



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JULIACA
FACULTAD DE GESTIÓN Y EMPRENDIMIENTO

EMPRESARIAL

**ESCUELA PROFESIONAL DE GESTIÓN PÚBLICA Y
DESARROLLO SOCIAL**



**EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS FRENTE AL
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2021**

Yessica Pilar Mamani Mamani

Tesis para optar el título de:

Licenciado en Gestión Pública y Desarrollo Social

Asesor: M.Sc. Gustavo Luis Vilca Colquehuanca



JULIACA - PERÚ, 2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JULIACA

**FACULTAD DE GESTIÓN Y EMPRENDIMIENTO
EMPRESARIAL**

**ESCUELA PROFESIONAL DE GESTIÓN PÚBLICA Y
DESARROLLO SOCIAL**



**EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS FRENTE AL
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2021**

Yessica Pilar Mamani Mamani

Tesis para optar el título de:

Licenciado en Gestión Pública y Desarrollo Social

Asesor: M.Sc. Gustavo Luis Vilca Colquehuanca



Juliaca - Perú, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JULIACA
FACULTAD DE GESTIÓN Y EMPRENDIMIENTO
EMPRESARIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE GESTIÓN PÚBLICA Y
DESARROLLO SOCIAL



EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS FRENTE AL
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO-JULIACA 2021

Yessica Pilar Mamani Mamani

Tesis para optar el título de:
Licenciado en Gestión Pública y Desarrollo Social

Asesor: M.Sc. Gustavo Luis Vilca Colquehuanca

Juliaca - Perú, 2022

Mamani-Mamani, Y. (2022). *Experiencias de madres primerizas frente al servicio de salud pública en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2021*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Juliaca. Juliaca.

AUTOR: Mamani Mamani, Yessica Pilar.

TÍTULO: Experiencias de madres primerizas frente al servicio de salud pública en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2021.

PUBLICACIÓN: Juliaca, 2022

DESCRIPCIÓN: Cantidad de páginas (103 pp.)

NOTA: Tesis de la Escuela Profesional de Gestión Pública y Desarrollo Social – Universidad Nacional de Juliaca.

CÓDIGO: 05/000033-05/M21

NOTA: Incluye bibliografía.

ASESOR: M.Sc. Gustavo Luis Vilca Colquehuanca

PALABRAS CLAVE:

Mortalidad materna, salud pública, derechos humanos, violencia obstétrica, hospital.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JULIACA

FACULTAD DE GESTIÓN Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL

ESCUELA PROFESIONAL DE GESTION PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL

“EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS FRENTE AL SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO-JULIACA 2021”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN GESTIÓN PÚBLICA Y
DESARROLLO SOCIAL

Presentada por:

Yessica Pilar Mamani Mamani

Sustentada y aprobada ante el siguiente jurado:

Dra. Ingrid Rossana Rodríguez Chokewanca
PRESIDENTE DE JURADO



Firma del presidente

Dra. Vilma Valeriana Tapia Ccallo
JURADO



Firma del 2do miembro

Mg. Marcelino Reyes Casani Cruz
JURADO



Firma del 3º miembro

M.Sc. Gustavo Luis Vilca Colquehuanca
ASESOR



Firma del asesor

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme la vida.

A mi madre, por tanto cariño y amor en esta vida terrenal; ella me observa a lo lejos,
desde aquel lugar especial, ella es mi recuerdo más querido.

A mi familia, porque a pesar de todas las cosas malas que puedan pasar, hemos de estar
el uno para el otro, como hasta ahora.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a mis jurados de tesis por sus críticas y sugerencias para la realización de esta investigación; a la Dra. Ingrid Rossana Rodríguez Chokewanca, Dra. Vilma Valeriana Tapia Ccallo y Mg. Marcelino Reyes Casani Cruz.

Quiero agradecer de manera especial a mi asesor de tesis: M.Sc. Gustavo Luis Vilca Colquehuanca, por haberme guiado todo este tiempo en la ejecución de la misma, haciendo sus aportes en todo aspecto y acompañándome en la medida posible.

Me gustaría agradecer también en estas líneas, la gran ayuda que me ha brindado la Mg. Karina Cleny Quispe Rosas, por su disposición respecto a la validación de instrumento y aspectos relacionados a la investigación, sin ella esta investigación no se hubiera podido concluir.

De la misma forma me complace agradecer, el importante aporte que me ha concedido la Lic. Sonia Albina Medina Encinas frente a la validación de instrumento, ya que sin ello no se hubiera encaminado la investigación.

Así, por supuesto, a las mamitas que han participado en mi investigación, por regalarme un poco de su tiempo y brindarme la confianza necesaria para contarme sus experiencias; las aprecio, valoro y admiro en demasía.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
Índice de contenido	6
Índice de tablas	8
Índice de figuras	9
Índice de anexos	10
Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
Capítulo I	15
Planteamiento del problema	15
1.1 Problema de investigación	15
1.2 Preguntas de investigación	17
1.3 Objetivos de la investigación	18
1.4 Justificación de la investigación	18
Capítulo II	20
Revisión de literatura	20
2.1 Antecedentes	20
2.2 Marco teórico	26
2.3 Marco conceptual	43
Capítulo III	47
Materiales y métodos	47
3.1 Diseño	47
3.2 Ámbito de estudio	47
3.3 Población y muestra	48
3.4 Técnicas de recolección de información	50

3.5	Técnicas de análisis de información	51
Capítulo IV		53
Resultados y discusión		53
4.1.	Resultados	53
4.1.1	Reconstrucción de la interacción paciente-personal médico desde la experiencia de madres primerizas	53
4.1.2	Relación de la madre primeriza con los dispositivos médicos y área de atención	62
4.1.3	Descripción del itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos, desde la experiencia de la madre primeriza	70
4.2	Discusión	76
4.2.1	Discusión en cuanto a la interacción paciente-personal médico	76
4.2.2	Discusión acerca de la relación con los dispositivos médicos y el área de atención	79
4.2.3	Discusión referente al itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos	81
Capítulo V		82
Conclusiones y recomendaciones		82
5.1	Conclusiones	82
5.2	Recomendaciones	83
Referencias		85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Prácticas hospitalarias	29
Tabla 2	Número de partos atendidos por orden de nacimiento, según meses del HCMM-2021	48
Tabla 3	Distribución de la muestra	49
Tabla 4	Densidad de data cualitativa del estudio	51
Tabla 5	Horario de visita médica según testimonios	72
Tabla 6	Personal de salud que realiza las visitas médicas según testimonios	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de ubicación del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca	48
Figura 2	Formas de interacción paciente-personal médico	53
Figura 3	Rasgos de la interacción vertical	54
Figura 4	Características de la impersonalidad	56
Figura 5	Proporción de la violencia obstétrica hacia las madres	59
Figura 6	Tipos de violencia y sus manifestaciones	59
Figura 7	Connotación de los dispositivos médicos respecto a su uso	63
Figura 8	Características de un ambiente inhóspito	67
Figura 9	Red hermenéutica sobre el itinerario asistencial de partos desde la experiencia materna	70

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Categorías de análisis	94
Anexo 2	Guía de entrevista	95
Anexo 3	Modelo de constancia de juicio de experto	97
Anexo 4	Modelo de consentimiento informado	98
Anexo 5	Evidencias fotográficas	99

RESUMEN

El objetivo es describir las experiencias de madres primerizas frente al servicio de salud pública en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2021. El estudio adopta un enfoque cualitativo, con alcance descriptivo y carácter interpretativo-fenomenológico. Se aplicaron entrevistas cualitativas semiestructuradas a 15 madres primerizas que han sido atendidas en el hospital en el 2021. Los resultados sugieren que la interacción entre las madres y el personal médico, desde la experiencia materna, fue en ocasiones vertical, impersonal y con indicios de violencia. La relación con los dispositivos médicos fue para las madres una experiencia desagradable e incómoda, dolorosa y traumática; esto sumado a la posible existencia de dispositivos obsoletos, inoperativos, insuficientes y ambientes poco agradables. El itinerario asistencial, sanitario y terapéutico, desde la experiencia de la madre primeriza, se sustenta en protocolos bajo criterios discrecionales, donde ellas sienten que son poco comprendidas. En conclusión, las formas de interacción descritas probablemente se han normalizado o se toman con resignación y se advierte que el síndrome de burnout podría ser una causa principal. La relación que la madre establece con los dispositivos médicos es posiblemente agresiva, denota insuficiencia y el área de servicio presenta deficiencias que requiere una pronta mejora. Los protocolos siguen un criterio de discrecionalidad que no logra colocar a la madre como eje central del proceso en busca de un verdadero sentido de utilidad pública.

Palabras claves: mortalidad materna, salud pública, derechos humanos, violencia obstétrica, hospital.

ABSTRACT

The objective is to describe the experiences of new mothers in front of the public health service at the Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2021. The study adopts a qualitative approach, with a descriptive scope and interpretive-phenomenological character. Qualitative semi-structured interviews were applied to 15 new mothers who have been treated at the hospital in 2021. The results suggest that the interaction between the mothers and the medical staff, from the maternal experience, was sometimes vertical, impersonal and with signs of violence. The relationship with medical devices was an unpleasant, uncomfortable, painful and traumatic experience for the mothers; this added to the possible existence of obsolete, inoperative, insufficient devices and unpleasant environments. The assistance, health and therapeutic itinerary, from the experience of the new mother, is based on protocols under discretionary criteria, where they feel that they are poorly understood. In conclusion, the forms of interaction described have probably been normalized or are taken with resignation and it is noted that burnout syndrome could be a main cause. The relationship that the mother establishes with the medical devices is possibly aggressive, denotes insufficiency and the service area has deficiencies that require prompt improvement. The protocols follow a criterion of discretion that fails to place the mother as the central axis of the process in search of a true sense of public utility.

Keywords: maternal mortality, public health, human rights, obstetric violence, hospital.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano cuya base jurídica se transmite en diferentes obligaciones que los estados deben cumplir conforme a convenciones, protocolos y declaraciones internacionales; ello se refleja de diversas formas en las constituciones de los países. La salud materna es parte del derecho a la salud, y la muerte materna se considera una expresión de la condición social inequitativa de las mujeres y del débil funcionamiento de los sistemas de salud (GTR, 2017).

En el Perú, desde hace mucho se viene tratando de afrontar este problema y desde principios de los noventas, Perú ha visto un descenso importante en el índice de mortalidad materna, pero la pandemia ocasionada por el Covid-19 junto a un sistema de salud débil y con limitada capacidad de respuesta, ha retrasado al menos cinco años en su camino a la reducción (Gianella et al., 2021), lo cual es alarmante. Analizando las causas ocurridas en el Perú entre el 2020 y 2021, se encuentra que muchas pudieron ser prevenidas, teniendo como causa principal a las hemorragias, luego la hipertensión, y en tercer lugar, la enfermedad por Covid-19. Entonces, ahí surge la pregunta ¿Por qué aún no se mejora este problema, sino que además va en incremento? Para dar respuesta a la pregunta, es necesario no sólo fijarnos en cifras, sino que además recabar en lo más profundo de la problemática y qué mejor, fijar la mirada en las mismas protagonistas, las madres.

En este sentido se pretende comprender al menos una parte de esta problemática, teniendo como objetivo general: describir el servicio de salud pública desde la experiencia de las madres primerizas en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2021; cuyos objetivos específicos son: reconstruir cómo es la interacción paciente-personal médico, a partir de la experiencia de las madres primerizas frente al servicio de salud pública recibida; entender el modo de relacionamiento que establece la madre primeriza con los dispositivos médicos y el área de atención médica materna; y describir el itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos que se sigue en el Hospital Carlos Monge Medrano, desde la experiencia de la madre primeriza. Para el desarrollo de esta investigación se realizaron 15 entrevistas a madres primerizas que tomaron el servicio de parto en el año 2021, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada.

Esta investigación es importante debido a que con ella se pondrá en evidencia cómo es este servicio realmente, cuáles son aquellas deficiencias que se pueden mejorar y las necesidades que las madres perciben; para que, las instancias correspondientes puedan hacer algo por esta población tan vulnerable; ya no basada sólo en cifras sino en el sentir de cada una de ellas.

Para dar rienda a ello, esta investigación está estructurada de la siguiente forma:

- Capítulo I: Que contiene el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, objetivos de la investigación y su justificación.
- Capítulo II: Se desarrolla lo que es la revisión de la literatura o marco teórico.
- Capítulo III: Que precisa cuáles fueron los materiales y métodos empleados.
- Capítulo IV: Reporta cuáles fueron los resultados y su discusión.
- Capítulo V: Por último, las conclusiones y recomendaciones.

Esta investigación a su vez, incluye sus respectivas referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad, el número de muertes maternas continúa siendo inaceptablemente alta. Cada día en el mundo mueren aproximadamente 830 mujeres por complicaciones que se presentan ya sea en el embarazo, el parto o posparto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019). De esto, 99% ocurre en países en desarrollo y más del 80% son evitables, conforme lo señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021); esto es preocupante, pues denota que probablemente los servicios de salud en materia obstétrica están resultando ineficientes, por lo que es muy importante que este sea de calidad pues no solamente repercute sobre la eficiencia de los sistemas de salud o la percepción que las personas tienen de él, sino que, literalmente, puede costarles la vida. Esta deficiencia de los servicios genera un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que la generada por la falta de acceso a servicios de salud; ya que, los sistemas de alta calidad poseen ese potencial de prevenir cada año: 1 millón de muertes de neonatos y 50% de muertes maternas (Proaño, 2018). Ponerle importancia y hacerle frente a esta problemática es imprescindible porque es uno de los indicadores sanitarios que más visiblemente pone en evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto hacia los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales (MINSA, 2021), es por ello que este tema constituye una de las metas incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): llegar a reducir la razón de muerte materna a nivel mundial a menos del 70 por 100,000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030.

Las principales complicaciones que causan el 75% de las muertes maternas son: las hemorragias graves (mayormente tras el parto), las infecciones (comúnmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (Vaca & Cordero, 2018); no obstante, a ello se le suma la crisis sanitaria que aqueja a todo el mundo por el surgimiento del Covid 19, que ha ocasionado impactos “devastadores” en las mujeres, ya que por lo menos 1000 embarazadas han muerto por complicaciones del coronavirus en las Américas y si ello continúa, se podría borrar más de

20 años de avance en lo que concierne a la reducción de la muerte materna, por lo que se exhorta garantizarle a las mujeres, adolescentes y niñas el acceso a la atención durante la pandemia, según lo señalado por la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (2021).

No ajeno a esta realidad, en el Perú, las cifras de muerte materna del 2021, son las más letales de los últimos 12 años, ya que, hasta el 20 de Noviembre del 2021 se registraron 423 muertes maternas, un 55% más que el 2019 (Palomino, 2021). Analizando esas cifras, se encuentra que muchas pudieron ser prevenidas, teniendo como causa principal las hemorragias, luego la hipertensión, y en tercer lugar, la enfermedad por Covid-19.

En la región Puno, para el año 2020 se registró un total de 17 casos de muerte materna, pero en el año 2021 esta cifra ha ascendido a 21 (Calsin, 2022). Esta región cuenta con dos hospitales: de Puno y San Román, y es precisamente en el Hospital Carlos Monge Medrano de la Provincia de San Román donde se han registrado más casos de muerte materna (13 muertes maternas de las 23 en total, en el año 2019), estadística que refiere que una vez más no hubo capacidad de respuesta ante esta circunstancia de emergencia por parte de este hospital.

Sobre ello, los dos últimos casos del 2021 corresponden a una señora de iniciales G.V.C (44 años) natural de la Provincia de Azángaro y la última identificada con las iniciales O.M.CH. (41 años) de la Provincia de Melgar. La primera que se mencionó, falleció en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, cuyo Director del Hospital confirmó, mencionando que la paciente no sería de la jurisdicción del hospital donde además ella habría llegado muy grave en horas de la noche y ya no pudieron hacer nada (ROA, 2021). El último caso, es el de una señora que deja en orfandad a 4 hijos, cuya muerte fue producto de una hemorragia que se le presentó en la noche y que alrededor de las 3 de la mañana fue comunicado al Centro de Salud de Ñuñoa, los galenos llegaron al lugar pero la hallaron sin vida y según investigaciones, la mujer nunca se habría apersonado al establecimiento para sus controles a pesar de que estaba en sus últimas semanas de gestación, se supo además, que la mujer dio tres veces parto en su domicilio y solo una vez habría acudido al puesto de salud (Exa, 2021).

Frente a esta problemática correspondiente al preocupante incremento de muerte materna que probablemente tenga una estrecha relación con la manera en que se imparte el servicio

de salud pública, es importante poder investigar sobre el verdadero servicio de salud pública que se imparte en un hospital público y en especial el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca, puesto que las cifras proporcionadas reflejan problemas en la atención oportuna y de calidad, que en este caso, las madres reciben; estando frente a un problema que atenta contra los derechos de las madres, ya que si bien no todos los casos tienen desenlaces fatales como los expuestos, los malos tratos que llevan consigo el deficiente servicio quedan grabados en la memoria no sólo de los pacientes sino también de los familiares; esto es aún más perjudicial para aquellas madres primerizas puesto que son inexpertas y el mal servicio puede dejarles secuelas físicas y emocionales para siempre, es por ello que es muy importante poder investigar acerca de este tema y abordar aspectos psicológicos y sociales vinculados a este fenómeno.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta general

¿Cómo es el servicio de salud pública desde la experiencia de las madres primerizas en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2021?

