieron satisfechas con la atención recibida, teniendo una acentuación en la satisfacción moderada, mientras que la violencia obstétrica percibida mostró algo distinto, denotando que aún se evidencia este tipo de modalidad de violencia con un 21% en el Cono Norte y 18,2% en el Cono Sur. Dado a los datos obtenidos el MINSA (2011, 2021), refiere que la calidad de atención es un principio básico en la salud de la población, por lo cual es muy importante que todo profesional de la salud se involucre para generar una atención adecuada con parámetros humanísticos, ya que por ser centros de salud de primer nivel constituyen el 98,05% de todos los establecimientos a nivel nacional y por ende son los lugares más allegados a la población, con quienes más contacto tienen, y dónde se resuelven la mayor parte de los problemas de salud.

Por otro lado, en cuanto a la población estudiada en ambos establecimientos de salud, se evidenció que según sus características sociodemográficas estas son representadas como muestras iguales y equitativas, de modo que según el grupo etario para ambos lugares, se acentúa entre los 18 y 29 años con un 66,7% para el Cono Norte y 68,2% para el Cono Sur, estos resultados guardan una similitud en relación con lo investigado por Ayala G (2015) donde demuestran que los rangos de edades en su grupo poblacional están entre los 25 a 29 años con un 29,7%, así mismo Napanga (2016) también encontró que su muestra de estudio estuvo acentuada entre las edades de 18-25 años con un 53,8%. En relación a la paridad de las puérperas inmediatas para ambos centros se encuentra con mayor predominancia en mujeres multíparas, sin embargo entre ambos centros quien evidencia mayor primigestas es el CMI del Cono Norte con un 41,5% a diferencia del otro, pero el CMI del Cono Sur muestra lo contrario dando un valor mayor de 67,4% para multíparas, mostrando una realidad idéntica al estudio de Chapoñanan (2016), en donde la predominancia era de mujeres multíparas en un 55,2%. Así mismo en relación a nivel de escolaridad para ambos maternos infantiles se evidenció algo similar, de modo que el mayor porcentaje de puérperas inmediatas tenían un nivel de secundaria con 66,7% y 71,20% respectivamente para el Norte y Sur. Además, se denota que el centro de salud del cono norte tiene mayor población que proviene de provincias (51,3%) a diferencia del Cono Sur quien tiene 61,40% que son de Lima. Con respecto a las variables clínicas del parto podemos denotar que aún hay una masiva intervención en procesos invasivos para culminar de manera rápida el trabajo de parto, de modo que el CMI del Cono Norte presentó un 33,3% de puérperas que no culminaron espontáneamente su parto a diferencia del Cono Sur que posee un índice más bajo de solo 8,3% mostrando realidades distintas.

La percepción global de la calidad de atención del parto para el CMI del Cono Norte mostró mayor insatisfacción total con un 8.8%, a diferencia del CMI del Cono Sur que obtuvo solo un 2.3%, ambos establecimientos tienen una acentuación en la satisfacción moderada de 47,7% y 50,8%

respectivamente, con más del 90% de puérperas satisfechas para ambos maternos, estos datos son similares a la investigación de Ayala (2015), donde evidenciaron una satisfacción total de 93,3%; sin embargo en una investigación hecha por Espinoza(2014) muestran todo lo contrario, en donde el nivel de calidad global es insatisfactoria es de 88,75%, esta diferencia puede estar enmarcada por la zona de estudio donde se ubican ambos establecimientos de salud, en donde la mayor insatisfacción se dio en un hospital de Tumbes y la mayor satisfacción en Lima, algo similar se denota en este estudio, donde se evidencia mayor insatisfacción en el Cono Norte, donde la gran mayoría procede de provincia y del Cono Sur menor insatisfacción por presentar mayor población limeña. La UNFPA (2016) en los estándares de salud materna con enfoque intercultural, relaciona que la falta de interculturalidad afecta negativamente en la satisfacción de la calidad de atención, influyendo en la resistencia del uso de los servicios de salud.

Por otro lado, se encontró que las percepciones de las puérperas inmediatas de los maternos Infantiles según las dimensiones mantienen niveles alto de satisfacción, teniendo una acentuación en la satisfacción moderada para ambos establecimientos. Dentro de ellas se evidencia que las dimensiones más valoradas con una satisfacción alta son las dimensiones Respuesta rápida (92.3% Norte y 97.7% Sur) y tangible (94% Norte y 97% Sur), denotando que las coberturas respecto a la rapidez de atención y la ayuda oportuna está siendo respondidas correctamente, así como los insumos y el ambiente con los que dispone los establecimientos están completamente a la disposición de las usuarias, algo semejante notamos en un estudio de Wajajay (2013) donde la dimensión más valorada fue la tangible. Respecto a la dimensión empatía, seguridad y confianza, se evidenció un porcentaje algo elevado de puérperas insatisfechas en el Cono Norte, de modo que presenta 16%,10.8% y 18,5%, respectivamente para las dimensiones, a diferencia del otro CMI quien tuvo menos del 8% de puérperas insatisfechas en las tres dimensiones. Dentro de los ítems de estas dimensiones que obtuvieron mayor insatisfacción fueron, el no permitir el acompañamiento del esposo o familiar en donde el 71,8% se encontraba insatisfecha en el Cono Norte y 61,3% en el Cono Sur y el no permitir acariciar y amantar al recién nacido con un 46,2% y 37,9% respectivamente, aquí podemos evidenciar la vulneración de los derechos de las gestantes, en donde según las recomendaciones de la OMS refiere que el neonato sano debe permanecer con la madre, fomentándose el inicio inmediato de la lactancia materna cuando así lo permita el estado de ambos, en donde ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.

Al analizar el motivo, por el cual se evidenció poca violencia obstétrica en ambos establecimientos de salud, manteniendo una ligera diferencia entre ambos, donde el CMI del Cono Norte obtuvo el 21% , mientras que el Cono Sur tuvo el 18.2%, esta podría estar relacionada a que la puérperas inmediatas no son conscientes que ejercen violencia hacia ellas, por el simple hecho de no conocer sus derechos y de no estar informadas sobre los procedimientos correctos y necesarios a las cuales deben ser sometidas , de modo que todo lo ven como algo normal, y es posible que los resultados

hallados por Ayesta & Vásquez (2016), estén relacionados con el resto de puérperas quienes no percibieron violencia obstétrica.

Así mismo en una investigación a nivel nacional realizada en Chimbote por Lam F, Sanchez R, Alva O, Castillo V y Cabellos T (2017), demostraron un resultado mucho más alarmante a diferencia del presente estudio, donde el 81,4% de las puérperas percibieron violencia obstétrica, quienes como consecuencia presentaron un nivel alto de estrés agudo, de igual modo en el departamento de Arequipa según Cerpa y Velásquez (2015) el índice de violencia obstétrica llegó al 98,4% es decir casi la totalidad de la población encuestada.

En el Plan Nacional contra la Violencia de Género (2016, 2021) y Belli (2013) en la legislación argentina, argumentaron que la violencia obstétrica incluye todo tipo de actos violentos, llevados a cabo por el personal de salud en relación a los procesos reproductivos de la mujer gestante, de los cuales expresa un trato deshumanizante, medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales del parto, que por ende impactan negativamente la calidad de vida de la mujer embarazada. Dentro de este marco, en el estudio se evidenció, que según la dimensión Trato deshumanizado y Medicalización y Patologización, las puérperas del Cono Norte y Sur tuvieron una percepción alarmante.

En relación a la Dimensión desinformación más del 90% estuvieron informadas, pero sin embargo los ítems que generan este 10 % de violencia es la no información de procedimientos o maniobras a realizar con un 23,5% para ambos centros de salud y la no información sobre los medicamentos a administrar con un 54,9% para el norte y 47,7% para el sur. Por otro lado, en la dimensión trato deshumanizado el CMI del Cono Sur tuvo mayor índice de violencia con un 30,3% a diferencia del CMI del Cono Norte con 23.10% de las cuales, más del 70% para ambos establecimientos el profesional de salud no se presentó ante la puérpera en todo su proceso de trabajo de parto y parto, además en el Cono Norte no se facilitó el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento y durante la primera media hora con un 50.8%, no se propició la lactancia materna en un 68,7% Norte y 21,2% Sur. Por último, el ítem más vulnerado fue el no respetar el deseo de estar acompañada con un 91,3% es decir casi la totalidad de las puérperas entrevistadas en el norte y 43,2% en el CMI del Cono Sur. Con respecto a ello Gonzalo Leiva, matró y director de OVO Chile (2018), explicó que muchas veces se justifica incoherentemente el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, tratando de buscar alguna excusa para no hacerlo, es por ello que siempre las respuestas más idóneas son que no hay espacio o la falta de infraestructura, sobre todo en los establecimientos públicos.

Finalmente, la percepción obtenida por las puérperas inmediatas de ambos establecimientos en relación a la dimensión medicalización y patologización se obtuvo, que las puérperas de ambos maternos infantiles obtuvieron un índice alto de violencia percibida, observándose un mayor porcentaje de violencia en el Cono Norte con un 56,4%, mientras que en el cono sur se produjo un

36.40%, estos porcentajes se obtuvieron a consecuencia de lo siguiente: El cono norte tuvo una masiva cantidad de monitoreo fetal constante durante el trabajo de parto (61%), mientras que en Cono Sur no se evidenció ningún porcentaje de violencia, uso de oxitocina o medicamentos para acelerar el trabajo del parto con 32,3% norte y 8,3% sur, colocación de vía endovenosa como medida preventiva 62,1% norte y 28,8% sur, realización de episiotomías 51,8% norte y 32,6% sur, maniobra Kristeller 51,8% norte y 45.5% sur, no permitir la deambulaci3n 51,8% norte y 37,1% sur, realizaci3n de procedimiento con el RN dificultando el contacto piel con piel 52,8% norte y 22,7 % sur. A partir de los resultados obtenidos el Hospital Materno Infantil Ram3n Sarda refiere que en ninguna parte del mundo se debe tener un 3ndice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%. y mucho menos realizar pruebas de que la vigilancia electr3nica del feto durante el trabajo de parto ya que no hay efectos positivos en el resultado del embarazo por ende no hay raz3n alguna hacerlo

Ante toda esta magnitud de violencia ejercida podemos mencionar que a3n se realiza un excesivo manejo de procedimientos innecesarios en ambos centros, pero en mayor proporci3n en el CMI del Cono Norte, de modo que genera incomodidades e insatisfacci3n en la atenci3n de las pu3rperas inmediatas. Existen muy pocas evidencias en relaci3n a este tema a nivel nacional debido a que genera una gran pol3mica, que afecta directamente a los profesionales de la salud, pero dado a ello, hay investigaciones a nivel internacional donde muestran la verdadera realidad que pasan sus habitantes, dentro de ello podemos tomar el ejemplo de Chile en donde el observatorio de violencia obst3trica (2018), realiz3 una encuesta a su poblaci3n de las cuales obtuvo que la medicalizaci3n y la patologizaci3n ocupa un gran campo en los establecimientos de salud, mostrando un incremento de monitoreo fetal continuo con un 84,9%, administraci3n de oxitocina 51,8%, realizaci3n de episiotom3a 44%, algo similar a este estudio. Una situaci3n id3ntica tambi3n vive Venezuela seg3n Camaro, Ramirez, Lanza, & Herrera (2015), donde presenta una alarmante situaci3n con respecto al uso de oxitocina, ya que su uso sobrepasa m3s de la mitad de la poblaci3n estudiada con un 83,3%, adem3s ejercen rutinariamente las episiotom3as con 75%. En definitiva, es notorio que no solo a nivel nacional se presenta este problema sino tambi3n internacionalmente como lo hemos visto en la situaci3n de Chile y Venezuela, a partir de ello podemos decir que este tipo de violencia no respeta nada en absoluto y se da con normalidad en distintas partes del mundo. Es hora de respetar el tiempo del nacimiento y el proceso biol3gico del trabajo del parto, ya que son diferentes en cada mujer. La institucionalizaci3n del parto ha hecho que se sistematice una serie de controles y procedimientos sobre la mujer y 3l bebe, transform3ndolos en rutinas que agreden inconscientemente a las mujeres de todo el mundo por el desconocimiento. El d3a en que todo nacimiento sea respetado, renacer3 un mundo sin violencia.

CONCLUSIONES

1. Más del 90% de las puérperas inmediatas de ambos Maternos Infantiles estuvieron satisfechas con la atención recibida durante todo el proceso del parto, teniendo una acentuación en la satisfacción Moderada.
2. Se observa una baja percepción de Violencia Obstétrica global por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima evidenciando porcentajes similares.
3. En lo que respecta a la percepción de la calidad de atención del parto, las dimensiones más valoradas con mayor satisfacción para ambos maternos infantiles fueron la Respuesta rápida (atención oportuna) y Tangible (infraestructura e insumos).
4. Respecto a la dimensión Empatía, Seguridad y Confianza de la Calidad de Atención del parto, el CMI del Cono Norte tuvo mayor insatisfacción, mientras que las puérperas inmediatas del Cono Sur percibieron mayor Satisfacción.
5. En lo respecta a la dimensión Desinformación ambos Materno Infantiles obtuvieron baja percepción de violencia obstétrica.
6. En la dimensión Trato deshumanizado se evidencia que ambos Maternos Infantiles del Cono Norte y Sur de la Ciudad de Lima presentan alto porcentaje de violencia con mayor predominancia el CMI del Cono Sur con un 30.3%.
7. Las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur mostraron una percepción alta de violencia respecto a la dimensión Medicalización y Patologización, observándose un mayor porcentaje en el Cono Norte, que representa a más de la mitad de los partos atendidos de las puérperas inmediatas, a diferencia del CMI del Cono Sur.
8. La edad promedio de las puérperas es de 26 años, siendo esta una población joven para ambos centros. En la paridad, más de la mitad de las puérperas de ambos establecimientos fueron multíparas y en ambas más del 60 % tienen una escolaridad de nivel secundaria. En el Cono Sur la procedencia mayoritaria es de Lima mientras que en el Cono Norte son de provincia
9. El parto espontáneo se da con mayor frecuencia en el CMI del Cono Sur, mientras que en el CMI del Cono Norte los partos no espontáneos con intervenciones masivas son más frecuentes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que todo profesional de salud se involucre en los temas de calidad de atención del parto y violencia obstétrica, para generar una atención adecuada con parámetros humanísticos, ya que por ser centros de salud de primer nivel constituyen el 98,05% de todos los establecimientos a nivel nacional y por ende son los lugares más allegados a la población, con quienes más contacto tienen, y dónde se resuelven la mayor parte de los problemas de salud.

Se recomienda a los Profesionales de la salud del CMI del Cono Norte y Sur aunar esfuerzos para mejorar los niveles de satisfacción en las distintas dimensiones tratadas, manteniendo una relación cordial y empatía para lograr un parto humanizado con interculturalidad.

Se recomienda a los profesionales de la salud valorar mejor las intervenciones clínicas durante el proceso del parto, con la finalidad de reducir intervenciones innecesarias y disminuir la medicalización y patologización.

Se sugiere a las directivas de ambos maternos infantiles realicen capacitaciones de actualización, a los profesionales de salud en relación a la atención del parto, poniendo énfasis en las nuevas directrices de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, de modo que se transforme la atención a mujeres y neonatos mejorando su salud y bienestar.

Se propone a las directivas de los establecimientos de salud realizar programas de sensibilización para los profesionales de la salud, para respetar los derechos de la mujer gestante y del recién nacido, ya que ellos son el núcleo importante de la experiencia a tener en dicho momento que es el parto, de ese modo se lograra la humanización en la sociedad.

Se sugiere a otros estudiantes continuar investigando sobre la violencia obstétrica, de tal manera se siga evidenciando a mayor profundidad estos problemas de salud pública que afecta a las gestantes y recién nacidos.