Preguntas específicas

- ¿Cómo es la interacción paciente-personal médico, desde la experiencia de las madres primerizas frente al servicio de salud pública recibida?
- ¿Cómo es el relacionamiento que establece la madre primeriza con los dispositivos médicos y el área de atención médica materna, en el Hospital Carlos Monge Medrano?
- ¿Cuál es el itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos que se sigue en el Hospital Carlos Monge Medrano, desde la experiencia de la madre primeriza?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Describir el servicio de salud pública desde la experiencia de las madres primerizas en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2021.

Objetivos específicos

- Reconstruir cómo es la interacción paciente-personal médico, a partir de la experiencia de las madres primerizas frente al servicio de salud pública recibida.
- Entender el modo de relacionamiento que establece la madre primeriza con los dispositivos médicos y el área de atención medica materna, en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Describir el itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos que se sigue en el Hospital Carlos Monge Medrano, desde la experiencia de la madre primeriza.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se justifica en el sentido de que, siendo la mortalidad materna en la región de Puno (teniendo al Hospital Carlos Monge Medrano como centro de investigación, por presentar más casos) un problema que en lugar de mejorar, va en ascenso, tornándose así, un panorama preocupante que refleja el limitado acceso al servicio de atención materna básica y su baja calidad; es importante investigar el porqué de estos sucesos, pues parece ser que los esfuerzos por detener estos indicadores por lo visto son ineficientes, ya que continuamente van surgiendo nuevos casos, muchos de ellos no denunciados públicamente por lo que no se sabe con exactitud si realmente existe registros de negligencia médica en este hospital, lo cual es preocupante.

Con los relatos identificados, entonces, se pretende primero llenar el vacío de información existente con relación al verdadero servicio que se les brinda a las madres de la región de

Puno y con ello poder saber de qué manera es realizada, desde la perspectiva de las madres; esto debido a que en la actualidad no existe investigaciones de esta índole en la región abordados de manera cualitativa.

Así mismo, se pretende, conforme a los resultados poner en evidencia las deficiencias y necesidades que se requiere mejorar en el Hospital Carlos Monge Medrano, enmarcado en las percepciones de las madres colaboradoras, con ello, lo que se lograría es que las autoridades competentes presten atención y tomen cartas en el asunto para su pronta mejora institucional, que beneficiaría principalmente a todas las madres y población en general de la ciudad de Juliaca y así de alguna manera hacerle frente a la muerte materna en la región de Puno.

Consecuentemente, este conocimiento podrá ser utilizado para toda persona que realice futuras investigaciones que busquen el bienestar de este sector de la población, así como, gestores públicos y profesionales de diversas ramas que estén a cargo de distintos centros de salud del estado y entidades que conforman la administración pública, que pudieran tomar esta investigación como una base de datos para que orienten sus políticas institucionales de mejor manera; así también está orientado para todo aquel que desea informarse acerca de esta problemática.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

En la investigación titulada “Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis” [Percepciones y experiencias del acompañamiento durante el trabajo de parto: síntesis de evidencia cualitativa] se tuvo como objetivo: describir y explorar las percepciones y experiencias de las mujeres, las parejas, los miembros de la comunidad, los profesionales de la salud y los administradores, y otras partes interesadas clave con respecto al acompañamiento durante el parto; así también, identificar los factores que afectan la implementación exitosa y la sostenibilidad de este acompañamiento; y por último, explorar cómo los hallazgos de esa revisión pueden mejorar la comprensión de la revisión sistemática Cochrane relacionada con las intervenciones. Metodología: Se realizó la búsqueda en las bases de datos MEDLINE, CINAHL y POPLINE K4Health en busca de estudios elegibles desde su inicio hasta el 9 de septiembre de 2018. Se usó un enfoque de análisis temático para la extracción y la síntesis de datos, y se evaluó la confianza en los resultados mediante los criterios GRADE-CERQual. Se utilizó un modelo lógico y un modelo matriz. Resultados principales: Los acompañantes durante el trabajo de parto apoyaron a las pacientes de cuatro maneras: prestaron apoyo informativo al brindar información acerca del parto, superando las brechas de comunicación entre los trabajadores de salud y las pacientes, y facilitando el alivio no farmacológico del dolor; también fueron defensores; prestaron apoyo práctico, incluida la posibilidad de estimular a las pacientes a que se muevan, hacer masajes y sostener su mano; y por último, proporcionaron apoyo emocional, mediante elogios y reafirmación para ayudar a las pacientes a sentirse en control y seguras y proporcionando una presencia física continua (Bohren et al., 2019).

Otra investigación que tiene relación con el tema a investigar es el caso de: “Care during Breastfeeding: Perceptions of Mothers and Health Professionals” [Cuidado durante la lactancia materna: percepciones de madres y profesionales de la salud], en el que se tuvo como propósito: Conocer las percepciones de las madres y los profesionales de la salud en relación con la atención brindada y recibida durante la lactancia a nivel de atención primaria

de salud. Métodos: Se realizó un estudio exploratorio cualitativo con madres lactantes y profesionales de atención primaria. Los datos se recopilaron a través de entrevistas en profundidad y grupos focales. El análisis de datos se realizó a través del análisis de contenido temático. El rigor del estudio fue asegurado por los criterios de Guba y Lincoln para la investigación cualitativa. Los aspectos éticos se abordaron mediante el proceso de consentimiento informado, la confidencialidad y el rigor metodológico. Los resultados fueron: La experiencia de proporcionar / recibir apoyo para la lactancia materna se reveló como un proceso dinámico y multidimensional de atención y apoyo, a través de tres temas centrales: 1. Influencia de las experiencias previas de atención y apoyo durante el proceso de lactancia materna; 2. Importancia del contexto dentro del cual se enmarca el cuidado; y 3. Abordar las emociones para establecer la confianza entre profesionales y madres. Se tuvo como conclusión que los resultados del estudio contribuyen a comprender mejor un fenómeno complejo, como el apoyo a la lactancia materna y el cuidado de las madres / familias, a partir de la experiencia de los actores involucrados, profundizando las experiencias de ambos de manera integrada. Además, también se destacan las dimensiones relacionales, organizativas y contextuales que influyen en el apoyo y que deberían guiar la atención (Lucchini-Raies et al., 2019).

Se presenta también la investigación “Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”” cuyo objetivo fue: Explorar, desde la óptica de las parturientas, los posibles conflictos surgidos entre las necesidades maternas y las rutinas médicas propias del parto hospitalario e intervencionista. Su metodología fue realizar una serie de entrevistas semiestructuradas, cuyos resultados muestran fundamentalmente tres tipos de tensiones asistenciales: La interacción asimétrica, la subordinación tecnológica y la asunción de praxis de “abuso institucional”. Tuvo como conclusión final que, se está frente a un ritual medicalizado impregnado de vivencias de obediencia pasiva, en el que el miedo al peligro siembra la desconfianza corporal, a la vez que la voluntad de la mujer es moldeada por los expertos. Realidad que las parturientas asumen como inevitable e inclusive la demandan, como consecuencia de la seguridad que les aporta el control biotecnológico, una vez asumidos los discursos clínicos que representan al parto como un proceso patológico y de riesgo (Hernández & Pérez, 2016).

En la investigación realizada en Medellín, Colombia que lleva por título “Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto”, se tuvo como objetivo: Develar las

experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto en una Unidad Materno Infantil de Medellín, durante el año 2013. Utilizó una metodología: Estudio cualitativo, de tipo fenomenológico. Muestreo representado en la saturación teórica, con la participación de 13 mujeres a quienes se les aplicó la entrevista a profundidad. Se construyeron las categorías descriptivas, posteriormente se agruparon en categorías de orden axial y finalmente se obtuvieron las de orden selectivo para determinar las categorías núcleo. Se desarrolló la triangulación a través de grupos focales y la observación. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética y se utilizó el consentimiento informado por escrito. Resultados: Surgieron tres categorías principales: Los síntomas desagradables, La soledad y Yo quiero ver a Camila. Desde la teoría de rango medio de los síntomas desagradables, se encontró que el dolor, la fatiga y la sed son experiencias altamente significativas que comprometen el bienestar y la satisfacción materna. La soledad estuvo presente en todo el proceso, sin embargo, el apoyo espiritual y la presencia del personal de salud fueron una fuente de acompañamiento. A pesar del sufrimiento y el dolor del trabajo de parto, el nacimiento las hizo olvidar estos acontecimientos y consideraron que el proceso del parto las reafirmaba frente a la adopción de su rol materno (Giraldo et al., 2015).

La investigación denominada “Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal” [Relatos de mujeres sobre la asistencia recibida en un centro de parto normal], se realizó para evaluar y mejorar la calidad de la atención. Tuvo como objetivo explorar la experiencia de la atención al parto recibida en un centro de parto normal. El análisis de la narrativa de mujeres fue el método de investigación. El análisis inductivo e interpretativo de las narraciones de 17 mujeres resultó en las siguientes categorías descriptivas: distintas experiencias en la atención recibida durante la llegada al hospital; variedad de experiencias en relación con las prácticas de autocuidado y procedimientos realizados por profesionales; divergencia de opiniones con respecto a la presencia de compañero; satisfacción con la supervisión continua, con la relación interpersonal establecida por profesionales y con la orientación recibida. La atención al parto fue evaluada positivamente por las mujeres y este resultado proporciona apoyo a la política pública de ampliación de los centros de parto normal (Jamas et al., 2013).

Antecedentes nacionales

Otra investigación que guarda relación en uno de sus componentes es: “Percepción de la madre sobre el contacto piel a piel con el recién nacido. Centro de Salud Monsefú. Chiclayo. 2019” que tuvo como objetivo: describir la percepción de la madre sobre el contacto piel a piel con el recién nacido. Es cualitativo, estudio de caso y la muestra fue de 10 madres puérperas, obtenida por saturación. Resultados: Tres categorías: Categoría I: Percibiendo el primer contacto con el recién nacido; incluyen 2 subcategorías: Experimentando alegría en el contacto con el recién nacido y sintiendo la recompensa después del dolor. La categoría II: Percibiendo la necesidad de la presencia paterna: las madres expresan la necesidad e importancia de la presencia del padre en el momento del parto y que él tenga la experiencia de este primer contacto; incluye 2 subcategorías: Necesitando la presencia paterna y valorando la presencia paterna en el parto. En la categoría III: Reconociendo la labor de la enfermera, las madres identifican y reconocen la presencia del profesional de Enfermería en esta etapa, sobre todo se recalca el buen trato y el apoyo constante. Conclusiones: Las madres expresan sentimientos de felicidad, alegría al tener contacto con el recién nacido, valoran la presencia del padre, para afianzar lazos afectivos entre ellos y por último se reconoce la presencia del profesional de Enfermería en el fomento del contacto piel a piel con el recién nacido (Rojas, 2020).

En la investigación nominada: “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” se tuvo como objetivo: 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 Lima. Junio- Julio del 2018. Metodología: 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 se realizó en SPSS - 24.0, usando 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 Violencia Obstétrica, mientras que el Sur obtuvo 18.2%. El Centro Materno

Infantil 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 púerperas inmediatas de ambos establecimientos estuvieron satisfechas con la atención recibida, además se observa una baja percepción de Violencia Obstétrica global por las púerperas inmediatas del Cono Norte y Sur de Lima (Morales, 2018).

En la tesis que lleva por título: “Apoyo del acompañante en el trabajo de asociado a los beneficios maternos – neonatales en parturienta del Centro de Salud La Libertad en el periodo Enero-Mayo 2017”, se determinó como objetivo: identificar los beneficios maternos y neonatales asociados al apoyo del acompañante en el TP. Es descriptiva, correlacional retrospectivo de corte transversal. Muestra: 187 púerperas. Resultados importantes: 50.3% le acompañó la pareja, la duración del primer periodo del TP, 44.9% fue beneficioso; 72.2% sin complicaciones; 72,2% sin episiotomía; la duración del segundo periodo del TP, 62.6% la duración fue normal, 85.0% sin complicaciones 81.8% FCF normal, 87.2% LA claro; 96.3% con APGAR normal 51.9% si hubo contacto precoz; Conclusión: existe asociación significativa con los beneficios maternos - neonatales y el apoyo del acompañante en el Trabajo de Parto, la duración del primer y segundo periodo y el contacto precoz con un $p < 0.05$ (Saravia, 2018).

En la tesis titulada “Percepción de madres frente al cuidado que brinda la enfermera a sus hijos menores de cinco años en el consultorio CRED-C.S. Pampa Grande - Tumbes 2017” se tuvo una investigación de tipo cualitativa, con abordaje estudio de caso; cuyo objetivo general fue: Develar la percepción de madres frente al cuidado que brinda la enfermera a sus hijos menores de cinco años. Para delimitar la muestra se hizo uso de la saturación de discursos; logrando entrevistar a 25 madres; para la recolección de datos se utilizó la observación participante, la entrevista semiestructurada y el cuaderno de campo. Obteniéndose las siguientes categorías como resultado de la investigación: categoría I.- dimensión técnica: como subcategorías: I.1.- Percibiendo las competencias de la enfermera en el cuidado que brinda a sus hijos. I.2.- aprendiendo y valorando lo enseñado por las enfermeras en el consultorio CRED. I.3.- Expresando reproche en el actuar de enfermería. Categoría II.- dimensión humana: como subcategorías: II.1.- Percibiendo cuidado humanizado de la enfermera, II.2.- Percibiendo un cuidado de desconfianza y

deshumanización del profesional de enfermería. Categoría III.-dimensión entorno laboral: como subcategorías: III.1.- Percibiendo conformidad y agrado de las madres frente al entorno laboral (consultorio CRED). III.2.- Expresando descontento y disconfort del consultorio CRED (Franco & Zapata, 2017).

La investigación titulada “Nivel de satisfacción materna relacionado con la atención del parto y puerperio en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2016”, se realizó mediante el método descriptivo de corte transversal, con el diseño descriptivo simple, tuvo como instrumento de recolección de datos al cuestionario de tipo Likert, en una población de 85 madres puérperas. El objetivo fue determinar el nivel de satisfacción materna relacionado con la atención del parto y puerperio. Se llegó a las siguientes conclusiones: Las madres encuestadas fueron, el 33% menores de 21 años, el 4.1% de 21 a 30 años, el 12.9% mayores de 30 años. El 16.5% son de nivel primaria, el 50.6% del nivel secundaria y el 32.9% del nivel superior. El 29.4% son de procedencia urbana, el 48.2% de procedencia urbana marginal y el 22.4 de procedencia rural. La calidad de atención del parto y el puerperio, en el 55.3% fue Buena, en sólo el parto fue en un 61.2% buena, en sólo el puerperio fue buena con 52.9%, la atención del recién nacido fue buena con un 64.7%, y finalmente, la atención logística y del entorno, en el 56.5% fue buena (Crocce, 2018).

Antecedentes locales

En la investigación que se titula “Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2016”, se tuvo como objetivo: conocer la satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en centro de Salud Santa Adriana Juliaca, 2015. El estudio fue de tipo explicativo y comparativo. La muestra estuvo conformada por 80 madres atendidas por parto vertical y 233 madres atendidas con parto horizontal. Se aplicó, la encuesta SERVPERF, para obtener información a través de la entrevista sobre la satisfacción de las usuarias. El análisis de la información se realizó con la estadística descriptiva y la contrastación de la hipótesis con la prueba t-Student. Los resultados obtenidos fueron: El 51.1% de las usuarias atendidas con parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano, presenta satisfacción buena con la respuesta rápida, 43.3% satisfacción regular con la empatía, 43.8% con la confiabilidad y 75.1% con los aspectos tangibles; sin embargo, la satisfacción es mala con la seguridad en

el 59.7% de las usuarias. Las usuarias atendidas con parto vertical en el Centro de Salud “Santa Adriana”, en el 88.8% de las usuarias presentan satisfacción buena con la respuesta rápida, así mismo el 80.0% con la empatía, 83.8% con seguridad, 90% con la confiabilidad y 52.5% con los aspectos tangibles. En forma global se encontró que el 69.1% de las usuarias atendidas con parto horizontal en el hospital Carlos Monge Medrano tienen satisfacción regular; mientras el 92.5% de las usuarias atendidas con parto vertical presentan satisfacción buena. Por tanto, se concluye que el parto vertical genera buena satisfacción en las usuarias del Centro de Salud Santa Adriana ($p=0.000$) y el parto horizontal satisfacción regular en el Hospital Carlos Monge Medrano (Peñalva, 2015).

2.2 MARCO TEÓRICO

Salud pública

Al transcurrir de los años, la salud pública se ha tornado cada vez más compleja, pero la definición de Winslow es la que incluye la mayor parte de los elementos de salud pública en la actualidad, a pesar de su antigüedad, debido a que incorpora la dimensión social y esa naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública (Figuerola, 2012). Entonces este autor, en los años 20, bajo su enfoque, define la salud pública de la siguiente manera:

Es la ciencia y el arte para prevenir enfermedades, alargar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la colectividad para: el saneamiento del medio, control de enfermedades transmisibles, educación de las personas en principios sobre higiene personal, organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren a todos los individuos un nivel de vida adecuado para conservar la salud, organizando estos beneficios de tal forma que cada persona esté en condiciones de gozar su derecho natural a la salud y a la longevidad (Rada, 2007).

Concepto que, en 1990 Milton Terris introdujo una modificación a la definición de salud pública que había formulado Winslow en 1920; así concluye que:

Es necesario modificar el concepto de Winslow a fin de que tome en cuenta los recientes acontecimientos y hacerlo del siguiente modo: La salud pública es la ciencia y el arte de

prevenir dolencias y discapacidades, alargar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Díaz, 2008). Este concepto incorpora la atención médica y la rehabilitación como parte de la salud pública y pues hablar de salud pública, es hablar de “salud” y no “medicina”.

En el Perú, según el documento “Programa de entrenamiento en Salud Pública dirigido a personal del servicio militar voluntario” del Ministerio de Salud (MINSA), se maneja el siguiente concepto en el tema de Salud Pública:

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto la salud de la población y es la encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para hacerle frente a los problemas de salud y mantener un nivel óptimo de vida (2018). Sus prioridades se determinan en base a la vulnerabilidad que posee un distrito, provincia, o región, reflejados a la vez, en el alto índice de enfermedades y muertes en una población, con el objetivo de orientar los recursos y generar políticas públicas para la mejora de la salud. Estos son: mejorar la salud de la población, reducir las desigualdades en salud, incrementar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud, asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias, aseguramiento universal en salud, establecer cultura de prevención y protección de la salud y aumentar la cobertura de atención a más peruanos (MINSA, 2018).

Salud materna

Las políticas que hoy en día se tiene, aparecen incorporadas en la denominación “salud materno-infantil” y ha sido un reflejo de las tendencias generales de salud pública, por ser considerada un área prioritaria que revela el estado de un sistema de salud. A fines de 1980 se instaló la preocupación por los elevados índices de morbilidad y mortalidad materna en países de tercer mundo. Desde entonces, se ha suscrito compromisos, creado observatorios

y generado numerosos programas, a nivel internacional, regional, nacional y local, que buscan reducir los índices de mortalidad materna. Desde los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se considera que la mortalidad materna es un evento que traza las limitaciones de los servicios públicos de salud en cuanto a acceso y calidad, y es considerado un problema para el desarrollo social puesto que repercute en las condiciones sociales y económicas de las familias y las comunidades (Yañez, 2015).

En el caso de Perú, se tiene un Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015, en donde se precisa que: “la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas, entre otras”(2015). Por lo que, en tal Plan se hace referencia a lineamientos para lograr reducir la mortalidad materna y perinatal, en miras de mejorar la Salud Materna, las cuales son:

1. Atención integral de salud a la mujer y al niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento universal.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación ciudadana en salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la salud.

Todo lo antes mencionado, en el marco de los Lineamientos de Política de Salud 2007-2020 y correspondidos con los Postulados en el Plan Nacional Concertado de Salud.

También se tiene al Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal que establece como objetivo específico: Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal, debido a la

elevada razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal, superior a la de países desarrollados, que evidencia además un mayor riesgo en madres y neonatos de la zona rural y de bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, de acuerdo con el MINSA(2021).

Servicio de atención de parto en hospitales públicos

De acuerdo a Gálvez y Suarez (2018) del Instituto Andaluz de la Mujer, normalmente, al llegar al hospital, la futura madre es recibida por un profesional quién hará una serie de preguntas, después, en relación, al parto, tomará la tensión, determinará la posición del feto, oirá los latidos fetales y hará un tacto vaginal para saber cuántos centímetros hay de dilatación, la mujer pasará a una sala, donde permanecerá hasta que la dilatación sea completa y sea momento de dar a luz. La futura madre tiene derecho a estar acompañada en todo este proceso, por la persona que ella designe, ello comprende el preparto, parto y posparto, salvo causa suficientemente justificada.

Pero, actualmente en la mayoría de los hospitales públicos se maneja algunas restricciones para la atención a madres en trabajo de parto, las cuales están siendo sugeridas para eliminarlas por la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización de Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN); estas intervenciones que se practican y que vienen siendo cuestionadas son detalladas en la Tabla 1 (Lutz & Misol, 2007).

Tabla 1

Prácticas hospitalarias

Intervención	Por qué todavía se hace	Por qué debería ser abolido
Prohibición de un/a acompañante	Ya que entorpecen y no hay espacio para ellos.	Su presencia da más tranquilidad e inhibe abusos.
Enemas	Se asegura que acelera el parto y las heces podrían contaminar al bebé.	Es incómodo y los estudios prueban que no trae ventajas.
Rasurado del pubis	Se dice que el parto es más higiénico.	Puede provocar inflamación local y el crecimiento del vello es incómodo.

Violencia verbal y psicológica	Se afirma que puede calmar a mujeres asustadas y nerviosas y así organizar el servicio médico.	Comúnmente puede ser resuelto con un halago y un poco de atención.
Uso rutinario de la hormona oxitocina	Pues provoca más contracciones, es más rápido	Los dolores con oxitocina son insoportables y pueden incitar el sufrimiento fetal.
Ayuno durante el trabajo de parto.	Se asevera que, en caso de cesárea, puede existir problemas de aspiración de alimentos.	El ayuno provoca debilidad y causar serios problemas en el parto, además, la aspiración es tan raro.
Restricción de movimientos (estar acostada durante todo el trabajo de parto)	Porque no hay espacio en los centros obstétricos para que caminen, cambien de posición y es más seguro.	Estudios prueban que ellas deben tener libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto.
Posición ginecológica en que la mujer está acostada de espalda, piernas en alto.	Facilita la acción y la intervención del médico	El parto se hace más lento, reduce la oxigenación del bebé y no es cómodo para la mujer.
Uso habitual de episiotomía, 70 u 80% de partos normales, cuando solamente se recomienda en un 15 o 20 %.	Se dice que es necesaria. Lo real es que hay una gran desinformación de los médicos sobre la necesidad de este procedimiento.	Potencia posible sangrado, inflamaciones, infecciones y puede causar problemas de relación sexual e incontinencia urinaria.
Separación del bebé después del parto, sin la posibilidad de contacto y el primer amamantamiento.	Esto para que el bebé sea examinado y lavado.	Importante pues establece el vínculo. Amamantar provoca la salida más rápida de la placenta y con menor sangrado.

Nota. Recuperado de Parto Humanizado 2007- Plan CAIF

Servicio de parto humanizado

Un parto humanizado es un modelo de atención que toma en cuenta, de forma explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; tiene como objetivo fundamental que se viva la experiencia del alumbramiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea la protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. Este modelo incluye todo el proceso, desde el embarazo hasta el puerperio, además se da un peso muy importante la atención del bebé, teniendo en cuenta sus necesidades de alimento y afecto de forma inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos. Por lo que debe incluir lo siguiente:

- Reconocer a la madre, padre y su hija/o como verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso; solo ante situación de riesgo.
- Reconocer el derecho a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle su experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto.
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando supeditarla a exámenes o cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios (Almaguer et al., 2012).

Servicio de atención del parto vertical con pertinencia intercultural

En la actualidad, en el Perú, se tiene una “Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia Intercultural” cuya finalidad es la contribución de la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional, tanto en el ámbito urbano, urbano marginal y rural (MINSa, 2016).

Esta norma establece cómo debe ser el servicio desde la recepción de la gestante hasta el puerperio tardío. Detallando todos los procedimientos que se debe realizar en el Servicio de Emergencia Obstétrica, la atención por periodos de parto: Dilatación, expulsión (dando a conocer distintas posiciones, ventajas y desventajas), alumbramiento y la atención del puerperio (inmediato, posterior a las 6 horas posparto hasta el alta, puerperio tardío). También establece los requisitos de organización de los establecimientos de salud para la atención del parto en posición vertical de acuerdo a las costumbres de cada zona, contribuyendo al incremento del parto institucional a nivel nacional y fomenta el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar.

Servicio de parto en el contexto del Covid – 19

Con la propagación del coronavirus, el Ministerio de Salud ha aprobado la Directiva Sanitaria N° 131-MINSA/2021/DGIESP Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la Covid – 19 cuyo objetivo general es establecer medidas técnicas, administrativas y procedimientos para acceder a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de la emergencia sanitaria por la Covid-19 y en miras de la prevención del contagio en los establecimientos de Salud (MINSa, 2021).

Este documento contiene:

- Disposiciones generales (donde se da a conocer las medidas generales durante la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva).

- Disposiciones específicas (que establece cómo debe ser la organización de los servicios, la atención prenatal, la atención de emergencia obstétrica y del parto, atención en el puerperio y la planificación familiar).
- Las responsabilidades
- Disposiciones finales
- Anexos

Al respecto, en la Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives, ICM) se expone acerca de los derechos de las mujeres en el parto que deben ser respetados durante la pandemia de Coronavirus, puesto que los protocolos deben basarse en evidencia. Algunos derechos son:

- Toda mujer y su recién nacido tienen derecho a ser tratados con compasión, dignidad y respeto.
- Tiene derecho a la información, a dar o negar su consentimiento y a que se respeten sus elecciones y decisiones.
- Se debe permitir que un solo acompañante de apoyo del parto (sin síntomas) permanezca con la mujer, como mínimo, durante el embarazo y el parto.
- Intervenciones médicas de rutina como la inducción del trabajo de parto, la cesárea y los nacimientos con fórceps sin indicación obstétrica debido a que aumentarán la probabilidad de complicaciones maternas y neonatales, incrementarán la duración de la estadía y acrecentarán la carga de personal en los hospitales, el cual aumentará la posibilidad de exposición al Covid-19 y reducirá la experiencia positiva del parto para las madres y sus familias.
- Actualmente no hay evidencia que señale que las mujeres no puedan dar a luz por vía vaginal o que sea más seguro una cesárea en caso de sospecha o confirmación de Covid-19, por eso, las opciones de parto deben respetarse, haciéndole su seguimiento y teniendo en cuenta sus necesidades clínicas.
- Tampoco hay evidencia de que el Covid-19 pueda transmitirse al infante en la leche materna, por tanto, las mujeres que amamantan no deben separarse de sus recién nacidos, pero sí deben tomar las precauciones necesarias. Si en caso está débil la madre, se le debe alentar y ayudar a extraer leche.
- Ninguna madre debe separarse de su bebé sin su consentimiento informado.

- Los servicios de maternidad deben seguir teniendo prioridad como un servicio esencial de salud (IMC, 2020).

Percepción del usuario sobre los servicios de salud pública

Hoy en día, las percepciones de los usuarios referido a salud pública han tomado una visión más holística, ya que busca conocer la experiencia global del paciente como sujeto activo. En este sentido, el desarrollo de las sociedades democráticas del mundo occidental que suscriben y potencian los derechos del ciudadano, y por tanto de los pacientes, ha ayudado mucho, pero no lo suficiente. Además de ello, se debe tener en cuenta que existen evidencias de que el enfoque de satisfacción de paciente, asociado solamente a la calidad de servicio, no es suficiente para mejorar los resultados sanitarios, pues se ha demostrado que seguir estándares de calidad ISO en hospitales no necesariamente mejoraba la satisfacción de los pacientes. Es decir, la experiencia del paciente busca mejorar la experiencia en el proceso global, desde el primer contacto al sistema hasta las altas ambulatorias. Teniendo en cuenta elementos como: la conciencia intercultural y la importancia de la empatía. En definitiva, la trazabilidad de la experiencia del paciente en cada episodio y actores implicados se hace obligatoria (Gascón, 2017).

Interacción paciente-personal médico

Este tipo de relación ha existido desde principios de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, es por ello que las características del médico en esta interrelación las resumió Hipócrates hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad. Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por Pedro Lain Entralgo: Saber ponerse en el lugar del otro, sentir como él o ella y disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades (Rodríguez, 2006).

Por lo que, en estos tiempos modernos, la Dra. Ana María Ullán señala que: “Unos cuidados humanizados no sólo son más respetuosos con los derechos, sino que pueden ser unos mejores cuidados en términos de resultados de salud” (Connect, 2019).

Son necesarios las virtudes como: la afabilidad, la perseverancia y la proactividad, ejercidas por el personal asistencial, administrativo y de servicios de una entidad, pues aportarían también una cuota de sensibilidad en la atención al público, muchas veces deseoso de una muestra de empatía y buen trato. Que el reto en salud pública en el Perú va mucho más allá y no sólo depende de las decisiones de las autoridades sanitarias del país, sino también es necesario un cambio hondo y duradero en todas las personas que interactúan en el sector salud y los demás sectores de la realidad nacional, según lo señalado por el Dr. Bustinza (2019).

Importancia de los dispositivos médicos para la atención de partos

Hoy en día la gestión de los dispositivos médicos es muy importante, debido a que, la mayoría de las defunciones maternas durante el parto pueden evitarse. La disponibilidad y uso de determinados dispositivos médicos durante el preparto, el parto y el posparto salva vidas. Cuando hay carencia de tecnologías adecuadas, disponibles y accesibles para obtener un diagnóstico oportuno, se complican los casos clínicos, provocando que se requiera intervenciones clínicas complejas, además, incide en un aumento de los índices de mortalidad prematura. Por ende, el desconocimiento de estas necesidades tecnológicas y su ineficiente gestión impide que se generen planes de acción y estrategias sobre dispositivos médicos que realmente se ajusten a las prioridades de salud pública. Frente a esta problemática, la OMS atribuye una variedad de factores a considerar:

1. Los costos en los sistemas de salud están creciendo, y la brecha entre necesidades y recursos es cada vez más amplia.
2. El acceso a tecnologías y dispositivos exige una mayor inversión pública y asignación prioritaria a las áreas que presenten deficiencias.
3. El proceso de toma de decisiones y la sustitución en el momento necesario, entre otros, son factores que limitan el acceso a los dispositivos médicos (Camacho, 2019).

En el Perú, en el año 2019 se ha creado el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos esenciales para el Sector Salud, cuyo objetivo es: Contribuir a asegurar la disponibilidad de los dispositivos médicos esenciales en los establecimientos de salud a nivel nacional; en este documento, se puede hallar un listado completo de dispositivos médicos esenciales para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades en

concordancia con lo establecido en la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. No obstante, este documento excluye el petitorio de equipos médicos e instrumental médico.

Área de atención médica materna

Se refiere a todas las áreas del hospital que tienen una función asistencial, en este caso para las madres, es decir, el lugar donde se presta atención directa por parte de los profesionales del equipo de salud. Así por ejemplo, todos los establecimientos de salud que hay a nivel nacional, cuyas funciones sean obstétricas y neonatales, incluido los establecimientos estratégicos, deben acondicionar los servicios de emergencia obstétrica, centro obstétrico y hospitalización, de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01, siempre teniendo en cuenta la opinión de las gestantes y su entorno social. La ambientación debe presentar características propias de la zona.

Igualmente, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el Marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural, La sala de partos debe ser implementada y ambientada para ambas formas del parto: vertical y horizontal. Los equipos e instrumentos para un parto vertical deben compartirse de forma adecuada mostrando un aspecto natural de la zona y de no discriminación, puesto que vivimos en un país pluricultural y multiétnico (MINSA, 2016).

Itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos

El itinerario asistencial, sanitario y terapéutico es el protocolo que los hospitales siguen, en este caso, para atender a las madres que se encuentran en trabajo de parto y parto, por lo que es la aproximación metodológica para el estudio, pues, como propone Comelles es “el único camino para comprender el conjunto de la asistencia”. Puesto que en el relato de la experiencia personal del proceso asistencial o itinerario de estas mujeres se amalgama el complejo de la ideología social en el que se enmarca, junto con las vivencias y representaciones individuales, el uso de prácticas o técnicas sofisticadas ofertadas desde las instituciones y aquellas otras pertenecientes al ámbito doméstico y la autoatención. Es a partir del análisis de la complejidad de los itinerarios asistenciales que podemos construir la totalidad sociocultural del embarazo (Martorell et al., 2009).

Parto

Según la Dra. Bombí (2019) especialista en Ginecología y Obstetricia, el parto es definido como la expulsión de uno o más fetos maduros y junto con ello, la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Se considera un parto normal el que se produce entre las 37 a 42 semanas desde la última regla y hay dos tipos de parto, resalta la doctora y son: El parto vaginal, en donde el feto es expulsado por el canal de parto natural y el parto abdominal.

El parto comienza con la fase de Dilatación, que es cuando aparecen las primeras contracciones. Cuando la dilatación del cuello es de 3 centímetros, aumentará las contracciones de forma progresiva y en intensidad. Cuando se aproxima a los 7-8 centímetros, se sienten muy seguidas e intensas y se hace más difícil, cuando las ganas son urgentes e inevitables, probablemente sea la hora. En este momento se puede practicar la respiración, relajación y masajes, o adoptar posturas cómodas.

Luego inicia la fase de Expulsión, si la madre es primeriza, sentirá ganas de empujar muy fuerte con cada contracción, en cambio, cuando ya se ha tenido hijos/as, suele ser más suave. En algunos hospitales se les suele afeitar, además es probable que se les coloque un suero en el brazo para administrar medicamentos y aportar energías. Cuando se asoma la cabeza del bebé, a veces, se hace un pequeño corte en la zona del periné (episiotomía), para evitar el desgarro espontáneo, esto normalmente con anestesia local. En algunos casos el/la ginecólogo/a decide el uso de fórceps y ventosas para ayudar a salir al feto.

En la fase de Alumbramiento continúa habiendo contracciones, pero ya no se notan como antes, es el momento en el que la placenta se despega del útero y desciende por el canal del parto. Después se procederá a coser el corte o episiotomía que se había realizado. Mientras se hace la expulsión de la placenta, se le hace el lavado correspondiente al bebé y un/a pediatra comprueba su estado de salud.

Otras formas del parto

- Parto inducido o provocado; es cuando el parto no evoluciona de manera espontánea o bien. Se administra una sustancia hormonal que, desencadena el parto, o bien, acelera un parto ya comenzado.

- Parto con anestesia; la anestesia es una sustancia química para aliviar y eliminar las sensaciones que se notan durante el proceso del parto. En ocasiones se utiliza la anestesia epidural, que produce insensibilidad desde la cintura hacia abajo y es necesario utilizar fórceps o ventosas. También, existe la anestesia general, que produce pérdida total de la conciencia y la anulación de la sensibilidad dolorosa. Asimismo, la anestesia local, en zonas de periné y de vulva, que se usa para coser la episiotomía o en caso de un desgarro.
- La cesárea; cuando el parto resulta muy difícil o imposible y/o se observa que el feto está sufriendo.