Se recomienda al estado peruano, una regulación legal de la violencia obstétrica dentro de un marco jurídico a nivel nacional, de tal manera se reglamente para su cumplimiento en distintos ámbitos públicos y privados. Así mismo se propone al Observatorio Nacional de la Violencia Contra las mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar abocarse más en lo que respecta a la violencia obstétrica, de tal modo se continúe fomentando el conocimiento sobre esta modalidad de violencia institucional, así mismo se elaboren informes y generen actividades de prevención.

REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (1986). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- AIEP. (2017). *Técnico en Enfermería- Escuela de Salud*. Obtenido de http://www.aiep.cl/mallasPDF/Tec_%20Enfermeria.pdf
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1998). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Alavarado L, C. C., & Garay H, A. J. (Julio-Agosto de 2016). Percepción de las puerperas sobre la calidad de atención del parto vaginal en el hospital SAGARO II-1 de Tumbes 2016. (*Tesis de Grado*). Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú. Obtenido de <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/75/TESIS%20-%20ALVARADO%20Y%20GARAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arias Castilla, C. A. (2006). Theoretical approaches on the perception that the persons have. *Horiz.Pedagóg.*, 8(1), 9-22. Obtenido de <file:///C:/Users/Yessica/Downloads/Dialnet-EnfoquesTeoricosSobreLaPercepcionQueTienenLasPerso-4907017.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. (12 de Abril de 2018). *Decreto Constituyente para la promoción y Protección del parto y el nacimiento Humanizado*. Obtenido de <https://www.aporrea.org/media/2018/04/41.376.pdf>
- Avaria, A. (2018). "El parto no es cuestión de mujeres". Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Academia*, 2, 4-5.
- Ayala G, L. G. (Enero-Febrero de 2015). Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015. (*Tesis de Grado*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4059/Ayala_gg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ayesta O, C. B., & Vásquez D, A. L. (Junio de 2016). Violencia Obstétrica: Vivencia durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-2016. (*Tesis de Grado*). Universidad Señor De Sipan, Chiclayo, Perú. Obtenido de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3068/6/Ayesta%20-%20Vasquez.pdf>
- Belli, L. (2013). Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Redbioética/UNESCO*(7), 25-34. Obtenido de http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf.
- Berenstein, I. (2000). Notas sobre la violencia. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*(2), 257-272.
- Calabrese, E. (1999). La violencia en el Hogar. *Leviatán, Revista de hechos e ideas*, II(69).
- Caldera M, E., Pirela M, J., & Ortega, E. (17 de Mayo de 2011). Dimensiones para el estudio de la calidad de servicios en Bibliotecas Universitarias. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34, 334-337. Recuperado el 14 de 04 de 2011, de Documentación de las Ciencias de la Información: <http://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/viewFile/36462/35310>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2011). *Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de Violencia*. Mexico.
- Camaro, M., Ramirez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (20 de Enero- Marzo de 2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Redalyc*, 20(68), 113-120. Recuperado el 06 de Setiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>
- Carterette, E., & Friedman, M. (1982). Raíces Históricas y Filosóficas. En *Manual de Percepción*. Mexico D.F: Trillas.

- Centre Londres 94. (2008). *Familianova Schola*. Obtenido de http://www.centrelondres94.com/files/el_desarrollo_de_la_atencion_percepcion_y_memoria.pdf
- Cerpa R, C. D., & Velásquez C, M. D. (Abril-Junio de 2015). Violencia Obstétrica en mujeres atendidas del parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza. Abril-Junio. (*Tesis de Grado*). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Obtenido de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3390/63.0656.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2002). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 136.
- Chapoñan T, M. A. (Octubre-Febrero de 2016). Percepción de las usuarias sobre la Calidad de atención del parto vaginal y Propuesta de mejora , Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo. Octubre 2016- Febrero 2017. (*Tesis de Grado*). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Chiclayo, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/921/BC-TES-5706.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Colegio de Enfermeros del Perú. (2002). *Reglamento de Ley de Trabajo de la Enfermera(o) N°27669*. Lima. Obtenido de http://cep.org.pe/download/ley_trabajo_enfermero.pdf
- Colegio de Obstetras del Perú. (2012). Código de ética y deontología profesional. En C. N. COP, *Compendio de Normas* (Sexta ed., págs. 21-23). Lima. Obtenido de http://colegiodeobstetrasdelperu.org/wp-content/themes/obstetras/pdf/compendio_normas_cop.pdf
- Colegio Médico del Perú. (29 de 04 de 2000). *Reglamento del Colegio Médico del Perú*. Obtenido de <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/REGLAMENTO-DEL-COLEGIO-M%C3%89DICO-DEL-PER%C3%9A.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (01 de 08 de 2013). *Organización de los Estados Americanos (OEA)*. Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/reglamentoCIDH.asp>
- Comisión Nacional de Residencias Médicas. (25 de 05 de 2012). *Reglamento General de las Residencias Médicas*. Obtenido de <http://www.conarem.ins.gov.py/reglamento-de-residencias-medicas/>
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo CAIRO+20. (2013). Hacia una Lectura de la Plataforma Para la Acción de CAIRO a los 20 años en el Perú (1994-2013). *Conferencia CAIRO +20*, (págs. 8-10). Lima- Perú.
- Constitución Política del Perú. (2015). Derechos fundamentales de la persona y Derechos Sociales Y Económicos. En T. C. Perú, *Compendio Normativo* (págs. 13-19). Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. (1995). "Convención de Belém do Pará", (pág. 3). Washington, D.C. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Noviembre de 2010). Protocolo Facultativo CEDAW. *Sistema de Naciones Unidas de Panamá*, (págs. 6-15). Panamá. Obtenido de https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf
- Crary, J. (2008). *Suspensiones de la Percepción* (Vol. II). Madrid- España: AKAL.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (January de 1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance based and perceptions minus expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., & Spong, C. (2015). Fisiología del Trabajo de Parto. En *Williams Obstetricia* (Vigésima cuarta ed., págs. 408-409). México D.F: Mc Graw Hill Interamericana.

- Defensoría del Pueblo. (2017). *Derecho a la Salud Materna. Seguimiento de las Recomendaciones Defensoriales a Establecimientos de Salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura Y Puno*. Lima-Perú: Biblioteca Nacional del Perú. Obtenido de https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/varios/2017/Informe-de-Adjuntia-N-001-2017-DP-ADM_Derecho-a-la-Salud-Materna-.pdf
- Deming, W. (1990). *Qualidade: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- Dio Bleichmar, E. (1985). "Género y sexo: su diferenciación y respectivo lugar en el complejo de Edipo", en *El feminismo espontáneo de la histeria, Siglo XXI, Madrid*.
- Donabedian, A. (1994). *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring* (Vol. I). Ann Arbor- Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203. Recuperado el Junio de 2005
- Duque O, E. J. (Enero- Junio de 2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVARr Journal*, 15(25), 64-76. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/818/81802505.pdf>
- Durango P, Y., & Morales D, M. (28 de Noviembre de 2017). Revelaciones de Violencia Obstétrica ocultas durante la atención del parto. (*Tesis de Grado*). Universidad de Córdoba, Córdoba, Argentina. Obtenido de <http://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/123456789/944/REVELACIONES%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA%20OCULTAS%20DURANTE%20LA%20ATENCION%20DEL%20PARTO.pdf?sequence=1>
- El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. (2008). *Ley N° 189426 Defensa del Derecho a la salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo.
- Espinoza R, J. L. (Enero de 2014). Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del Centro Obstétrico del Hospital San Juan de Lurigancho enero 2014. (*Tesis de Grado*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3527/Espinoza_rj.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Fernandez, X. (2015). *Construcción social del género: conceptos básicos*. Obtenido de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vgaYGSQaFFcJ:https://www.poder-judicial.go.cr/genero/index.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D42:lectura-conceptos-bsicos-de-gnero%26id%3D6:lecturas-ponencias-presentacione
- Fescina, R., Schwarcz, R., & Duverges, C. (2016). El parto Normal. En R. Fescina, & C. Solari (Ed.), *Obstetricia* (7 ed., Vol. 1, págs. 469-471). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- FIGO. (Noviembre de 2006). *Recomendaciones sobre Temas de Ética en Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D160072C179/\\$FILE/7_Guias_de_FIGO.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D160072C179/$FILE/7_Guias_de_FIGO.pdf)
- Figueroa P, O. E., Hurtado L, R., Valenzuela C, D. G., Bernal C, J. D., Duarte G, C. D., & Cazares G, F. A. (Enero-Junio de 2017). Violencia Obstétrica: Percepción de las Usuarias Sonorences. *Sarus*, 14-20. Obtenido de <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-03.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (17 de 03 de 2007). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Obtenido de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf
- Frenk, J. (Noviembre- Diciembre de 2000). *Scielo Public Health*. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n6/3984.pdf>
- Frías Navarro, D. (2014). *Apuntes de SPSS*. Universidad de Valencia, Valencia. Obtenido de <https://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>

- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (Fourteenth ed.). (Routledge, Ed.) New York. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=vKLOCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=George+y+Mallery+&ots=KOajVgyKCH&sig=ywRF_RcSXMnb35I93dvYTuxD8J8#v=onepage&q&f=false
- Gherardi, N. (11 de 2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. CEPAL. *Serie Asuntos de Género*(141). Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf
- Gilmore, C., & Novaes, H. (1996). *Manual de gerencia de la calidad. OPS* (Vol. III). Washington, D.C: PALTEX.
- González B, M. (22 de Marzo de 2012). Violencia Obstétrica: Percepción de la Usuaris. (*Tesis de Grado*). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. Obtenido de <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/8165/1/Violencia%20obstetrica.%20percepci%C3%B3n%20de%20las%20usuarias.pdf>
- Gonzales D, H. E. (2005). Calidad de Atención. *Atlantic International Universite*, 9-14.
- González R, R., Fernández P, M., & Longoria G, M. (2008). La calidad de la atención en Salud. *Medigraphic*, 3-5. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>
- Grupo de información en Reproducción elegida. (2015). *Niñas y Mujeres sin Justicia Derechos Reproductivos en Mexico*. Mexico: GIRE. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/0B94-UUu0etl5U0RvLWVIdmRoMlk/view>
- Hernández S, R., Fernández C, C., & Baptista L, P. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación. En R. Hernandez Sampieri, *Metodología de la Investigación* (Sexta ed., págs. 152-155). México: Mc Graw Hill Education.
- Hernández V, I. (14 de 02 de 2012). *El Mundo*. Obtenido de El misterio de las cesáreas italianas: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/02/14/internacional/1329204066.html>
- Hosp. Materno Infantil Ramón Sardá. (1995). "El nacimiento no es enfermedad" 16 recomendaciones de la OMS. *Maternidad Ramón Sardá*(1), 4-5. Obtenido de http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/Revista_Sarda/1995/!EL_NACIMIENTO_NO_ES_ENFERMEDAD!_16_Recomendaciones_de_la_Organizacion_Mundial_de_la_Salud
- Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. (2003). Metas a lograr en la atención materno perinatal en Latinoamérica y el Caribe. Decálogo. *Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 147-150.
- Human Reproduction Programame. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra- Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=D723AF7031B42458027DA6F8F7899F72?sequence=1
- Human Reproduction Programme. (23 de Septiembre de 2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra- Suiza. Obtenido de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/who_rhr_14.23_spa.pdf
- IMPO Centro de Información Oficial. (23 de 08 de 2001). *Normativa y Avisos Legales de Uruguay*. Obtenido de Reglamentación a la Ley de Acompañamiento de la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/67-2006>
- INFOLEG. (17 de Septiembre de 2004). *Salud Pública*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Keneth, A. (20 de 07 de 2011). *Concepto de Calidad* . Obtenido de Crece Negocios: <https://www.crecenegocios.com/concepto-de-calidad/>
- Lam F, S. L., Sanchez R, V. J., Alva O, M. A., Castillo V, J. S., & Cabellos T, P. (2017). Violencia Obstétrica y Estrés en puérperas atendidas en un Hospital de Chimbote,2017. (*Tesis de Grado*). Universidad San Pedro, Chimbote, Perú. Obtenido de

- <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/314/PI1720141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Llinas Delgado, A. (2006). *Manual de auditoria y gestión de calidad en salud. El modelo plecoser*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar: Ibañez.
- Mecanismo de seguimiento convención Belém do Pará. (2014). Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos., (pág. 5). Montevideo-Uruguay. Recuperado el 19 de 09 de 2014, de <http://www.oas.org/es/MESECVI/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf>
- Medina, G. (Diciembre de 2009). Violencia Obstétrica. *Derecho de Familia y de las Personas*(4), 1-4. Obtenido de <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>
- Menchaca, J. (2 de Noviembre de 2005). *División de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de file:///C:/Users/JESSI/Downloads/4H_GC_T_20.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (26 de Julio de 2016, 2021). *Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021*. Obtenido de http://www.flora.org.pe/observatorio/Norm_Nacio/PNCVHM_2009%20-%202015.pdf
- Ministerio de Salud. (30 de 09 de 2009). Reglamento de la ley N° 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. *El Peruano*, págs. 1-3. Obtenido de Reglamento de la ley N° 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
- Ministerio de Salud. (24 de Diciembre de 2013). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna*. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>
- Ministerio de Salud. (31 de 03 de 2015). *Reglamento de Internos de Ciencia de la Salud*. Obtenido de Instituto de Gestión de Servicios de Salud "Hospital Sergio Bernales": <http://www.hnseb.gob.pe/descargas/resoluciones/resoluciones2015/RD104-2015%2001.pdf>
- Ministerios de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima- Perú.
- MINSA. (2005). *Norma Técnica para la Atención Del Parto Vertical con Adecuación Intercultural*. Lima, Perú: EBRA E.I.R.L. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
- MINSA. (2013). *Norma Técnica de Salud : Atención Integral de Salud Materna*. Lima.
- Munro Faure, L., & Munro Faure, M. (1994). ¿Qué podemos aprender de los gurúes de la calidad? En L. Munro Faure, & M. Munro Faure, *La calidad total en acción* (págs. 17-33). Barcelona: Folio.
- Murguialday, C. (2006). *Diccionario de Accion Humanitaria y Cooperación al desarrollo*. Obtenido de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/108>
- Naciones Unidas. (Noviembre de 2005). Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). *Asamblea General de las Naciones Unidas* (págs. 103-109). Ginebra: ISBN. Obtenido de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexessp.pdf>
- Naciones Unidas. (2010). *"El progreso de América Latina y el Caribe hacia los objetivos del milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad"*. Nueva York. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2977/S2010622_es.pdf?sequence=1
- Napanga L, B. B. (2016). Repositorio de la Universidad Privada Sergio Bernales. (*Tesis de Grado*). Universidad Privada Sergio Bernales, Lima, Perú. Obtenido de Calidad de atención brindada por Obstetras durante el parto según percepciones de las puérperas en Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla, Callao, 2016: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/124/1/NAPANGA_L_TESIS.pdf
- Núñez de Castro, I. (2008). *De la Dignidad Del Embrión: Reflexiones en Torno a la Vida Naciente*. Madrid: Servicios Editoriales.