Puerperio

Conocido como cuarentena, periodo después del parto, en que el cuerpo de la mujer comienza a recuperarse, produciendo una serie de cambios. Dos horas después del parto, usualmente la mujer se siente cansada y débil. En ese momento, el bebé y la madre están en una sala postparto y el personal sanitario se encarga de controlar el estado de salud de ambos. La mujer debe descansar y es importante, establecer buenas relaciones con todo el personal sanitario y preguntar todas las dudas que las inquiete; y antes de abandonar el Hospital, un/a médico/a le hace un examen físico, para determinar el estado de los pechos, comprobar que el útero está recobrando su tamaño o que los puntos están cicatrizando normal; el bebé también es examinado por un/a pediatra, este es el momento para preguntar todas las dudas que una puede tener.

Otro cambio es la lactancia, que puede ser de tres formas: Lactancia natural, con leche materna y que es la más adecuada; lactancia artificial, realizada con biberones de leches adaptadas, debido a que, por algún motivo, la mujer no desea o no puede hacerlo de manera natural y la lactancia mixta que consiste en proporcionarle al bebé tanto leche materna como artificial a la misma vez.

También hay cambios a nivel psicológico y emocional, por lo que la mujer atraviesa por un sinnúmero de emociones y sentimientos ambivalentes en un corto periodo de tiempo como la tristeza postparto o maternity blues, el cual es un bajón emocional que se presenta en el 75% de las mujeres en los primeros días después del nacimiento. Puede darse durante la estancia en el hospital y viene desencadenado: cambios físicos (molestias del parto, falta de descanso,

sueño, etc.) hormonales (debido al embarazo) y emocionales (nueva vida, nuevas responsabilidades, etc.), todo ello según la Guía práctica humana-baby para mamás (2016).

Violencia obstétrica

Según la Dirección de Comunicación Social y Relaciones Públicas del Estado de Baja California de México: Es toda acción u omisión por parte del personal de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; así también la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por cesárea, existiendo condiciones para un parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer (Von-Borstel, 2017).

Según Campiglia (2017), la violencia obstétrica se ejerce mediante:

- **Violencia desnuda:** Son prácticas de maltrato directo, físico o verbal, que se ejerce sobre la mujer ya sea durante el embarazo o el parto.
- **Violencia velada:** Formas de intervención médica que al aplicarse causan dolor o daño, sin ofrecer un beneficio respecto a la salud de las mujeres o sus hijos.
- **Abandono como forma de violencia:** Es la desatención intencional de las demandas de las mujeres en la atención obstétrica, esto como medida de disciplinamiento.

Gestión por procesos en el sector salud

Los hospitales son organizaciones sanitarias muy complejas, con distintos pacientes, patologías diversas, diferentes grados de enfermedad y que, por tanto, requieren de una atención integral, lo cual implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para conseguir un resultado óptimo. Dentro del hospital las actividades que se realiza repercuten en el cuidado del paciente, ya sea directamente (actividades

clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico) o indirectamente (actividades gestoras, de dirección o de apoyo). Ambas son necesarias para lograr una atención sanitaria eficaz, eficiente y que cumpla las expectativas. De acuerdo a eso, la finalidad de este proceso es conseguir unos resultados coincidentes con los objetivos previstos. Esto implicaría que el proceso debe ser:

- Definible, debe tener un flujo, unos métodos para realizar dichas actividades, un plan de inspección y control de calidad, y unas metas a conseguir.
- Debe ser reproducible.
- Debe ser predecible en cuanto a resultados finales.

Con este tipo de gestión el cliente/paciente se convierte en el eje esencial sanitario, se realiza una gestión horizontal y matricial y se identifican las necesidades de los pacientes para coordinar las respuestas de atención y de cuidados que necesitan. Además, se pueden identificar los costes de la actividad y la calidad con la que se realizan los procesos asistenciales (Cabo, 2021).

El poder pastoral y biopoder en la gubernamentalidad

Es uno de los instrumentos teóricos fundamentales elaborados por Michel Foucault, cuya idea se introdujo a través del cristianismo, en el que aparece la figura del pastor con su rebaño. Este autor comenta que este tipo de poder pareciera en su sentido estricto haber perdido importancia desde el siglo XVII, pero lo cierto es que en sentido amplio, este pervivió transformado en algo diferente sobre todos y sobre cada uno. Lo hace a través del Estado, como administrador de la vida de los ciudadanos para salvarlos en este mundo: de la enfermedad, de la pobreza, de la inseguridad. Los funcionarios del poder pastoral se han multiplicado, sustituyendo a la figura del sacerdote y su modelo es el médico. El psiquiatra y el psicólogo aparecen como nuevas formas de poder.

La gubernamentalidad es expresado en medidas estatales que operan sobre la producción de conocimientos, cuya elaboración emana de un conjunto de instituciones, expertos y disciplinas destinados a constituir un régimen social normalizador. En tal sentido, todo ese aparato de saberes e instituciones sociales va dirigido a identificar, clasificar y tipificar el grado de “anormalidad” de los individuos con el propósito de normalizarlos, modificarlos y acomodarlos a un orden social concebido por el discurso emanado del poder del Estado a la

que previamente nos hemos acogido. Estas medidas no tienen la intención última de castigar o reprimir, sino de administrar la conducta de los individuos actuando sobre sus posibilidades de acción, “concientizándolos” de esas posibilidades y anormalidades. La persona es inconsciente de aquello a lo que se induce y así hasta podrían solicitarlo ellos mismos (Jusmet, 2020)..

De allí que como se ha señalado, Foucault apunta a una tecnología de poder ejercida y configuradora de un sujeto. El biopoder en Foucault debe ser analizado en dos niveles, por un lado, el poder disciplinario y por el otro el poder regulatorio. El objetivo del primero es el cuerpo del ‘hombre’, su blanco es el conocimiento, poder y subyugación a través de instituciones como la escuela, la prisión, hospitales, ejércitos y todos aquellos organismos que describió detalladamente Foucault. En este primer nivel, las tácticas usadas para el disciplinamiento dicen relación con estudios y prácticas criminalísticas, y educacionales. Luego se tiene al poder regulatorio (biopolítica) cuyo objetivo es social, se ocupa de la población y de la raza bajo consideraciones no sólo conductuales, sino también biológicas e higiénicas, cuya institución para realizar este tipo de regulación es el Estado, a través de prácticas demográficas, sociológicas, políticas de migración, de longevidad y de salud pública (Vásquez, 2013).

Síndrome de burnout en el personal de salud

Significa "fundirse" y se le conoce como el "Síndrome de Agotamiento por Estrés". Es un estado emocional que sigue a una sobrecarga de estrés y que impacta la motivación interna, actitudes y la conducta; no es nuevo, pero que tiende a agravarse con el avance tecnológico. Es la consecuencia de una situación de trabajo en la que la persona tiene la sensación de que está golpeándose la cabeza contra la pared "día tras día", y a pesar de su interés y entrega para mejorar la vida de sus pacientes, a menudo ve el fracaso y la miseria en el entrenamiento cotidiano con el sufrimiento, la pobreza, la crueldad, el peligro, el dolor, la muerte, lo mismo que a la preocupación por el incremento de demandas legales por mala práctica. Todo esto daña la sensibilidad y muchos terminan por crear una barrera, tipo anestesia contra las penas de los demás. Por otro lado, la sociedad ve la salud como un derecho de todos y, en ese entender, los profesionales deben estar disponibles para atender todas las necesidades que surjan como consecuencia de la enfermedad, pero se debe resaltar que los profesionales experimentan su secuestro de capacidades físicas y psicológicas que los debilitan y

transforman en seres vulnerables, especialmente cuando deben enfrentarse a situaciones difíciles (Blanchini, 1997).

Se puede destacar tres importantes características: presencia de manifestaciones sugestivas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El agotamiento emocional se refiere a la sensación de no poder dar más de sí mismo para cumplir con sus responsabilidades, por lo cual la persona tiende a aislarse como método de protección; la despersonalización se caracteriza por actitudes como la indiferencia afectiva, falta de empatía e irritabilidad; mientras que la sensación de baja realización personal va ligado a la incapacidad de la persona para valorar su propio trabajo, lo cual tiene relación directa con la baja autoestima. De estos tres, el más frecuente en los profesionales de la salud es la dimensión de despersonalización, seguida del agotamiento emocional, que tienen relación directa con las horas de trabajo y el servicio clínico desempeñado (Serna & Martínez, 2020).

El principio de discrecionalidad en la administración pública

Se puede definir como la facultad de las administraciones públicas de escoger entre dos o más soluciones, válidas y legítimas todas ellas. Sin embargo, es fundamental que esta decisión esté adecuadamente razonada y fundamentada, para no incurrir en arbitrariedad. Esta potestad se rige por las siguientes reglas:

- El producto no se encuentra establecido en la Ley.
- La administración puede elegir entre dos o más soluciones, válidas y justas.
- Las decisiones discrecionales nunca podrán ser arbitrarias.
- La decisión necesita estar motivada, de forma que esta se adecue al caso en concreto. Para ello, se deberá analizar el caso adecuadamente y tomar la decisión teniendo en cuenta sus características, fundamentando las circunstancias concretas (García, 2021).

Este acto discrecional se presenta cuando la ley le da un poder libre a la administración para decidir si debe obrar o no, en qué momento o cómo debe hacerlo o que contenido debe dar a esta actuación, por consideraciones principalmente de carácter subjetivo, tales como las de conveniencia, necesidad, equidad, razonabilidad, suficiencia, exigencia de interés u orden público. Estos actos son regidos en dos categorías:

- Principios generales, son aquellos principios que resultan aplicables a todos los actos administrativos y que en nuestro caso deben regir, para los actos reglados y para los discrecionales. Dentro de esto se encuentra el principio de interés público (siempre se debe actuar con miras al interés común) y el principio de legalidad (las autoridades no tienen más facultades que lo les es otorgado por la ley, es decir, debe contar con fundamento legal).
- Principios particulares, es decir los que deber aplicarse solamente a la categoría de los actos discrecionales. Aquí se encuentra el principio de orden público (son reglas, leyes o estructuras que tiene relación con la paz que permite la convivencia que puede verse alterada por la violencia, por la intranquilidad y por la insalubridad) y el principio de utilidad pública (todo lo que trae o produce provecho, comodidad, fruto o interés a todo el pueblo) (Sánchez, 2007).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Anestesia. La anestesia es la neutralización, total o parcial, de la sensibilidad. Puede producirse por un traumatismo o de manera artificial. Este término se utiliza para referirse a la acción médica que consiste en inhibir el dolor en un paciente mediante el suministro de una sustancia que tenga propiedades anestésicas (Pérez & Merino, 2012). Este conjunto de procedimientos son requeridos para realizar técnicas quirúrgicas sin dolor y sin reacciones adversas (García-Alonso et al., 2016)

Atención materna. Es la asistencia que se brinda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; según la Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la Covid-19 (2021).

Calidad de atención en salud. Prestar atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva del usuario(a) de una manera segura y duradera, en todo aspecto y las veces que sea necesario. La atención ha de ser la que necesita y espera el usuario(a). Si una persona es bien atendida y se siente satisfecha, hablará bien del servicio, lo promoverá y lo recomendará (MINSA, 2016).

Desnaturalización. Este concepto hace referencia a la pérdida de valores como seres humanos, las experiencias de las prácticas asistenciales hacen que se vuelva repetitivo, dando lugar a que las experiencias tanto negativas como positivas ya no generen el mismo impacto como la primera vez. Se produce una pérdida de valores innatos sin darse cuenta cómo, ello trae como consecuencia directamente un trato deshumanizado (Ochoa et al., 2020).

Dispositivos médicos. Según el artículo 4 de la Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, se define como: cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, previsto por el fabricante para ser empleado en seres humanos, solo o en combinación. Los tipos de dispositivos médicos son:

- Instrumental médico: Está destinado al uso quirúrgico, para cortar, horadar, aserrar, raspar, legar, sujetar, retirar, inmovilizar.
- Material o insumo médico: Sustancia, artículo o material usado para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades, no requieren de fuentes de energía.
- Equipo biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren una fuente de energía.
- Dispositivo médico de diagnóstico in vitro: Son productos destinados por el fabricante para el examen de muestras derivadas del cuerpo humano, usados solos o en combinación (Digemid, 2009).

Entuertos. Son contracciones que se presenta en la etapa del puerperio, cuya función es favorecer que el útero recupere su tamaño, posición y lugar original. También posibilita el taponamiento de los vasos sanguíneos que se rompen con la expulsión de la placenta y que provocan el sangrado o loquios tras el parto (Moreno, 2020).

Episiotomía. Es un corte realizado por parte del ginecólogo o de la matrona, de manera concreta, en el período del expulsivo fetal (Sessa, 2020)

Hospital. Es un edificio que alberga funciones relacionadas con la enfermedad, la rehabilitación y la salud (Casares, 2012) y según la Organización Mundial de la Salud, es

parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar (De Lama, 2008).

Muerte materna. Es la muerte de la mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes al término de la gestación. Por alguna causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales y en consecuencia, constituye un importante indicador del nivel de desarrollo de un país y de la capacidad resolutive de su sistema de salud (INSP, 2020).

Parto. Según la Dra. Bombí, (2019) un parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior. Existen dos tipos de partos: el parto vaginal (normal) y el parto abdominal (cesárea). Sus fases son: la dilatación, la expulsión y el alumbramiento.

Parto humanizado. Es una forma de parto que se caracteriza por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía (Johannsen, 2016).

Periné. Es la parte de la pelvis que contiene a los órganos genitales externos y ano. Se ubica debajo del diafragma pélvico. En cuanto a su anatomía superficial, está ubicada entre los muslos y se extiende entre la sínfisis del pubis adelante y los pliegues glúteos por atrás (Torres, 2022).

Personal de salud. Son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (Mohr, 2006).

Posparto o puerperio normal. Período de transformaciones progresivas tanto en lo anatómico como en lo funcional, que hace regresar poco a poco todas las modificaciones gravídicas de la persona y que se desarrolla por un proceso de involución hasta casi regresarlas a su estado inicial. Conforme a su evolución, se clasifica en: puerperio fisiológico, no hay signos de riesgo y su evolución es regular y en el puerperio patológico, cuando la evolución ya no se encuentra dentro del parámetro normal y va relacionado con

alguna patología, sea una infección o una hemorragia con consecuencia de anemia. Entre sus síntomas se halla el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre (MINSA, 2015).

Pre parto. Se le conoce como parto a la fase previa al parto. Es el momento en la que una mujer embarazada se va preparando para el parto. En este sentido el parto puede durar unas pocas horas hasta dos semanas (Pérez & Gardey, 2019).

Salud materna. Según la Organización Mundial de la Salud (2006), la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte (INMED, 2022).

Violencia Obstétrica. Según la OMS, la violencia obstétrica es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto, recibiendo un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos coercitivos o no consentidos (Bustamante, 2021).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO

El enfoque es cualitativo porque resultó conveniente para comprender el fenómeno desde la perspectiva de quienes lo viven y con ello se busca patrones y diferencias en estas experiencias y su significado. Es de alcance descriptivo ya que se buscó especificar las características y los perfiles de las personas, grupos, procesos o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis, es decir, miden o recolectan datos y reportan información sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o problema a investigar. El diseño de investigación es interpretativo-fenomenológico puesto que se pretendió explorar, describir y comprender las experiencias de las personas respecto a un fenómeno y así descubrir elementos en común de aquellas vivencias (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

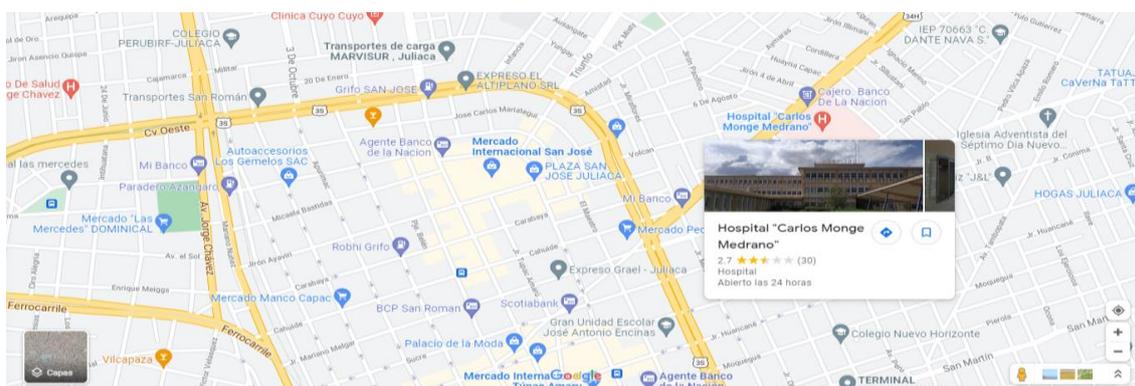
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La información se obtuvo de entrevistas a madres primerizas que se han atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el 2021.

Este Hospital es de nivel II-1 y está ubicado en la Av. Huancané N° 507, Salida a Huancané, ciudad de Juliaca, provincia de San Román, Región Puno. Es el órgano de ejecución desconcentrado de la Dirección de Salud de Puno, encargado de desarrollar las actividades de recuperación y rehabilitación de la salud y también actividades preventivo promocionales en el marco de los programas de salud que son de interés local, provincial, departamental y nacional con activa participación de la colectividad. Empezó sus labores el 23 de octubre de 1986, con nueva infraestructura, reinaugurado por el presidente de la república Dr. Alan García Pérez, con funcionamiento y equipamiento y el 7 de setiembre de 1988 se le designó el nombre: "Carlos Monge Medrano" según R.M. N° 329-88SA/DM, por haber dado en vida prestigio internacional a la medicina peruana por sus descubrimientos en la Patología Cardio - Respiratorio, del problema andino de la altura. Cuenta con los siguientes servicios: medicina general, medicina especializada, salud mental, pediatría, neonatología, ginecología, obstetricia y emergencias (HCCM, 2007).

Figura 1

Mapa de ubicación del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca



Nota. Ubicación Google Maps 2021

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total estuvo conformada por 1754 madres que fueron atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca en el año 2021, de las cuales 677 fueron primerizas y se distribuyen de la siguiente manera según resumen.

Tabla 2

Número de partos atendidos por orden de nacimiento, según meses del HCMM-2021

Mes	1° H	2° H.	3° H	4° H	5° H	Ignorado	Total
Enero	63	55	29	9	5	1	162
Febrero	51	48	22	9	9	0	139
Marzo	57	61	21	19	4	2	164
Abril	70	49	38	8	5	3	173
Mayo	50	41	24	9	4	1	129
Junio	50	56	23	9	2	1	141
Julio	70	49	25	10	7		161
Agosto	61	59	45	20	4	1	190
Setiembre	72	63	22	15	4	1	177
Octubre	81	63	26	13	5	2	190
Noviembre	52	54	17	5			128
Total	677	598	292	126	49	12	1754

Nota. Extraído del sistema de certificación de nacidos vivos del Ministerio de Salud-MINSA.

Para esta investigación de enfoque cualitativo, el tipo de muestreo que se usó es intencional o por conveniencia, pues este método se caracteriza por buscar y conseguir muestras representativas cualitativamente, las cuales cumplen con las características de interés para la investigación (Hernández & Carpio, 2019).

De toda la población de madres primerizas registradas en el periodo de estudio, se tomó 15 madres de muestra para aplicárseles la guía de entrevista, el mismo que se obtuvo por saturación.

Tabla 3

Distribución de la muestra

Seudónimo	Tipo de parto	Edad	Procedencia	Días de permanencia
Jubi	Cesárea	20	Juliaca	20 días
Sa	Natural	22	Juliaca	2 días
Mar	Natural	23	Juliaca	6 días
Clau	Natural	32	Juliaca	1 día
Eufe	Natural	26	Juliaca	3 días
Mila	Natural	20	Juliaca	2 días
Yaki	Natural	23	Juliaca	2 días
Dani	Natural	24	Juliaca	3 días
Pau	Cesárea	25	Juliaca	1 día
Yane	Natural	24	Juliaca	3 días
Vero	Natural	24	Juliaca	2 días
Vel	Cesárea	32	Juliaca	2 días
Mary	Cesárea	27	Juliaca	3 días
Ru	Cesárea	25	Juliaca	3 días
Eli	Cesárea	35	Juliaca	3 días

Nota. Elaboración propia.

Los criterios de selección a ser incluidos dentro de la muestra en el marco del estudio son:

- Ser mayor de 18 años.
- Haberse atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Que la atención se haya realizado en el 2021.

3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnica que se utilizó fue la entrevista cualitativa semiestructurada pues como indica Robles (2011) esta técnica, en efecto, permitió adentrarse a la intimidad y comprender la individualidad de las entrevistadas y por ser semiestructurada se estableció en una guía de preguntas donde se tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Para la investigación se realizó 9 entrevistas presenciales y 6 por vía telefónica, puesto que, se buscó la comodidad de las participantes; ello en marco de su disponibilidad, el cuidado integral de su salud por la prevención del Covid-19, etc. Todas las entrevistadas fueron seleccionadas acorde a las necesidades de la investigación, tomando de base los criterios de inclusión mencionados.

La guía de entrevista que se aplicó fue previamente validada por juicio de expertos; por un lado, la validez de una obstetra y por el otro, una trabajadora social. Dentro de la guía se consideró las siguientes categorías de análisis: a) Interacción de la madre y el personal de salud, b) Dispositivos médicos empleados y área de atención, y el c) Itinerario asistencial, sanitario y terapéutico que sigue el hospital en la atención de partos.

El estudio, tuvo limitantes relacionados con el acceso y la detección de las participantes puesto que, en un inicio se pensó realizar el contacto con la informante en el momento inmediato de la alta médica; pero, las restricciones por el surgimiento de la Covid 19 impidió todo tipo de acercamiento, puesto que la visita de algunos familiares y/o cercanos no fue permitido, es por ello que se demoró en su realización más de lo previsto; esta limitante fue superada por medio de una intermediaria que labora en una institución muy ligada al Hospital Carlos Monge Medrano quien fue la persona que pudo interceder para la localización de madres faltantes, brindando información básica que pueda facilitar la captación de madres colaboradoras.

Luego de la identificación de las posibles madres colaboradoras, se les contactó tanto directamente como por vía telefónica, con el objetivo de que puedan acceder a una entrevista; en el encuentro y llamada se le informa a la madre todo lo relacionado a la investigación, se le pide amablemente que pueda ser partícipe y por último se le pregunta si está dispuesta a participar y colaborar con ello; fueron múltiples los intentos por lograr que accedieran, que

van desde llamadas pospuestas (que por supuesto fueron realizadas con respeto y moderación, considerando siempre un horario adecuado para realizarlas, una frecuencia mesurada y un respeto amplio por la madre en cada llamada) hasta citas no concluidas, canceladas o ignoradas; pasado todo ello, se pudo contar con 15 madres colaboradoras, a quiénes antes de hacérsele la entrevista se les tuvo que hacer firmar un consentimiento informado sobre su participación, cuyo modelo se detalla en el Anexo 4, así también este consentimiento fue brindado de forma oral, el cual fue captado mediante una grabación de audio.

Todas las entrevistas quedaron evidenciadas en grabaciones sólo de audio, para ello se utilizó una grabadora de celular, un programa para grabar llamadas y una grabadora de laptop; se optó por grabar sólo la voz puesto que una grabación audiovisual puede intimidar aún más a las madres, ya que es un tema delicado el que se ha tratado en la investigación, en donde ella cuenta una parte íntima de su vida; por lo cual, se procuró en todo momento buscar su comodidad para brindarla (tanto por la modalidad de la entrevista, el tiempo que conlleva y su predisponibilidad, etc.), otorgándole en todo momento el poder de decisión sobre su testimonio y dentro de la entrevista, por ende, algunas solicitaron que se les cambiase el nombre y usase un seudónimo, es por ello que se prefirió usar un seudónimo para cada una de ellas, el cual protegiese su identidad.

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el análisis de las entrevistas obtenidas mediante grabación, lo primero que se hizo fue la transcripción de las mismas utilizando el software de procesamiento de textos: Microsoft Word 2019, cuyas transcripciones oscilan entre 6 y 17 hojas, de acuerdo a la duración de las grabaciones y se detallan en el siguiente cuadro:

Tabla 4

Densidad de data cualitativa del estudio

Seudónimo	Tiempo	Páginas	Palabras
Jubi	00:56:40	16	7164
Sa	00:24:47	9	3592
Mar	00:27:21	11	4174

Clau	00:13:00	6	2251
Eufe	00:21:01	7	2672
Mila	00:37:24	11	4136
Yaki	00:34:25	10	3883
Dani	00:59:43	17	8932
Pau	00:17:31	6	2376
Yane	00:35:02	14	4427
Vero	00:27:03	8	3748
Vel	00:33:31	12	4519
Mary	00:38:15	12	5218
Ru	00:22:32	6	2256
Eli	00:21:42	5	1842

Nota. Elaboración propia en base a entrevistas.

El tiempo que demandó las transcripciones es de dos meses aproximadamente, tiempo en el que se analizó también los puntos más importantes de cada entrevista.

Para llevar a cabo el análisis se recurrió al uso del Atlas Ti Versión 9, con el fin de organizar la información de las entrevistas según categorías y codificarlos, para la consecuente generación de redes hermenéuticas. Asimismo, se emplearon citas hermenéuticas a fin de presentar las percepciones y opiniones de las entrevistadas en sus propios términos y formas de expresarse.

También se utilizó programas como Microsoft Excel y PowerPoint; para la producción de organizadores visuales que representen mejor el tema estudiado.

Por último, se recurrió al programa Mendeley Desktop Running, un gestor bibliográfico, que no solo permitió organizar la bibliografía, sino que ayudó también a administrar los documentos, leer, anotar y citar mientras se escribió el trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

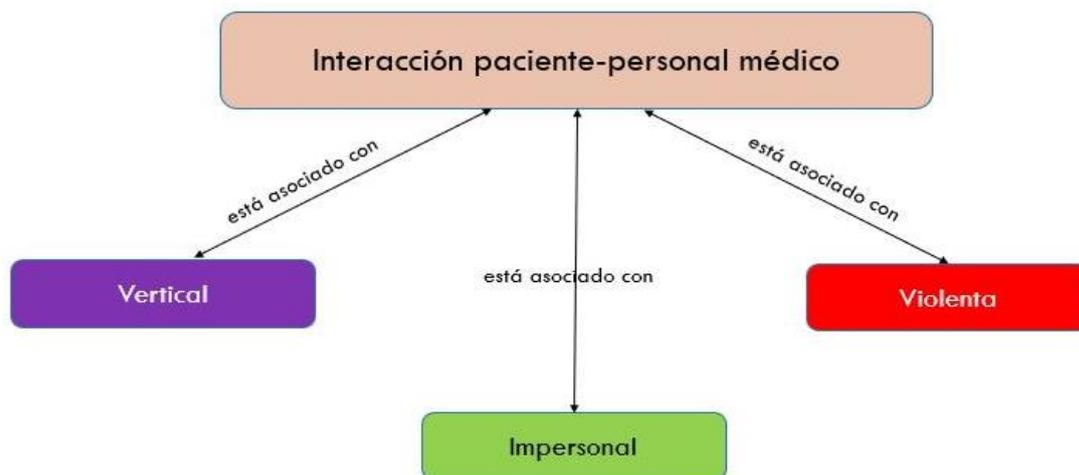
4.1. RESULTADOS

4.1.1 Reconstrucción de la interacción paciente-personal médico desde la experiencia de madres primerizas

Según los testimonios, las madres han percibido inconvenientes en esta interacción; desde que ellas ingresaron al hospital hasta el alta hospitalaria se han relacionado con diversos profesionales que les brindaron el servicio obstétrico; algunas madres evidenciaron no ser tratadas conforme a lo que ellas necesitaban en su momento, sino que en ocasiones se les proporcionó un trato vertical, de manera impersonal y lo preocupante del caso es que la mayoría reveló el lado violento de esta interacción.

Figura 2

Formas de interacción paciente-personal médico



Nota. Elaboración propia.

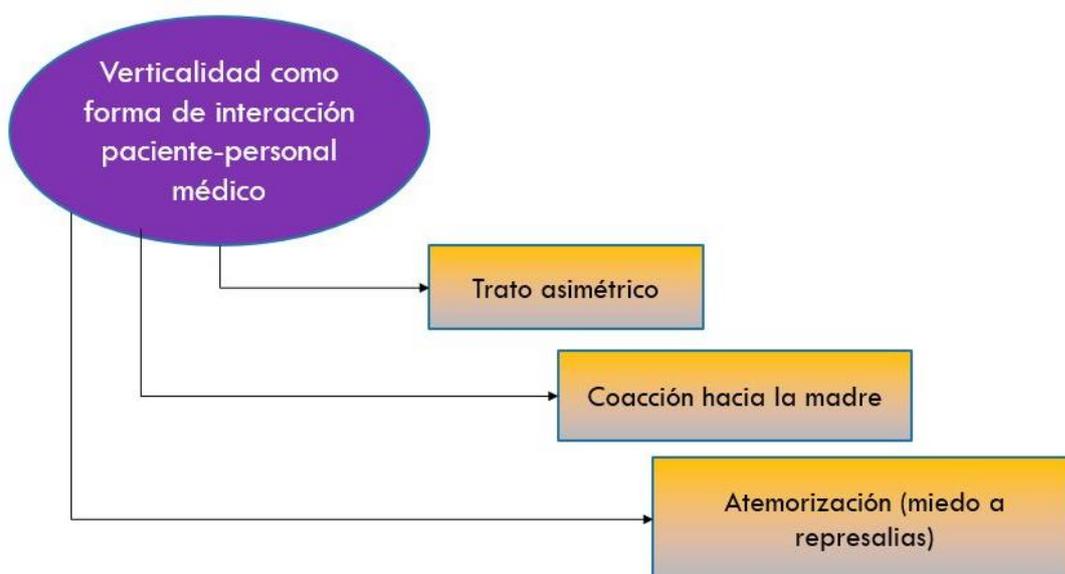
Verticalidad

Uno de los hallazgos más importantes de la investigación se refiere a la verticalidad en la interacción con el personal médico que la madre percibe y da a conocer mediante su

testimonio, el cual pone en evidencia que las madres en varias oportunidades probablemente son tratadas de manera asimétrica, ello quiere decir que hay una relación de poder en la que las ellas adoptan una posición de obediencia, en ocasiones muy pasiva; inclusive el uso de la autoridad dentro del hospital podría servir para coaccionar a las madres frente a otras situaciones ajenas al estricto tema de servicio hospitalario, lograr que ellas actúen acorde a lo indicado y tras ello provocar también el miedo en ellas frente a posibles represalias si es que no acatan estas disposiciones. Por tanto, en la figura 3 se trata de esquematizar de manera vertical y secuencial el cómo sucede este tipo de interacción.

Figura 3

Rasgos de la interacción vertical



Nota. Elaboración propia.

Dentro de la verticalidad se encuentra el trato asimétrico hacia la madre, el mismo que va desde algo tan simple o quizás desapercibido hasta lo más notorio y evidente. Así, por ejemplo, cualquier mandato es tolerado en menor o mayor grado por ellas, pero en definitiva debe ser cumplido porque si no lo hacen estarían frente a una situación más vulnerable aún que la obtenida por el sólo hecho de estar atendándose en el hospital.

“...no puedes decir ni hacer nada y no tienes las fuerzas tampoco para reclamar ni para decir nada más, si te largan pues te largan, así” (Dani, 24 años)

“...muy desagradable la verdad, ya ni palabras para discutir señorita, me aguanté las lágrimas, me puse fuerte y me dije “ya me voy a ir ya, no vale la pena” (Ru, 25 años)

El hecho de mantener este trato asimétrico en el momento hace presumir que a veces incluso sobrepasa las funciones propias del personal de salud, pues entre ello, una madre relata cómo es que se hace uso de este poder para coaccionarlas y de esta manera llegar incluso a venderles productos de aseo personal, en lugar de ser solicitados a sus familiares; no sin dejar de lado por supuesto la manera grotesca de dirigírseles.

“... “¡No sean flojas, levántense, a peinarse, lavarse!” los que no tenían cepillo, Kolynos, así, les vendía, más caro... Había una señorita, una mamá, no tenía nada y le ha vendido cepillo... papel también le vendió a 2.00 S/., 1.50 S/ creo el papel suave le vendió.” (Yane, 24 años)

En estos testimonios no sólo queda en evidencia el malestar que genera esa forma de trato hacia las madres, la coacción existente sino también cómo esto causa el temor en ellas el hecho de poner en manifiesto sus incomodidades y sus desacuerdos, puesto que es probable que sean víctimas de algún tipo de represalia y por lo tanto, no pueden arriesgarse, ya que ellas están solas en este proceso.

“...es más había una obstetra que dijo que “por qué no se dan a luz en el privado, por qué vienen acá, qué cosa, estoy enferma”, que “me ha dado el Covid...” no sé, tantas cosas, me daba ganas de discutir pero me he callado en todo momento, estaba... no tenía prácticamente ganas de discutir con ellos, en serio, porque saldría perdiendo, porque todos ellos se defienden entre sí, eso es lo que yo he visto; cuando... hice yo mis prácticas en el mismo Hospital y siempre he visto eso, entonces no, es por gusto discutir o por lo menos dialogar con ellos porque no habría un dialogo creo....” (Mary, 27 años)

De este relato, se puede extraer que probablemente además de la poca paciencia que el personal tiene con sus pacientes también existe ese temor por contagiarse y enfermarse de Covid 19, que hace que en ocasiones prácticamente se le inste a la madre a no volver al establecimiento y esto a su vez hace presumir que justamente por este tipo de comentarios y

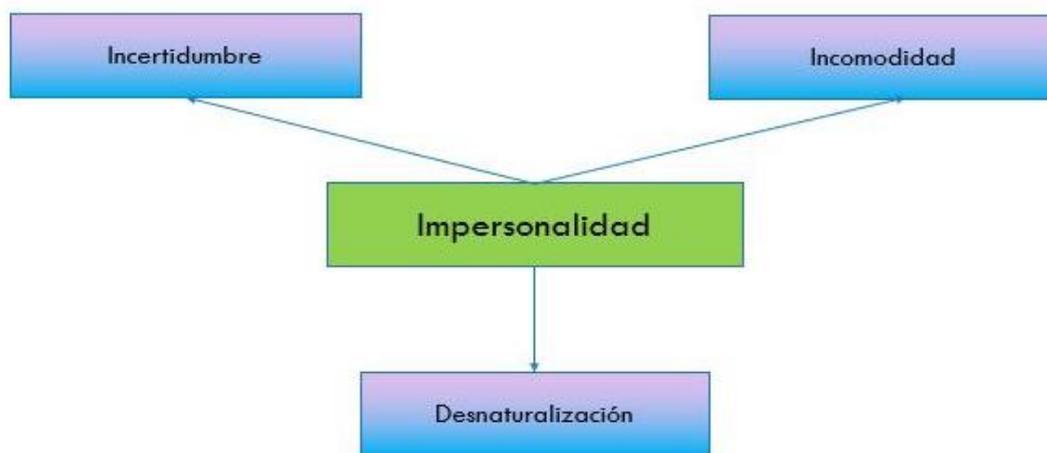
tratos es que la madre muchas veces no retorna y por tanto, no llega a realizar sus controles, poniendo en riesgo su propia vida y la de su hijo. Este tipo de situaciones, en donde el personal muchas veces desacredita a la madre, toma el control total y la atemoriza, hace que la experiencia dentro de un hospital público se torne desagradable.