- Observatorio de Violencia Obstetrica Chile. (Junio de 2018). *Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile*. Santiago de Chile. Obtenido de <http://ovochile.cl/descarga-resultados-primera-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>
- OMS. (2018). *Violencia*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización Internacional del trabajo. (2012). *La OIT en acción. Resultados de desarrollo*. Ginebra: ISBN. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---exrel/documents/publication/wcms_180907.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Genero*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra-Suiza. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Violencia Sexual*. Washington,DC. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=CE6E96E373205365D8B8A2AF0B4F6A94?sequence=1
- Osorio, V. (21 de Febrero de 2018). *Telam*. Obtenido de <http://www.telam.com.ar/notas/201802/252636-los-indices-de-violencia-obstetrica-en-argentina-son-dramaticos-afirman-desde-la-agrupacion-las-casildas.html>
- Pacheco Romero, J. (2014). El parto "Fisiología del Parto". En J. Pacheco Romero, *Ginecología Obstetricia Y Reproducción* (págs. 1285-1291). Lima- Perú: Revistas Especializadas Peruanas.
- Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. (2011, 2021). *Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención*. Lima-Perú: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1620.pdf>
- Procuraduría General de la Republica Mexicana. (Junio de 2017). *Violencia Patrimonial y Económica contra las mujeres*. Obtenido de Unidad de Igualdad de Género UIG: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242427/6__Enterate_Violencia_econo_mi_ca_y_patrimonial_contra_las_mujeres_junio_170617.pdf
- Programa de las naciones unidas para el desarrollo. (2016-2018). *Informe del desarrollo humano*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/en/2016-report>
- Rámirez, J. (2011). *Seminario 1V*. Obtenido de <https://www.uv.es/~jvramire/apuntes/SEMINARIS/seminario1b.pdf>
- Red Iberoamericana por las Libertades Laicas. (20 de 12 de 2006). *Libertades Laicas*. Obtenido de <http://academia.utp.edu.co/ps4/files/2016/09/derechos-sexuales.pdf>
- Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. (2006,2007). Parto Humanizado. *Relacahuapan*, 10-11. Obtenido de <http://relacahupanuruguay.blogspot.com/p/boletines.html>
- Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. (2006,2007). Parto Humanizado. *Relacahuapan*, 10-11. Obtenido de <http://relacahupanuruguay.blogspot.com/p/boletines.html>
- Rodríguez R, P. A., & Aguilera A, L. (2017). La Violencia Obstétrica, Otra forma de violencia contra la mujer .El caso de Teneferite. *Musas*, 2(2), 56-74. doi: 10.1344
- Rubin, G. (1975). "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex", en Reiter, *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, Nueva York, . Mexico.
- Sánchez Gutierrez, J., Gonzáles Alvarado, T. E., Gaytán Cortés, J., & Pelayo Maciel, J. (2017). *Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad*. Guadalajara: RIICO.
- Scott, J. (12 de 2008). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Gender*, 113(5).
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2018). *Ley N°25929 Parto Humanizado*. Buenos Aires. Recuperado el 21 de 09 de 2004, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_we_b_0.pdf

- Sistema de Información sobre la primera infancia en America Latina. (17 de 09 de 2004). *Ley Nacional del Parto Respetado N°25929*. Obtenido de <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/normativas/902/ley-no-259292004-ley-nacional-de-parto-respetado>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice Society for Maternal- Fetal Medicine. (2013). Definition of Term Pregnancy. *Committee Opinion*(579), 1-2.
- Torres, M. (29 de Octubre de 2011). *INOCALSER*. Obtenido de <http://infocalsar.blogspot.pe/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>
- UNFPA. (2016). *Estándares de Salud Materna con enfoque intercultural*. Ecuador- Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF. (2007-2011). *Violencia Emocional*. Obtenido de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/entrega_7-violencia_emocional.pdf
- United Nations Development Programme. (2018). *Human Development Reports*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/en/content/%C3%ADndice-de-desigualdad-de-g%C3%A9nero>
- United Nations Population Fund. (16 de 03 de 2018). *UNFPA Perú*. Obtenido de Salud Sexual y Reproductiva: <https://peru.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva-5>
- Valdez, R., Hidalgo, E. d., & Mojarro, M. (Enero de 2013). Nueva evidencia a un viejo problema el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*, 18(1), 14-20. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199>
- Vela C, G. d. (Marzo- Abril de 2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. (*Tesis de Grado*). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Villegas P, M. d., & Rosa D, I. M. (2003). La Calidad Asistencial: Concepto y Medida. *Dirección y Organización D y O*, 50-52.
- Wajajay N, W. Y. (Enero-Febrero de 2013). Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Enero - Febrero 2013. (*Tesis de Grado*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/461/Wajajay_nw.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Weber, M. (25 de 07 de 2007). *La violencia vista por Max Weber*. Obtenido de <http://monicavargasaguirre.blogspot.com/2007/07/la-violencia-vista-por-max-weber.html>
- World Association for Sexual Health. (06 de 2015). Derechos Sexuales. (F. Tania, & A. Giami, Edits.) *WAS*, 12(1), 10-11. Obtenido de <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/14-DE-JULIO-DEF-WAS-VERSION-CASTELLANO-JUNE-2015.pdf>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra, Suiza: Department of Reproductive Health and Research.
- Zaccagnini. (11 de Marzo de 2016). *ATTI PARLAMENTARI CAMERA DEI DEPUTATI*. Obtenido de Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico.: http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1. ENCUESTA SERVPERF

Medición de la Calidad percibida de la Atención del Parto

Hora de inicio: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Buenos días. Estamos realizando una encuesta con la finalidad de Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte de Los Olivos y Sur de Villa el Salvador de la ciudad de Lima.

Esta encuesta tiene la finalidad de averiguar cuan satisfecha esta Ud. con el servicio recibido durante el trabajo de parto y parto. Para ello, pedimos su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas formuladas. Ante todo, le agradecemos por su participación y gracias por su tiempo.

Por favor utilizar la siguiente escala para contestar las preguntas:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| -Satisfacción amplia (6) | - Satisfacción moderada (5) |
| -Satisfacción (4) | - Insatisfacción leve (3) |
| -Insatisfacción moderada (2) | - Insatisfacción severa (1) |

I. Datos Socio. Demográficos

- o Edad: _____
- o Paridad: _____
- o Escolaridad: Analfabeta___ Primaria___ Secundaria___ Técnica___ Universitaria___
- o Procedencia: Lima_____ Provincia: _____

II. Datos Clínicos:

- o Hora de parto: Guardia Diurna___ Guardia Nocturna_____
- o Terminación: Espontanea_____ No espontánea: _____

N°	Dimensiones	ÍTEMS	1 I.Severa	2 I.Moderada	3 I.Leve	4 Satisfacción	5 S.Moderada	6 S.Amplia
1	RESPUESTA RÁPIDA	¿Fue Usted atendida inmediatamente a su llegada al centro de salud?						
2		¿En momentos en los cuales necesitó la ayuda /atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente?						
3		¿Fue trasladada rápidamente a la sala de partos una vez entro en periodo expulsivo?						
4	EMPATÍA	¿El personal del centro Obstétrico la trato con amabilidad, respeto y paciencia?						
5		¿Recibió algún grito o mal trato por el personal de salud?						
6		¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?						
7	SEGURIDAD	¿Su atención estuvo a cargo del médico de turno?						
8		¿Se le dejó sola durante largos periodos de tiempo?						
9		¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?						
10		¿El personal del centro obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante el parto?						
11		¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?						
12		¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (Expulsivo)?						
13		¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?						
14		¿Volvería usted a dar a luz en este centro de salud?						

N°	Dimensiones	ÍTEMS	1 I.Severa	2 I.Moderada	3 I.Leve	4 Satisfacción	5 S.Moderada	6 S.Amplia
15	CONFIANZA	¿El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?						
16		¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?						
17		¿Se le permitió acariciar y amamantar a su bebe apenas nació?						
18		¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?						
19		¿Recomendaría a un familiar o amigo a que den a luz en este centro de salud?						
20	TANGIBLE	¿Los ambientes del centro Obstétrico y la sala de parto estuvieron limpios y cómodos?						
21		¿Se sentía confortable en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto?						
22		¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?						

ANEXO N° 2. CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Este cuestionario está basado en recoger datos sobre la violencia obstétrica percibida por las puérperas inmediatas. Así mismo, queremos dar a conocer sobre este gran problema de salud pública que en pleno siglo XXI se sigue efectuando, pero para esto necesitamos de tu ayuda, para así poder evidenciar la magnitud de este problema. Puedes colaborar completando este cuestionario sobre vuestras experiencias vividas en el trabajo de parto y parto.