Impersonalidad

Según los relatos, el servicio hospitalario que se les brinda a las madres es significativamente impersonal, ya que, hay situaciones en las que ellas percibieron que en su momento resultaron importantes su oportuna atención, por lo que su respuesta contraria causó un cierto grado de incertidumbre para algunas y para otras, incomodidad, los cuales llevan a presumir que hay una cierta desnaturalización del servicio. En la figura 4 se pone en manifiesto la incertidumbre y la incomodidad como características que desencadenan en una aún más profunda que es la desnaturalización del servicio.

Figura 4

Características de la impersonalidad



Nota. Elaboración propia.

La madre, desde que ella ingresa por emergencia obstétrica se ve frente a la atención de diversos profesionales que laboran dentro de este hospital, los cuales en oportunidades no son plenamente conocidos por las mismas, pero ellas infirieron y categorizaron de acuerdo a su labor, indumentaria, edad, entre otros rasgos. Entre los profesionales que las atendieron se puede identificar a doctores, obstetras, enfermeros(as) y también practicantes.

“...eran señoritas, doctores, pero, venía uno al otro día, otro al otro día y era difícil saber quién es.” (Jubi, 20 años)

“...venían varios profesionales, no sé la verdad quiénes serán, de repente por la cara los reconocería más o menos...” (Pau, 25 años)

El no conocer al personal, causó incertidumbre e incomodidad en algunas madres, pues al momento de querer pedir ayuda o información sobre su propio estado de salud, desconocían al personal al que debería pedirle, ya que como se indicó, los profesionales no dan a conocer esos detalles de sí mismos.

“...la verdad te sientes bien impotente sinceramente porque entraba una que otra persona, yo me sentía la verdad fastidiada porque no sé si era por gusto o por lo que sea, pero yo no llegué a conocer a una persona que venga y se presente, me diga “oye, sabes qué, yo soy la encargada de aquí, si tienes alguna duda me preguntas a mí” no, no hay nada de eso...cuando yo le preguntaba cuándo me voy “¡el doctor tiene que venir!, ¡el doctor tiene que venir!” y al final ni siquiera sabes quién es el doctor la verdad...” (Dani, 24 años)

“...más estaba inquieta, preocupante porque no encontraba una respuesta después del parto, no encontré respuesta de cuándo me iban a dar de alta, o qué necesitaba para irme o qué debía hacer...” (Jubi, 20 años)

Estos profesionales a su vez, tuvieron un modo diferente de tratarlas, mientras que unos pocos las trataron de manera amable y cortés, la mayoría simplemente las vieron como un paciente más al cual hay que atender. Entonces ello probablemente demuestra que es poco su interés por el estado emocional de la madre y sus necesidades.

“...siento que más han hecho su trabajo que... que se llama... ver cómo yo me sentía ¿No? porque obvio al momento de dar a luz o eso, duele, sí, pero como que ellos decían: “¡Hazlo, hazlo, hazlo! Y ya pues tenías que sacar fuerza de donde no tenías y hacerlo.” (Mila, 20 años)

“porque casi no se preocupan mucho en si tienes frío o si no tienes frío, o sea, me he sentido a veces como si fuera un pedazo de carne ahí, que no les interesa eso...”
(Dani, 24 años)

Así por ejemplo, la manera cómo se instauró la planificación familiar en las madres próximas al alta hospitalaria, resalta a la vista la forma en que el servidor se dirige a una paciente, en este caso a la madre, pues ya no fue llamada por su nombre sino que se le asignó un número que ayudó a identificarlas; con ello se presume que, en efecto, hay una cierta desnaturalización del servicio.

“... saliendo ya pe nos han puesto ya a todos, nos ha... ¿Planificación? Nos ha inyectado de un canto... algunos no querían, se largaban, se boconeaban, sin hacerse vacunar siempre salían pe, a las que somos un poco calladitas “ya” nomá decimos, todo “ya” ... “ya no hay trabajo, no hay nada, entonces wawa ya nomá van a hacer” así nos ha dicho... a todos los que estamos ya saliendo de alta, al toque viene, ha venido “a ver, se van a ir de alta, el 2, el 4,” así por camas dentro y ya “planificación familiar de una vez” ...” (Mar, 23 años)

Dado este tipo de situaciones, resultó fundamental para ellas que el personal de salud como servidor público, se mostrase empático, humano y lo suficientemente capacitado como profesional; pues en ocasiones donde no fue así, esto repercutió directamente en cómo ellas enfrentaron su parto, cómo fueron recuperando la estabilidad de su salud y sustancialmente también conllevó a una percepción general del servicio.

Violencia

De las 15 madres que dieron su testimonio, 9 indicaron que fueron víctimas de violencia obstétrica directa, 4 indirecta y 1 señaló haber sido víctima de ambos.

Figura 5

Proporción de la violencia obstétrica hacia las madres

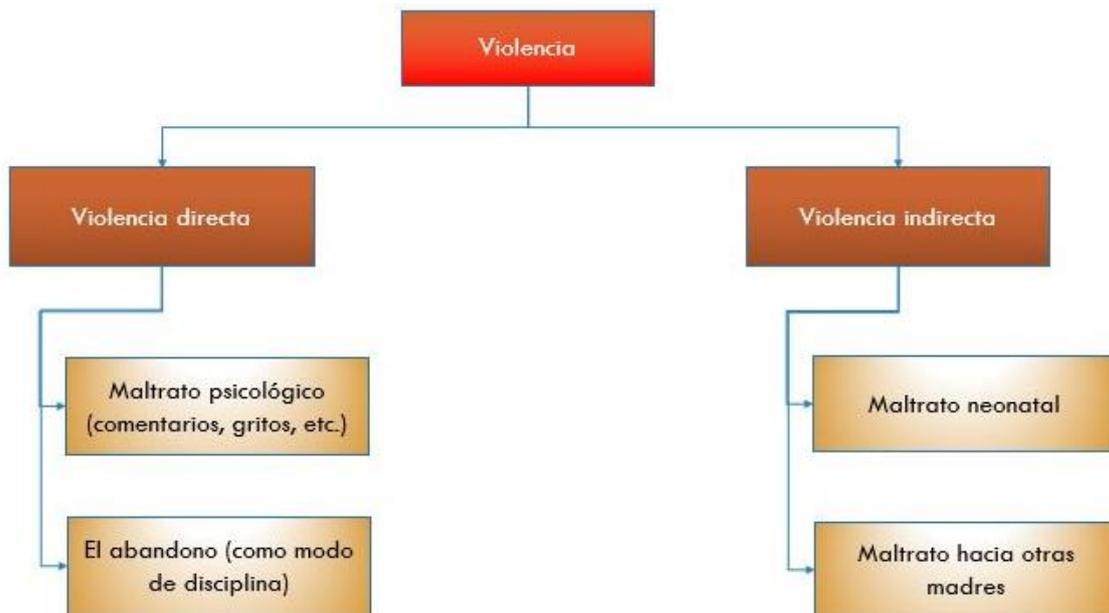
Violencia directa: 9	
Violencia indirecta: 4	
Ambos: 1	
No precisa: 1	

Nota. Elaboración propia.

Estos datos obtenidos resultan inquietantes pues las madres reflejaron con desagrado este tipo de interacción violenta que han vivido durante su permanencia en el hospital, tanto directa como indirectamente. En la figura 6 se grafica cómo se manifestaron estos tipos de violencia obstétrica en las madres entrevistadas.

Figura 6

Tipos de violencia y sus manifestaciones



Nota. Elaboración propia.

La violencia directa se ha manifestado frecuentemente mediante el maltrato psicológico que la madre ha indicado con mucho pesar en las entrevistas, las cuales tuvieron momento tanto en el parto, parto y posparto; maltrato que va desde comentarios desatinados hasta gritos hacia las madres, que, con razón, provocaron congoja en ellas.

“...me decían “¡a ver, tú sola, puja, puja!” y cómo eres primeriza ni siquiera sabes cómo tienes que pujar, o cuándo tienes que pujar y me decía ¿no? “vas a pujar cuando te venga el dolor de la contracción y yo pujaba, según yo con todas mis fuerzas y me decían “no estás pujando nada”, yo demoré para dar mi parto una hora creo...” (Vero, 24 años)

“...la obstetricia me dice “no me vas a gritar, porque mira... que no me grites, ¡Cállate!” Te gritan y a veces no aguantas ¿No?; yo en la parte que di a luz, cuando ya di a luz pues la doctora me había dicho que me había desgarrado, y también que me habían hecho una episiotomía porque mi bebe no salía, su cabeza estaba un poco grande, así que no salía y en esa parte también fue bastante dolorosa porque cuando ya di a luz, mi bebe ya salió, entonces, la doctora me dice “te desgarraste” y me empezó a cocer y yo sentía el dolor de la aguja y del hilo pasar, yo le decía que por favor pare, por favor que ya no haga eso porque me duele mucho, que me duele, que pare por favor, por favor le pedía y la obstetricia pues, en parte me hizo caso, pero en parte también renegó y me dijo “¡ay qué, ni que vengas aquí!” que “no vuelvas acá al Hospital” que “no te quiero volver a ver acá”... ..no se puede aguantar el dolor la verdad y como le digo, lo peor que ha sido para mí la experiencia, es que yo me sentía sola porque allá no había con quién quejarme, con quién gritar, mis familiares estaban afuera, no los dejaban entrar...” (Dani, 24 años)

Otro tipo de violencia que pudo identificarse es el abandono por parte de los profesionales porque esto hizo que la madre enfrentase prácticamente sola todo el proceso de su parto, probablemente no fue ayudada muchas veces por un profesional que se supone debió asistirle sino que por el contrario, se le instó que pueda hacerlo por ella misma; esto generó un problema, pues ella quizá, tal como lo indicó, no estuvo en condiciones de hacerlo por sí sola y más aún porque fue primeriza, ya que no tuvo una experiencia previa y por tanto desconoció cómo hacerlo; esto hizo sentir a la madre notablemente sola, ya que tampoco tuvo la oportunidad de ser visitada por sus familiares y por lo menos ser ayudadas por ellos.

“...yo también soy..., primeriza, perdón, ...no podía dar de lactar a mi pequeño, entonces no sabía cómo hacer, como que me desesperaba esa situación, y no había quién me apoye ahí, eso fue lo que no me gustó en el momento...después cuando quise ir a los servicios higiénicos, este, no había quién me apoyara para ir, o que me dijera: “señorita, vamos, yo te voy a ayudar” ni nada por el estilo, estábamos prácticamente solas, ahí las mamás que ya hemos dado a luz...” (Yaki, 23 años)

“...pero había otra señorita que era pediatra creo, no podía darle pecho a mi bebé, no podía tetar y se puso a renegar... se puso a renegar “¡Ay, estas mamás primerizas que no saben ni cómo dar teta! ¡Qué voy a hacer!” así dijo, así, así me llamó la atención, murmuró y se salió del cuarto” (Yane, 24 años)

“...recién entramos de la cesárea y nos traen al bebé hacer lactar, no podemos ni voltearnos, nadie nos ayuda pue, la señora, la, el personal técnico dice ¿no? y las mismas obstetras también dicen “ustedes mismas”, te traen al bebito pue “tienen que hacer lactar” la enfermera dice, que diga, la enfermera “no, tienen que hacer lactar, tienen que ya caminar” (Vel, 32 años)

“...creo que estaba 2 horas después de la cesárea... y después nomá, a los 10 minutos creo, empezó a llorar mi bebe y yo nunca había conocido esa experiencia de estar cesareada, había sido un dolor horrible, entonces me gritaron pue “¡Dale, dale de lactar al bebe!” “no puedo moverme” le dicho “¡No, tienes que hacer el esfuerzo, tienes que hacer el esfuerzo” así, o sea, muy desagradable la verdad, me puse a llorar, nadie me apoyaba, nadie me ayudaba en ningún momento la verdad... Sola, me sentí sola, deprimida...” (Mary, 27 años)

Estas situaciones fueron realmente muy dolorosas para ellas, pero las que “mejor” han llevado este proceso, no es que no sufrieron ningún tipo de violencia, sino que les ha tocado presenciara indirectamente, ya sea a sus hijos o a sus compañeras de cuarto, situaciones que las ha atemorizado y afectado de alguna manera.

“...entonces vino y se llevó a mi hija, ya normal yo esperé, cuando me la trajo la... supongo que fue ginecóloga, en verdad no me acuerdo muy bien, pero la cosa es que vino y nos gritó pue a todas las que estábamos en cuarto “¡Señoras qué cosa,

pónganse su mascarillas, hay Covid...” que no sé qué y agarró y a mi hija la botó, como un saco de papa ahí sobre la cama.” (Mila, 20 años)

“...me dijo “tu bebé ya está botado ya”, porque ya eran 5 días, “está botado 2 días, nadie lo atiende” o sea, prácticamente, no sé qué me ha querido decir, que mi bebé estaba botado.” (Jubi, 20 años)

“Y no sé quién sería la enfermera ¿No? la obstetra, pero sí le escuché gritar y le dijo ¿No? “¡Ay puja pue señora, puja, tienes que pujar, qué cosa, eso duele siempre, para eso ¿No? has abierto las piernas! ¡Fácil pe abrimos las piernas y después no podemos ni pujar!” así dijo, escuché /inaudible/ yo estaba en la habitación y me quedé así fría ya nomás “ya, seguro ahorita me van a gritar a mí” dije.” (Yane, 24 años)

4.1.2 Relación de la madre primeriza con los dispositivos médicos y área de atención

Esta relación que ha establecido la madre fue enfatizada por aquellas que han tenido una experiencia desagradable y tuvo dos connotaciones, por un lado, la subjetiva, que señala lo incómodo, doloroso y también traumático que fue para algunas; y por otro lado, la percepción de su estado físico y su disponibilidad, que señala que algunos dispositivos al parecer fueron obsoletos, estuvieron inoperativos y resultaron insuficientes para su atención; todas estas características se abordaron mediante el concepto de dispositivos médicos agresivos. Con relación al área de atención médica, este presentó características que se engloban en el concepto de un ambiente inhóspito.

Figura 7

Connotación que los dispositivos médicos adquieren respecto a su uso



Nota. Elaboración propia.

Dispositivos médicos agresivos

Desde que las madres ingresan al Hospital se les somete a distintos procedimientos, tal es la prueba de Hisopado, para descartar la enfermedad del Covid-19. Seguidamente, con el inicio del trabajo de parto, son sometidas a la realización de una práctica denominada “tacto vaginal” para medir la dilatación y valorar el inicio del parto, pero unas mamás afirmaron que fue muy incómodo y desagradable las sensaciones que contrajo este procedimiento y además no les pareció adecuado su realización.

“... vino una obstetra y me dijo “Vamos a ver”, se puso sus guantes, o sea prácticamente me quería estirar a la fuerza y yo sentí que me estaba rompiendo el alma, ya, entonces la cosa es... vi los guantes, estaban bien ensangrentados y yo me asusté, y me estaba doliendo, yo le dije “¡no! ¡qué está haciendo!” entonces pues me dijo: “no, no, nada, tenemos que ayudarte a dilatar” ...” (Jubi, 20 años)

“...me hizo un tacto y según el doctor me dijo “estas en trabajo de parto latente, pero no estoy seguro”, vino otro, el otro doctor, de frente me metió la mano, sin preguntarme y, o sea, lo metió de manera brusca y dolió y yo le dije “me duele” y

me dice “tienes que aguantar” o sea, es lo único que me dijo “tienes que aguantar”, entonces, ya uno se calla con eso ...” (Dani, 24 años)

“...tan sólo vinieron y me abrieron las piernas, me hicieron tacto, así sin más, me incomodé mucho la verdad.” (Pau, 25 años)

Luego de ello, las mamás comentaron que los profesionales usaron un ecógrafo para atenderlas y ver en qué estado está el bebé; también se les sometió a un monitoreo fetal, un monitor que sirve para controlar la frecuencia cardiaca fetal y la dinámica uterina, pero el uso de estos equipos les causó mucho dolor a algunas y al parecer priorizaron su uso por encima de lo que ellas sentían.

“...me hicieron una ecografía para ver cómo estaba la bebé y todo eso, pero al momento de hacer la ecografía, como estaba con contracciones, yo le decía que un poco más.... O sea que no... use esa clase de... apoyar mucho en esa ecografía o profundizarlo ¿No? porque dolía...” (Mila, 20 años)

“...te ponen como dos maquinatas en el estómago y aprieta justo cuando te vienen los dolores de la contracción, es como que lo quieres sacar a la fuerza, ese rato te desnaturalizas creo... ahí ves, su latido cardiaco y también las contracciones, sale como una especie de papel” (Vero, 24 años)

“...me pusieron esa computadorita, no sé, como faja creo que era, que sentía que me hacía doler más, toda mi espalda, mi estómago, mi vientre, me dolía prácticamente más, como si me estuvieran golpeando, algo así, yo dije: “¡no! por favor señorita, quítame eso, quítame”, “no, eso es para que veas los movimientos de tu bebé y para que te ayude también a dilatar más rápido”, entonces yo le dije: “¡no!... ¿Qué es esto?”, y me dijo: “esto no es nada, lo que vas a sentir en el parto normal es peor”, y me hizo asustar, y yo le dije: “o sea qué, como va a ser”.” (Jubi, 20 años)

“...me puso para medir el pulso en la máquina, me puso eso y yo ya no podía y creo que se desajustó o algo así, como que me dijo “¡Señora, ponte, ponte! Me gritó y yo como que “pero me duele, me duele” le dije y me dijo “¡No, no, no, ponte, tienes que ponerte!” ...” (Mila, 20 años)

Llegado el momento del parto, los profesionales utilizaron instrumentos médicos como: bisturí, clamps, fórceps, tijeras, etc, y material e insumo médico tanto durante y después del parto, como: anestesia, inyectables, sueros, sonda, etc. Pero nuevamente, su uso fue incómodo y muy doloroso para algunas de ellas e inclusive consideraron que no fue necesario pasar por ese momento desagradable porque no es sólo el hecho de soportar el procedimiento sino también la reprimenda por si algo no les pareció correcto u oportuno y lo dieron a conocer en su momento.

“...cuando ya estaba el bebé nacido, ya nació, sí me pusieron un inyectable... vino la que le estaba ayudando a la obstetra y de frente me puso... me puso y yo sentí nomá pinchazón y ya no dije nada ya...” (Yane, 24 años)

“...me dijo que habían membranas que estaban impidiendo que mi bebé baje, entonces ella me lo sacó, pero fue una experiencia muy pero muy dolorosa y traumática porque yo llegué a gritar de dolor... salió líquido, pero mi bebé todavía no estaba abajo, entonces la obstetricia lo último que pudo hacer me dijo “sabes qué, te voy a colocar un, oxitocina... “te vamos a ayudar” ...entonces, cuando me hacen el procedimiento yo, yo puedo recalcar, yo quiero decir que, la verdad debieron hacer ese procedimiento antes porque las contracciones que te vienen con ese químico son extremadamente dolorosas y son de muy corto tiempo porque cada 20 minutos me subían la dosis y el dolor era más insoportable... estaba gritando mucho de dolor porque, claro ellas te dicen que no grites “¡no grites, no grites!” , te gritan incluso ¿No?, te dicen “¡Qué cosa!” que “¡Por qué gritas!” “¡No, tienes que aguantar!” , no se puede aguantar el dolor la verdad...” (Dani, 24 años)

Respecto al estado de dichos dispositivos, algunas madres recordaron y comentaron acerca de ellos y al parecer algunos estuvieron malogrados y otros deteriorados, como es el caso de los cardiotocógrafos, algunos instrumentos o camas médicas en mal estado.

“...al otro lado ya también no tenían para monitorear, estaban malogrados creo algunos... El monitorizador pue, donde nos controlan..” (Vel, 32 años)

“...me acuerdo que, estaba un poco gastado porque no ajustaba bien la correa, entonces me dijeron que me moviera, que me sentara un poco, para que la correa se ajuste, o a las enfermeras le dijeron que “agarra acá, mira que no ajusta la correa,

agárralo acá” entonces, ellas estaban agarrando, eso sí me acuerdo...” (Dani, 24 años)

“...en lo que es en el color es lo que yo me dado cuenta, o sea, están deteriorados ya... ¿Creo que es el clamp? El que separa al momento de la cesárea...” (Mary, 27 años)

“...el colchón, un poco... como parte medio hueco, algo así, un poco incómodo pa’ dormir...” (Sa, 22 años)

Asímismo, algunas mamás relataron que en su momento no había en stock algunos materiales o insumos médicos, que incluso son fundamentales tenerlos, por lo que les indicaron que tenían que comprarlos o en todo caso pedirlos en el puesto de salud que les corresponde.

“...yo escuché a una enfermera que cuando entré, le dijo “Hazle comprar a su esposo, ¿qué nos falta?” le dijo, “estas cosas”, “ya, hazle comprar, hazle comprar lo que nos falta, tiene que comprar” le dijo...” (Dani, 24 años)

“...pero prácticamente hicieron comprar a mi papá porque había cosas que no había y mi padre tuvo que hacer gastos, comprando vitaminas y todo eso, por la anemia y todo eso...” (Jubi, 20 años)

“...para cocerme, me han pedido así hilo para cocer, así me dijo, uno especial creo que había sido ese hilito, eso más... no hay en el Hospital me dijo” (Mar, 23 años)

“...aparte creo que no hay una vacuna, porque a mi hija, la vacunaron... o sea, tiene que recibir dos vacunas y a mi hija solamente le dieron una... nos dijeron “Tienen que ir a la posta a ver si ya llegó la vacuna” o algo así y hasta donde yo fui, no habían vacunas... Lo único que nos indicó ese joven de la posta es que: “si el Hospital no tiene, nosotros menos”.” (Mila, 20 años)

Ambientes inhóspitos

Para algunas madres, los ambientes no significaron inconvenientes en ellas, puesto que aparentemente han normalizado el aspecto propio de un hospital público y les ha parecido apropiado; pero la mayoría señaló haberse sentido perjudicadas con respecto a ello porque

les ha tocado lidiar con estos desperfectos directamente. Entonces, el concepto de ambiente inhóspito englobó a estas características que sí fueron una determinante para la percepción negativa de su experiencia dentro del hospital.

Figura 8

Características de un ambiente inhóspito



Nota. Elaboración propia.

De acuerdo a sus testimonios, algunas madres evidenciaron su incomodidad respecto a la infraestructura propia del hospital pues es antigua y al parecer ésta presenta deficiencias con relación a su ambiente hospitalario.

“...había una ventana que no tenía el cerrojo y justo esa noche estaba haciendo mucho frío, no podía cómo cerrarlo... ahí como que me fastidió la habitación donde estábamos aparte que la cama era muy pequeña también para nosotras dos, y aparte sonaba...” (Vero, 24 años)

“...Las ventanas están sin vidrio y a mí me ha tocado la cama justamente pegada a la pared, a la ventana y no tenía vidrios pue y Juliaca uste verá es un clima recontra frígido... Y estaba pues horrible y no tiene cortinas, este no, no hay muchas cosas no hay ahí...” (Mary, 27 años)

Otra característica que fue identificada es que, probablemente hizo falta más higiene en los ambientes, pues algunas madres relataron cómo es que se llevó a cabo la limpieza y qué tan bien se cumplía esta tarea dentro del hospital según sus percepciones; ello resulta importante porque como son madres recién paridas, están vulnerables a cualquier tipo de infecciones y enfermedades.

“...las habitaciones que he estado, eran normal, pero lo que me...lo que me inquietaba era la limpieza.” los lugares de un...nos decían ¿No? Que tienen que estar limpio, y bueno los de la limpieza pues, no limpiaban prácticamente todo, sólo lo que estaba a la vista. (Jubi, 20 años)

“...donde estaba, no, prácticamente no, porque, cómo le diría... faltaba un poco como no sé, no sé la verdad... faltaba un poco de higiene para mí...” (Sa, 22 años)

“...hasta las duchas están creo... están clausuradas, no hay duchas, las puertas están malogradas, no tienen chapas algunos o seguritos, como se llamen y est... como es un lugar así que estamos puras mamás y obviamente estamos evacuando lo que es sangre y todo eso, está bien llenos de sangre, llenos de toallas, pámpper, o sea, no está nada agradable” (Mary, 27 años)

“...los baños eran, los baños demasiado sucios, eso sí...” (Vel, 32 años)

El frío en las habitaciones es otra característica que hizo que las madres tengan una apreciación negativa sobre su experiencia, puesto que no les ha permitido sentirse a gusto durante su estadía.

“...Frío es, para mí es frío porque pa’ bajarte también te piden pantuflas nomá pe, no te dejan ni poner ni medias ni pantalón, ese rato yo quería un pantalón, nada... “¡No, no, no, no!” decían, apenas una combinacionsita y su tela de ellos...” (Mar, 23 años)

“...todas las habitaciones en sí, son muy frías, extremadamente frías y más que todo de noche, de día yo pienso que es un poco más caliente o quizá templadas...” (Dani, 24 años)

Como se manifiesta, ese frío resultó perjudicial para la madre, puesto que impide que la madre pueda sentirse cómoda durante su permanencia en el Hospital, por ende, indicaron que realmente necesitaron opciones para amortiguar ello; una salida rápida era que se les permitiese ingresar prendas de abrigo, como frazadas, mantones o abrigos, pero sólo a tres se lo permitieron, dejando a las demás sin esta posibilidad; esto se fundamentó a que por estado de pandemia debido al Covid 19 se ha restringido el ingreso de cosas y más aún las visitas de sus familiares.

“...son un poquito aburridos, renegones; a veces nos traemos cositas pa’ abrigarnos y el personal técnico dice, “¡ay se traen sus cosas! como si fue... ¿qué cosa piensan que se van a quedar a vivir acá?” así nos ha dicho... “...no querían que traigamos cosas, habían frazadas y el personal técnico como le digo, me dijo “ya tienes que hacer desaparecer esa frazada” así me dijo, entonces “llama a tu familiar que se lo lleve” me decía..” (Vel, 32 años)

“... además de eso no te dejan... o sea, por más que te haga frío no te dejan llevar algo porque en la posta nos pidieron pues un cobijo así para abrigarnos, pero en el Hospital nos dijeron “no, tienen que llevárselo, porque acá tienen... también tenían como que algo como un jebe o tipo jebe y eso hacía que nosotras transpiremos y como estaba abierto las puertas de noche, entonces nos hacíamos pasar frío y así.” (Mila, 20 años)

“...no dejaban entrar frazadas; mi esposo trató de traerme y no le aceptaron, no dejaban entrar a nadie, no dejaban entrar a nadie, absolutamente a nadie... las camas tienen frazadas, tienen sus sábanas, tienen frazadas, pero, de todas maneras, sí hace bastante frío, pero ellos no quieren que, que entres con cosas contaminadas pues el Covid dicen...” (Dani, 24 años)

“...No han dejado ingresar, por más que ha venido mi esposo, mi mamá “sabe qué señorita, le estará haciendo frío a mi hija”, “no, no” o sea, se cerraban rotundamente, no quieren que nadie haga la visita o que pase por lo menos una cobija o una media, no quieren; dicen que el Covid va a ingresar ahí que no sé...” (Mary, 27 años)

Estos relatos expresan que los profesionales, en oportunidades, no han cedido al pedido sobre la necesidad que la madre tenía en ese momento, algo que las afectó.

4.1.3 Descripción del itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos, desde la experiencia de la madre primeriza

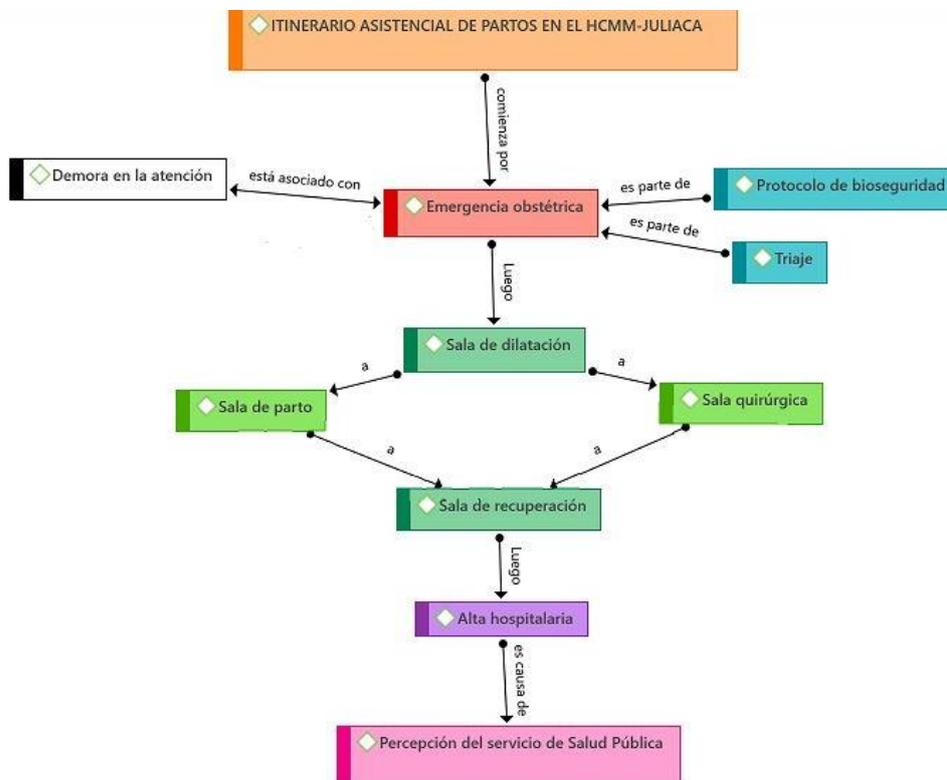
Conforme a los testimonios de las madres, para llevar a cabo la atención de los partos, el hospital siguió un protocolo de atención que en tiempo de pandemia se le adicionó un protocolo de bioseguridad para prevenir y controlar la propagación del Covid-19; estas actividades se rigen por el principio de discrecionalidad que se les otorga a las administraciones públicas, en este caso, el hospital.

Discrecionalidad

El Hospital Carlos Monge Medrano de esta manera ha adoptado actividades se espera coadyuva con la atención oportuna de las madres en busca de resultados favorables y por ende sigue el siguiente protocolo:

Figura 10

Red hermenéutica sobre el itinerario asistencial de partos desde la experiencia materna



Nota. Elaboración propia en base a entrevistas.

La atención inicia por la debida emergencia obstétrica, que es cuando la madre siente los dolores propios del parto o es ingresada por alguna complicación que afecta al embarazo con consecuencia de parto; que por lo tanto requiere de un servicio profesional. Para la atención del parto en este hospital, algunas madres relataron que entraron con el debido protocolo de seguridad que incluyó mascarilla y protector facial principalmente.

“...Bueno con todo protocolo que dicen ¿No? Mascarilla, protector facial y todo eso. Primero me dijeron allá, luego no, “tienes que ir primero allá” y me hicieron regresar de aquí, pa’ allá, de aquí, pa’ allá... Primero me dijeron: “No, tienes que tramitar tus papeles” luego me dijo “no, primero tienes que ir allá, a que te inscriban qué problemas tienes” y todo eso, y yo dije: “total ¿Cuál es? ¿Cuál es primero?”...”
(Jubi, 20 años)

Algunas madres dijeron que les asistieron de forma inmediata, pero otras indicaron que la atención no fue tan rápida puesto que se demoraron esperando los resultados de la prueba Covid u otras razones.

“...cuando llegué, mmm la atención prácticamente no fue rápida, como por decirlo, no, no me sirvió de nada, como por decir, entrar por emergencia, porque se demoró bastante, fui como a la 1:00 de la tarde y recién me estaban poniendo a mí a la cama como a las 6:00 de la tarde, por ahí.” (Jubi, 20 años)

“...creo que a todos los pacientes estaban tomando la prueba de Covid entonces pero no... no ha habido un poco de humanidad en caso mío, porque yo estaba con dolores de parto y ya... como que ya estaba muy cerca para que nazca mi bebé, entonces creo que me parece que debían atenderme a mí primero y yo esperé mucho tiempo para que me den el resultado...” (Eufe, 26 años)

“...he venido al Hospital y desde las 8:00 de la mañana estaba pues ¿no? como quien dice, en camión o en bata, hasta las, prácticamente hasta las 2:00 de la tarde y media creo, porque no me hicieron rápido, yo estaba ahí sufriendo porque ya me había empezado los dolores, las contracciones ya, y nadie me hacía caso porque estaban almorzando, ese rato dice no sé qué tenían, cositas así pasó.” (Mary, 27 años)

Una vez que ellas ingresaron y las recibieron, pasaron por un triaje que incluyó la prueba Covid; si la prueba resultó positiva, la madre ingresó a un área de aislamiento, si en caso resultó negativa se le atendió en la infraestructura habitual. En la investigación sólo una de las madres presentó un cuadro de Covid. Regularmente luego del triaje, ellas ingresaron a una sala de dilatación, donde un médico, obstetra o encargado(a) realiza un “tacto” para determinar la dilatación. Seguidamente, comentaron que se les hizo una ecografía para ver el estado del bebé, después una cardiotocografía y volvieron a la sala de dilatación, esperaron hasta que llegase el momento y las pasaron a una sala de parto. Luego, ellas volvieron a la sala de dilatación para recuperarse, donde fueron monitoreadas. Por último, se dirigieron a una sala de puerperio donde finalmente esperaron que se les dé el alta hospitalaria.

En la sala de posparto ellas fueron atendidas acorde a horarios, en donde se realizaron las visitas médicas; estas visitas fueron realizadas por diversos profesionales que ellas identificaron a su modo y así se pudo establecer cómo es que se realiza esta rotativa.

Tabla 5

Horario de visita médica según testimonios

Hora	Descripción
7:00 a.m. a 8:00 a.m.	Visita médica esporádica
8:00 a.m.	Cambio de turno
9:00 a.m. a 10:00 a.m.	Visita médica habitual
11:30 a.m. a 1:00 p.m.	Visita médica esporádica
5:00 p.m. a 8:00 p.m.	Visita médica rauda

Nota. Elaboración propia en base a entrevistas.

Tabla 6

Personal de Salud que realiza las visitas médicas según testimonios

Profesionales	Frecuencia
Doctor/médico/residente	12
Obstetra	8
Enfermero(a)/Técnico(a)	8
Practicante	8
Médico especialista	2
Pediatra	2
Dentista	1

Nota. Elaboración propia.