N°	DESINFORMACIÓN	SI	NO
1	Se le informó del procedimiento o maniobra que le iban a realizar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).		
2	Recibió información de los medicamentos (Oxitocina, antibióticos, toco líticos, antihipertensivo, entre otros) que se le iban a administrar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios)		
3	¿Se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento?		
4	¿Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención?		
5	¿El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento?		
6	¿El lenguaje utilizado permitió entender la información que le dieron?		
7	¿Tuvo la posibilidad de absolver todas sus dudas e inquietudes?		

N°	TRATO DESHUMANIZADO	SI	NO
8	¿Se presentó con nombre y título cada persona que entró en su habitación y la trató?		
9	¿Se le realizó procedimientos en presencia de personas que usted no consintió?		
10	¿Su intimidad fue vulnerada durante la atención de su parto o puerperio?		
11	¿Alguien hizo comentarios despectivos en cuanto a su estado físico?		
12	¿Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para parir, le dijeron que lo estaba haciendo mal?		
13	¿Alguien criticó sus expresiones de dolor (gritos y gemidos) y temor durante el parto?		
14	¿Alguien puso en duda su capacidad para dar de mamar a su bebé?		
15	¿Se facilitó el contacto piel con piel entre usted y su bebé inmediatamente después de nacer y durante la primera media hora?		
16	¿Se propició inmediatamente que su bebé lacte de sus senos y durante la siguiente hora posterior a su nacimiento?		
17	¿Se respetó su deseo en cuanto a comer y beber?		
18	¿Se respetó su deseo de estar acompañada de la/s persona/s de su elección?		
19	¿Se respetó la postura que deseaba en su expulsivo (parto)?		

Nº	Medicalización y Patologización	SI	NO
20	¿Recibió monitoreo electrónico fetal constante (en todo momento) durante el trabajo parto y/o parto?		
21	¿Se le colocó Oxitocina en suero u otro medicamento para acelerar el trabajo de parto?		
22	¿Al ingresar a la sala de dilatación se le colocó una vía endovenosa y suero, como medida preventiva?		
23	¿Se le pidió realizar estimulación de pezones para acelerar el parto?		
24	¿Se le realizó episiotomía?		
25	¿Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?		
26	¿Se le colocó enemas?		
27	¿Se le pidió permanecer acostada durante el trabajo de parto (sin contraindicación aparente), no considerando su deseo de deambular libremente?		
28	¿Se realizaron procedimientos como el secado, pesado, tallado, vestido entre otros, que dificultaron el inmediato contacto piel a piel con su hijo?		

ANEXO N° 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO Y VIOLENCIA OBSTETRICA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CONO NORTE Y SUR DE LA CIUDAD DE LIMA. JUNIO-JULIO DEL 2018.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación es conducida por la Bachiller Morales Murga, Yessica Brigitte, de la Universidad Privada del Norte.

La meta de este estudio es: Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte de Los Olivos y Sur de Villa el Salvador de la Ciudad de Lima.

Estimada señora:

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas de los cuestionarios de esta investigación. Esto tomará aproximadamente 7 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas brindadas en este cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto de investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en dicho estudio. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la participación del mismo le parece incómoda o innecesaria responderla, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador. Por lo tanto, estamos agradecidos por su colaboración en este estudio.

Apartado del Participante:

Su firma en este documento, significa que ha decidido participar en este estudio después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento:

He sido informada de la meta de este estudio que es Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima. Por lo tanto, acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la Bachiller de Obstetricia Morales Murga Yessica Brigitte.

Firma de la paciente

Firma del autor

ANEXO N° 4. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Percepción de la calidad de atención de parto y Violencia Obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la Ciudad de Lima. Junio-Julio del 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
Problema general	Objetivo general	
¿Cuál es la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?	Comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.	
Problemas específicos	Objetivos específicos	VARIABLE 1: Percepción de la calidad de atención.
1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas del Parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?	1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.	1. Respuesta Rápida 2. Empatía 3. Seguridad 4. Confianza 5. Tangible
2. ¿Cuál es la percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?	2. Identificar la percepción global de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.	
3. ¿Cuál es la percepción global de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima?	3. Identificar la percepción global de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima.	
4. ¿Cuál es la percepción de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones?	4. Identificar la percepción de la calidad de atención del parto en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones.	VARIABLE 2: Violencia Obstétrica 1. Desinformación 2. Trato deshumanizado 3. Medicalización y patologización
5. ¿Cuál es la percepción de la violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones ?	5. Identificar la percepción de violencia obstétrica en puérperas inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la ciudad de Lima, según dimensiones	

ANEXO N° 5. ÍTEMS CON MAYOR INSTAISFACCION EN LA CALIDAD DE ATENCION DEL PARTO

Tabla N° 9

Cuadro comparativo de los ítems con mayor insatisfacción percibida en la calidad de atención del parto, por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de Lima.

Ítems de dimensiones		Centro de salud			
		CMI. Cono Norte		CMI. Cono Sur	
		N°	%	N°	%
Permiso para comer o tomar algo	Insatisfacción	69	35.4%	20	15.2%
	Satisfacción	126	64.6%	112	84.8%
Permiso para acariciar y amamantar inmediatamente	Insatisfacción	90	46.2%	50	37.9%
	Satisfacción	105	53.8%	82	62.1%
Acompañamiento de esposo o familiar	Insatisfacción	140	71.9%	81	61.4%
	Satisfacción	55	28.1%	51	38.6%
Elección de posición para dar a luz	Insatisfacción	74	38%	33	25%
	Satisfacción	121	62%	99	75%
Total		195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

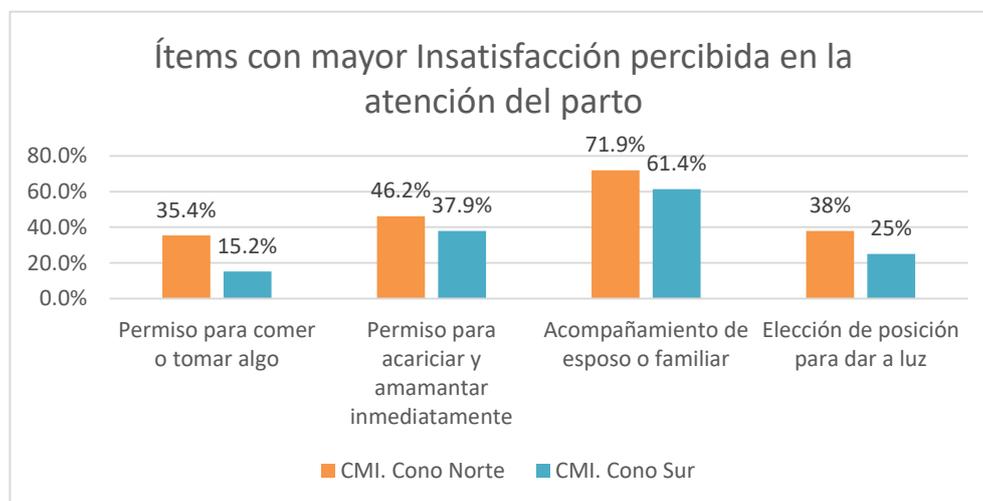


Figura N° 7. Ítems con mayor Insatisfacción percibida en la atención del parto por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur

El ítem con mayor insatisfacción percibida por las puérperas inmediatas que vulnera los derechos de la mujer gestante es el no permitir el acompañamiento durante todo el proceso del trabajo del parto con un 71.9% para el CMI del Cono Norte y 61.4% para el Cono Sur. Además, se observó que más de la cuarta parte de la población encuestada no les permitieron dar de lactar a sus bebés, así como no permitirles elegir la posición para dar a luz, denotando la falta de interculturalidad y humanidad para ambos Maternos Infantiles.

ANEXO N° 6. ÍTEMS CON MAYOR VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERCIBIDA

Tabla N° 10

Cuadro comparativo de los ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur, según la dimensión Desinformación.

Desinformación		Centro de salud			
		CMI "Cono Norte"		CMI "Cono Sur"	
		N°	%	N°	%
Información del procedimiento o maniobras a realizar	No	149	76.4%	101	76.5%
	Si	46	23.6%	31	23.5%
Información sobre la administración de medicamentos	No	88	45.1%	69	52.3%
	Si	107	54.9%	63	47.7%
Total		195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

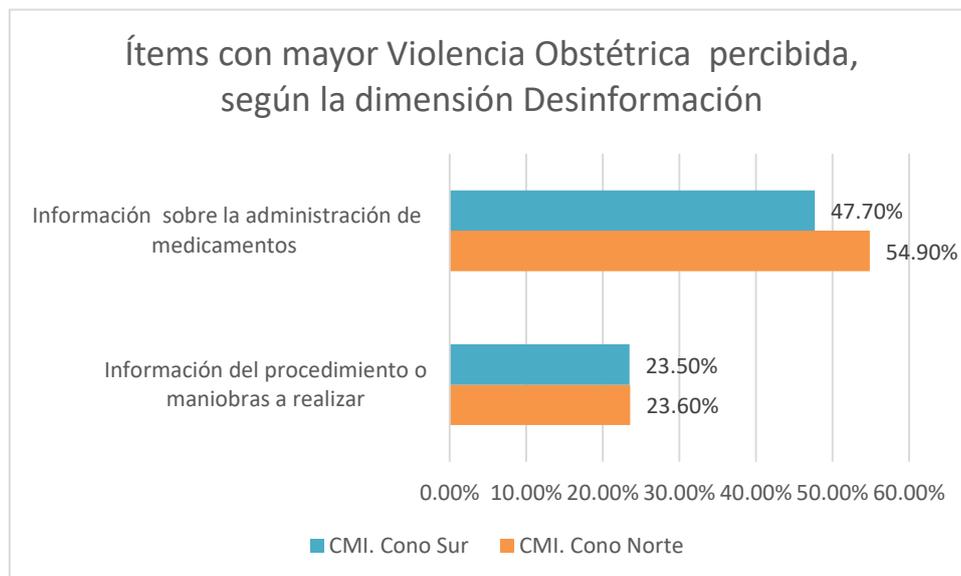


Figura N° 8. Ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Desinformación.

En la dimensión desinformación se denota que ambos establecimientos de salud presentan porcentajes similares en los ítems con mayor violencia obstétrica percibida, de las cuales la falta de información sobre la administración de medicamentos es elevada con 54.9% para el Norte y 47.7% para el Cono Sur. Así mismo la información sobre maniobras o procedimientos no son brindadas en su totalidad a las puérperas inmediatas denotando más de un 23% para los dos centros de salud.

Tabla N° 11

Cuadro comparativo de los ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur, según la dimensión Trato deshumanizado

Trato deshumanizado		Centro de salud			
		CMI. Cono Norte		CMI. Cono Sur	
		N°	%	N°	%
Presentación del Personal de Salud durante las evaluaciones	No	46	23.6%	37	28%
	Si	149	76.4%	95	72%
Contacto piel a piel	No	96	49.2%	109	82.6%
	Si	99	50.8%	23	17.4%
Lactancia Materna inmediata	No	61	31.3%	104	78.8%
	Si	134	68.7%	28	21.2%
Acompañamiento	No	17	8.7%	75	56.8%
	Si	178	91.3%	57	43.2%
Posturas durante el parto	No	144	73.8%	105	79.5%
	Si	51	26.2%	27	20.5%
Total		195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

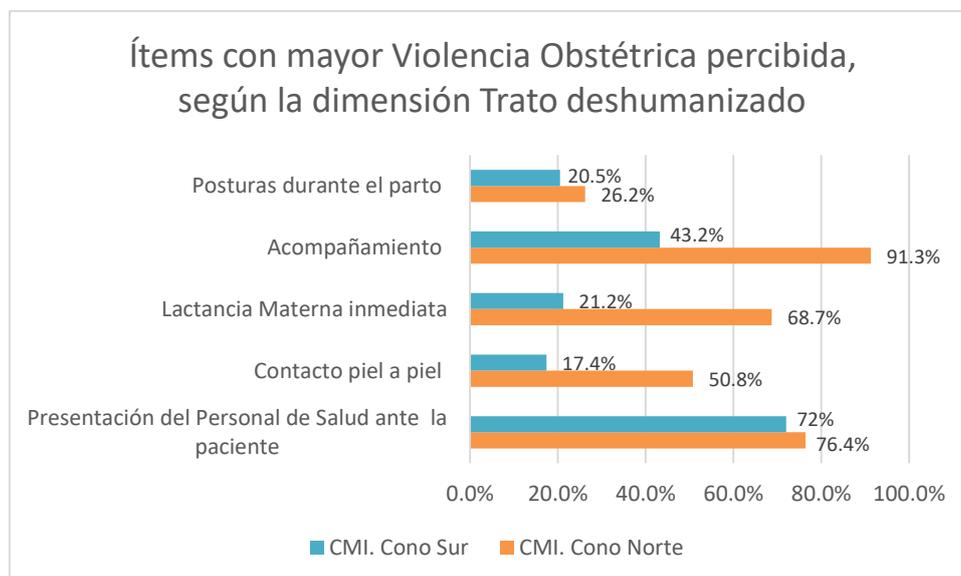


Figura N° 9. Ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Trato deshumanizado.

Se evidencia que casi la totalidad de los partos atendidos en el CMI del Cono Norte no se les permitió estar acompañadas durante su trabajo de parto (91.3%), a diferencia del Cono Sur donde más de la mitad de las puérperas inmediatas si se les permitió. Por otro lado, se evidencia una gran falta de respeto por parte del personal de salud, debido a que hacen omiso su presentación ante el paciente (72% Sur, 76.4% Norte). Así mismo incumplen los parámetros de la OMS, donde indica que se debe realizar el apego precoz y lactancia materna inmediata, porque beneficia la salud de la madre y RN.

Tabla N° 12

Cuadro comparativo de los ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur, según la dimensión Medicalización y Patologización

Medicalización y Patologización		Centro de salud			
		CMI. Cono Norte		CMI. Cono Sur	
		N°	%	N°	%
Monitoreo electrónico fetal constante	No	76	39%	132	100%
	Si	119	61%	0	0%
Administración de Oxitocina	No	132	67.7%	121	91.7%
	Si	63	32.3%	11	8.3%
Colocación de vía endovenosa (suero), como medida preventiva	No	74	37.9%	94	71.2%
	Si	121	62.1%	38	28.8%
Estimulación de pezones	No	139	71.3%	79	59.8%
	Si	56	28.7%	53	40.2%
Episiotomía	No	94	48.2%	89	67.4%
	Si	101	51.8%	43	32.6%
Maniobra Kristeller	No	94	48.2%	72	54.5%
	Si	101	51.8%	60	45.5%
Impedimento para deambular	No	94	48.2%	83	62.9%
	Si	101	51.8%	49	37.1%
Procedimientos del RN que dificultaron el contacto piel a piel.	No	92	47.2%	102	77.3%
	Si	103	52.8%	30	22.7%
Total		195	100%	132	100%

Nota. Fuente: Elaboración Propia

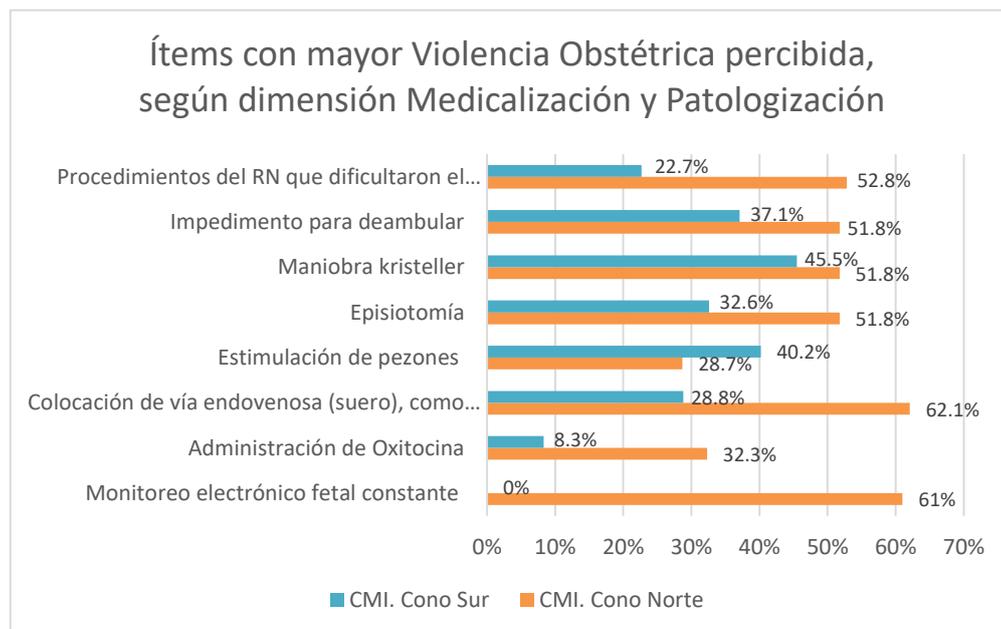


Figura N° 10. Ítems con mayor Violencia Obstétrica percibida por las puérperas inmediatas, según la dimensión Medicalización y Patologización.

Se denota que ambos Maternos Infantiles tienen porcentajes elevados de violencia percibida en los ítems de la dimensión Medicalización y Patologización por las puérperas inmediatas durante su trabajo de parto y parto. Pero existe una gran diferencia entre ambos establecimientos debido a que el CMI del Cono Norte abusan el uso del Monitoreo electrónico fetal con un 61%, es decir 119 puérperas fueron sometidas a esta intervención rutinaria innecesaria durante su parto, así como el uso de Oxitocina para acelerar el trabajo de parto (32.3%), a diferencia del Cono Sur quien no realiza monitoreo electrónico fetal en partos sin complicaciones, además el uso de oxitocina es baja con un 8.3%. Por otro lado, se evidencia el uso de la maniobra Kristeller (Cono Norte 51.8%, Cono Sur 45.5%), de las cuales son innecesarias y generan mucho dolor e incomodidad a las gestantes. Se concluye que existe mucha patologización en el trabajo de parto y parto de modo que lo ven como una enfermedad y no como un proceso natural y fisiológico que el cuerpo de la mujer está adaptado para asumir ese rol.

**ANEXO N° 7. FOTOGRAFÍAS DURANTE LA RECOPIACIÓN DE DATOS EN EL CMI DEL
CONO NORTE Y SUR DE LA CIUDAD DE LIMA**



Ilustración 1. Firma del Consentimiento Informado de la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 2. Realización de encuesta a la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 3. Firma del Consentimiento Informado de la puérpera inmediata del CMI del Cono Norte

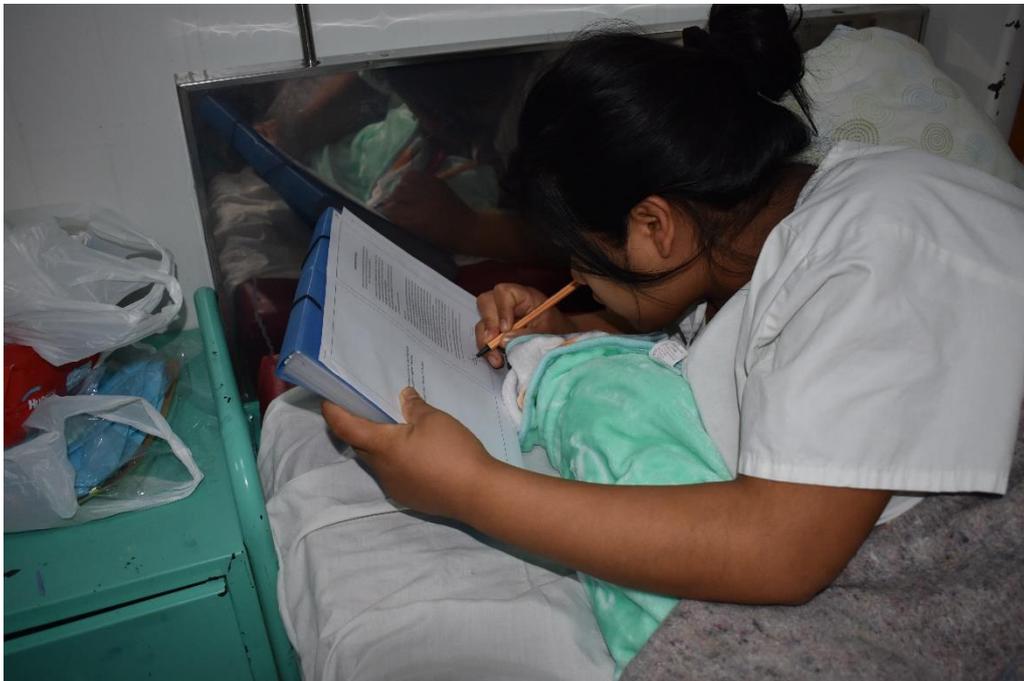


Ilustración 4. Firma del Consentimiento Informado de la puérpera inmediata del CMI del Cono Norte



Ilustración 5. Firma del Consentimiento Informado de la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 6. Realización de encuesta a la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur

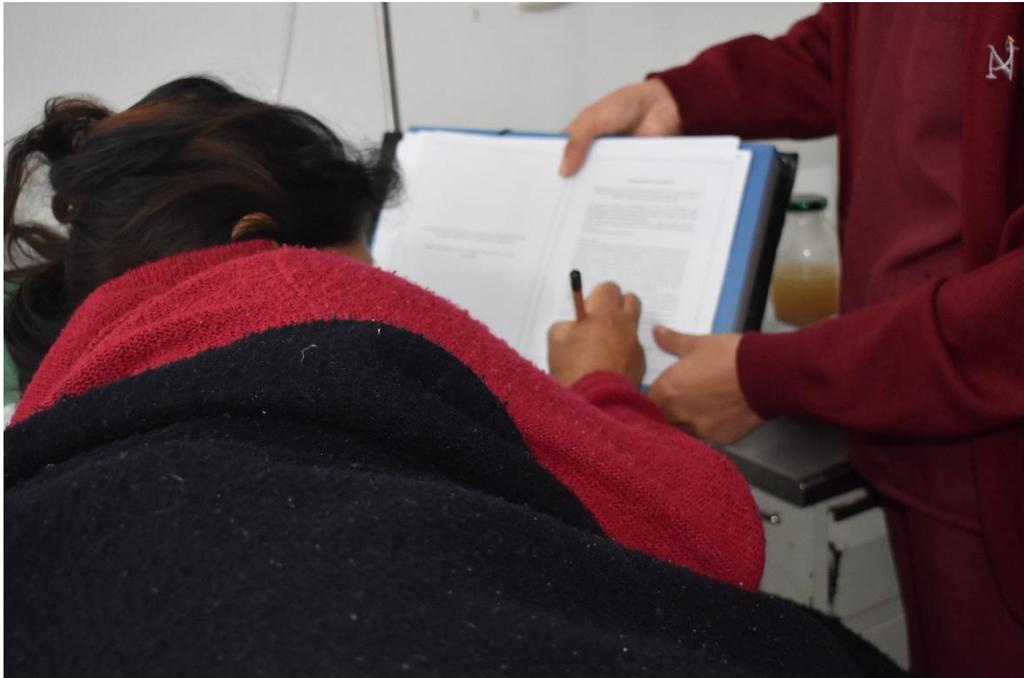


Ilustración 7. Firma del Consentimiento Informado de la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 8. Realización de encuesta a la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 9. Realización de encuesta a la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 10. Realización de encuesta a la puérpera inmediata del CMI del Cono Sur



Ilustración 11. Firma del Consentimiento Informado de la puérpera inmediata del CMI del Cono Norte