Según estas tablas, las visitas médicas fueron realizadas conforme a turnos, cuyo cambio se dio al promediar las 8:00 a.m., hora en la que ingresa un nuevo grupo de profesionales y sale el grupo que ya cumplió su servicio. Estos grupos se conformaron por el doctor, médico o residente quien encabezó las visitas médicas, juntamente con los(as) obstetras, los(as) enfermeros(as) o técnicos(as) y practicantes; así como también se contó con la presencia del pediatra y el dentista en algunos casos. Este grupo al parecer realizó la visita más importante alrededor de las 9:00 a.m. a 10:00 a.m. aproximadamente y usualmente realizó su segunda visita en el turno de la noche, entre las 5:00 p.m. a 8:00 p.m. pero de una forma rápida.

Los controles que les realizaban, más que todo, van en torno al tipo de parto que se les practicó y las complicaciones que representaron. Las madres que dieron un parto natural señalaron que principalmente fueron controladas en torno al sangrado, la altura uterina, la presión y temperatura.

“...el control que te realizan más, yo pienso que es el del sangrado, te preguntan si hay dolor, si te duele y por los medicamentos que te ponen casi no, no sientes mucho; si hay sangrado abundante, te dicen pues que tienes que cambiarte, tienes que limpiarte... la altura uterina, o sea, tu estómago lo miden, tiene que bajar, tiene que descender, es como si tu útero se está encogiendo porque tiene que descender eso y tu presión, la presión es muy importante porque acabas con baja presión, te dicen que “te puede pasar esto, te puedes marear un poco” te controlan bastante la presión” (Dani, 24 años)

En el caso de las madres que dieron un parto por cesárea, señalaron que les controlaron la presión y temperatura principalmente, mientras que la herida fue revisada esporádicamente, puesto que, al parecer, para la extracción de puntos se les envió a sus respectivos puestos de salud.

“...sólo el control del suero, la fiebre, y la presión también.” (Ru, 25 años)

“...ahí yo también tenía que hacerme controlar por lo de la herida, tenía que hacerme sacar los hilos, en el puesto de salud donde corresponde.” (Vel, 32 años)

Acorde a los testimonios, los alimentos que se les brindaba a las madres estaban constituidos por una dieta blanda con poca sal, las cuales no causaron inconvenientes, en su mayoría, a las madres que dieron un parto por cesárea; pero sí les causó inconvenientes o no les agradaba a varias que dieron un parto natural, el cuál denotó algunos rasgos culturales de las madres, propios aún de la zona. Esta necesidad de la madre por seguir sus costumbres probablemente no fue tan comprendida por los profesionales, pues sus actitudes cambiaban hacia ellas, y una vez más la violencia obstétrica se hacía sentir.

“...todo te dicen “¡Come, come todo!” te gritan todavía, “¡Ya no debes pedir en ese caso!” así, hay otras mamás se boconeaban pe “¡Qué cosa voy comer esto, me estás matando!” dicen, algunos nomá calladito comen... más quería mi ch'apaq caldo ese rato... ch'apaq caldo en cuysito me han traído, eso me gustaba, más rico... mi mamá dice que es para que estés bien, así...” (Mar, 23 años)

“...mis familiares me trajeron caldito de chuño ¿no? lo que es, lo costumbre siempre de dar a luz... pero en el Hospital no dicen eso, te sirven normal, no les importa, sí, no les importa si tienes que cuidarte o no, tienes que comer igual, porque cuando no comías renegaban las que te servían la comida... por ejemplo, la otra señora no comió nada entonces, ha renegado “¡Ay! ¡Deben decir pue, para no servir!” así dijo y se salió.” (Yane, 24 años)

La rutina higiénica posparto según las madres, usualmente se realizó antes del cambio de turno, puesto que debieron estar presentables para la posterior visita médica. Algunas madres manifestaron sus inconvenientes a la hora del aseo, ya sea porque fue difícil para ellas, por sus creencias, porque les agredieron verbalmente, la realizaban mal o simplemente no se les realizó.

“...sí, cuando te das a luz, al día siguiente tienes que lavarte, peinarte, todo... 5:00 de la mañana viene la enfermera... Viene con sus lavadores y “¡Ya levántense!” así nos dice... “¡No sean flojas, levántense, a peinarse, lavarse!”...Había una enfermera que venía y decía “¡Ya! ¡Péinense rápido!” y después de 2 minutos entraba otra “¡Ya! ¡Apúrense, apúrense! ¡ahorita va a venir el doctor y les va a encontrar cochinas!” así nos dijo.” (Yane, 24 años)

“...me trajeron un lavador con agua tibia para el aseo, me pude levantar apenas porque no podía, el dolor todavía aún persistía, me pude lavar apenas los dientes y la carita, no pude peinarme porque no podía, no podía moverme... y nadie me ayudó, tuve que hacer todo eso sola.” (Pau, 25 años)

“En verdad no sabía, porque como le digo, las costumbres te dicen ¿No? “no debes tocar agua, porque tus poros se han abierto” y cosas así, entonces como que yo no sabía cómo hacerlo, como que dudaba un poco, entonces, lo que yo hacía, como era agua tibia, solamente agarraba un trapito que justo había llevado, eso me pasaba así como soplecitos en la cara y solamente hacia eso, trataba de no tocar el agua, pero el lavado no, o sea, venían las enfermeras y ellas la realizaban.” (Mila, 20 años)

“...a todas las mamás estaban lavando y pues allá los pacientes somos bastantes, no es pue una clínica para ser poquitos y no, no estaba bien correctamente realizándose la higiene, pero yo la verdad, no, en ningún momento me han hecho la higiene, yo me hacía sola, me levantaba a las 4:00 de la mañana de mi sillita, me iba al baño, me realizaba la respectiva higiene.” (Mary, 27 años)

De acuerdo a los testimonios de las madres, las recomendaciones para que posteriormente se procediese al alta hospitalaria iban dirigidos tanto a la madre como al neonato, ello según la complejidad que representó el parto. A la madre se le indicó que mantenga su movilidad, que pueda alimentarse bien, acerca de su aseo personal y también estar alerta sobre algunas posibles complicaciones que pueda presentarse en el puerperio; y referente al cuidado del neonato, les indicaron que deben procurar que éste lacte exclusivamente leche materna y si en caso presentase signos de alerta que pueda ser llevado nuevamente al hospital.

“...me dijeron que tengo que estar caminando, cosa que nosotros ¿No? nuestros padres siempre nos dicen tenemos que estar en un estado de... estar echada, sin caminar, no hacer fuerza, pero, cosa que en el Hospital es muy contrario, nos dice que tenemos que caminar, que tenemos que estar moviéndonos pa’ que botemos ¿No? toda esa sangre que aún tiene y debemos alimentarnos bien...” (Clau, 32 años)

“...Las recomendaciones eran, que este, pal bebé me dijeron que tiene que lactar pecho, no leche, no leche en polvo, no fórmula, leche materna, exclusivamente me dijeron.” (Yane, 24 años)

“...básicamente siempre te dicen pues que el bebé no tiene que tener fiebre, si tiene fiebre tienes que traerlo al toque, cualquier cosa que notes raro en el bebé...” (Dani, 24 años)

4.2 DISCUSIÓN

4.2.1 Discusión en cuanto a la interacción paciente-personal médico

Verticalidad

Como ya se ha descrito, existe una relación vertical entre el personal médico y la madre el que se presenta desde el inicio en que ellas son atendidas en el hospital. El hecho de que el personal médico posee aquellos conocimientos necesarios ha puesto a la madre en una situación de sometimiento, pues el uso del poder las ha atemorizado en muchos casos, quedándose así reprimidas ante cualquier hecho. Este tipo de relación se manifiesta también en otro estudio denominado “Sociología del parto Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático” en donde las protagonistas desempeñan un rol pasivo, acatan y rara vez cuestionan la esfera de poder de los especialistas y es percibido como algo “natural” encontrarse en el espacio clínico e institucional de poder de los profesionales (Hernández & Pérez, 2016). Esta relación de poder observado, se podría explicar y vincular con lo sustentado por Foucault quien habla sobre cómo se gobierna al mundo pastoralmente en el que la obediencia aparece como virtud. y se da esta especie de sumisión, en el que se inmiscuye el concepto de biopoder, pues en efecto, este tipo de gobierno que se tiene se acerca a la madre por medio de esta institución, el hospital, teniendo al personal de salud y a la medicina como fuente principal de conocimientos, que buscan ese grado de normalidad que nos indica el autor; cuyo objetivo último es administrar la conducta (Jusmet, 2020); bajo esto, es necesario dar cuenta de que se ha tergiversado de alguna manera este poder, pues la madre ha evidenciado cómo es que ese servicio no fue quizás el más adecuado para ellas y que en efecto terminaron obedeciendo a lo dispuesto, pues ha existido factores sea buenos o malos que propiciaron que así sea.

Por otro lado, esta interacción vertical también ha denotado cómo es que a veces el personal de salud al parecer siente ese temor y pierde su paciencia frente a sus pacientes; ello podría fundamentarse al denominado síndrome de burnout en su modalidad de agotamiento emocional que es la sensación de no poder dar más de sí mismo para cumplir con sus responsabilidades (Serna & Martínez, 2020) que expresa cómo es que el desgaste emocional es tan perjudicial afectando no solo a la persona sino directamente al paciente. Este síndrome podría sustentar el porqué de este trato vertical hacia las madres y la dejadez del servicio y resulta preocupante puesto que el gobierno peruano casi no ha demostrado preocupación por la salud mental de los ciudadanos y en este caso especial por el personal de salud, pues, en el 2019 solo se asignó cerca de 318 millones de soles para la atención de la salud mental, que representa el 1,5 % del total del presupuesto para el sector salud, sin considerar que las enfermedades mentales y los trastornos de la conducta son cada vez más recurrentes en la población. Asimismo, la salud mental no ha sido priorizada en las políticas públicas desarrolladas y prueba de esto es que, no ha sido considerada dentro de la Política Nacional Multisectorial de salud 2030 “Perú, País Saludable”, tampoco en el Acuerdo Nacional, ni en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional ni en la Política General de Gobierno 2021 (DP, 2020). Actualmente sólo se tiene una Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del Covid-19 2020 y un Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 para toda la población peruana; pero, resulta insuficiente pues no es sólo la Covid un único factor sino varios que pueden desencadenar en este síndrome.

Impersonalidad

El trato impersonal en el sector público se ha instaurado con el objetivo de que no haya preferencias y discriminación en el trato hacia las personas, pero ello se ha tergiversado en su uso en el sector salud, pues se ha desnaturalizado el servicio en varias oportunidades, ya que ellas han tenido dificultades y han sentido incertidumbre al momento de querer información acerca de su salud y prácticamente no les comprendieron. Esto indica la necesidad de la madre de que un profesional no sólo pueda brindarle un servicio de salud basado estrictamente en la atención hospitalaria, sino que además pueda ser más humano; lo establecido se vincula con la investigación “Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal” [Relatos de mujeres sobre la asistencia recibida en un centro de parto normal] pues indica que un profesional de la salud debería cooperar con la resolución de los problemas que se le genera a la madre y debería tener también esa

maleabilidad necesaria y adaptarse a todas las circunstancias que se le presente, demostrando comprensión y flexibilidad ante ello (Jamas et al., 2013), además, resulta necesario abordar las emociones para establecer la confianza entre profesionales y madres (Lucchini-Raies et al., 2019).

Esta demanda de la madre por un servicio más humanizado que en ocasiones al parecer no se les prestó, podría tener nuevamente la causa del síndrome de burnout pues genera en el personal de salud, de forma paulatina, una afectación de la motivación interna, actitudes y la conducta; y los factores que tienen que ver con ello son: horarios de trabajo, atención a personas enfermas que a veces enfrentan crisis, el sentimiento que provoca la muerte, las crecientes demandas de la gente que no queda satisfecha con los servicios recibidos (Blanchini, 1997). Bajo esta premisa, efectivamente la despersonalización como síntoma hace que los profesionales desarrollen actitudes como la indiferencia afectiva, falta de empatía e irritabilidad (Serna & Martínez, 2020)

Violencia

Es lamentable que la violencia siga estando presente en los hospitales, puesto que en la investigación se refleja cómo es que las madres sufren todavía esta violencia de forma directa e indirecta con predominancia del maltrato psicológico hacia ellas; es preocupante porque pudo notarse aquellos tipos de violencia abordados en la investigación de Campiglia (2017) quien identifica tres tipos de violencia obstétrica que sí se evidenció en esta investigación, que para esta sección sólo se pondrá énfasis en dos de ellas, la violencia desnuda: maltrato directo contra la mujer, ya sea físico o verbal por medio de amenazas, gritos, burlas, así como el abandono como forma de violencia que es precisamente la desatención deliberada de demandas en la atención obstétrica; este abandono, tuvo momento cuando pese a estar impedidas físicamente, probablemente, no se les brindó la ayuda necesaria, causando estragos muy fuertes en su memoria, que prevalecen hasta el día de hoy, que denota además, la impotencia y la resignación que ellas sintieron y sienten con respecto a esas situaciones. Esto hace presumir que de alguna manera se ha vulnerado sus derechos, pues también se ha impedido las visitas, enfrentando solas su parto; ello pone de manifiesto cuán importante resulta para ellas el acompañamiento de un familiar, pues ya en lo investigado en “Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto” se señala que las madres efectivamente transitan el trabajo de parto y parto en soledad por lo que prefieren estar

acompañadas por un ser querido (Giraldo et al., 2015) lo cual debería ser garantizado, ya que también se apoya en las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (Morales, 2018) que trae consigo varios beneficios, como lo indica Bohren MA et al. (2019) en la investigación “Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis” [Percepciones y experiencias del acompañamiento durante el trabajo de parto: síntesis de evidencia cualitativa]: los acompañantes en el trabajo de parto proporcionan a las pacientes información, apoyo práctico y emocional, además que pueden opinar en defensa de las pacientes y con ello, pueden ayudar a las pacientes a tener una experiencia positiva en cuanto al parto.

Si bien es cierto, la pandemia ha propiciado diversos protocolos alrededor de las instituciones, estos muchas veces atentan contra el bienestar de las mujeres y sus bebés, al respecto, en la Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives) se expone que, es esencial que los protocolos que se opten para el embarazo y el parto durante la pandemia de Coronavirus se fundamenten en evidencia y respeten los derechos humanos de todas las mujeres y sus recién nacidos (IMC, 2020).

4.2.2 Discusión acerca de la relación con los dispositivos médicos y el área de atención

Para entender este relacionamiento se abordó primero la relación con los dispositivos médicos y luego con el área de atención materna.

Dispositivos médicos agresivos

La madre fue sometida desde el inicio a procedimientos y al uso de dispositivos que muchas veces resultaron ser agresivos; empezando por la práctica de tacto vaginal, a luego hacersele una ecografía, a que se le practique una cardiotocografía, al uso de diversos instrumentos médicos y material o insumos médicos, los cuáles algunos fueron incómodos e incluso muy dolorosos para algunas de ellas, quienes dijeron que tampoco se les consultó e informó en algún momento acerca de ello, ya que en especial, el mal uso del cardiotocógrafo podría aumentar el índice de cesáreas y partos instrumentados y no mejorar la morbilidad perinatal y neonatal; por ende, para su uso debe informársele a la madre de las opciones existentes y sus beneficios; y la monitorización jamás tendría que reemplazar u obstaculizar

con el cuidado y el soporte emocional de la mujer durante el parto (Jiménez & Pérez, 2008). Esta manera de su utilización revela que posiblemente las madres han sido víctimas de un tipo de violencia denominada “Violencia Velada” que son aquellas manifestaciones médicas que al practicarse producen dolor o daño sin representar un término de beneficio a la salud materna o del recién nacido (Campiglia, 2017).

Ante esto, los resultados también sugieren que hay una limitada disposición de dispositivos médicos, debido a que algunas madres, por medio de sus familiares, tuvieron que realizar compras externas, de dispositivos que incluso son muy elementales, como el caso de Hilos de sutura, pues este elemento incluso está reconocido en el Documento técnico: Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos esenciales para el Sector Salud, como su propia denominación lo indica, esencial; por tanto, esto debería de garantizarse. Así mismo, se puso en evidencia que algunos dispositivos presumiblemente están obsoletos e inoperativos y resultan insuficientes. Esta situación es preocupante pues una adecuada gestión de los dispositivos médicos salva vidas, en cambio cuando hay carencia de tecnologías adecuadas, disponibles y accesibles para obtener un diagnóstico oportuno, se complica los casos clínicos, haciendo que estos requieran de intervenciones clínicas complejas e incide en un aumento de los índices de mortalidad prematura (Camacho, 2019).

Ambientes inhóspitos

Las áreas de atención obstétrica, según los testimonios de las madres, presentaron deficiencias con relación a una infraestructura precaria, falta de limpieza, la falta de implementación que contrarreste las inclemencias climáticas, que sumados a las restricciones con respecto al ingreso de frazadas, cobijas o prendas abrigadoras por la prevención del Covid 19, causaron bastante incomodidad puesto que Juliaca es una ciudad muy fría y moderadamente lluviosa. Estas características denotan esta falta de adecuación conforme a la “Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el Marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural” (2016), porque en esta norma claramente se indica cómo es que debería ser el ambiente y equipamiento de sala de atención del parto a nivel nacional, tomando en cuenta la opinión de las gestantes y todo el entorno social; de igual manera, la ambientación tendría que presentar características de la zona; además, la sala de parto debería ser implementada y ambientada para ambos tipos de parto: vertical y horizontal, mostrando un aspecto natural y la no discriminación, puesto que

vivimos en un país pluricultural y étnico. Estas características de los ambientes de atención son muy importantes porque una buena ventilación, iluminación, limpieza y orden; refieren aspectos positivos que influyen en la satisfacción del servicio en la madre, conforme a Franco y Zapata (2017).

4.2.3 Discusión referente al itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos

Discrecionalidad

Los hospitales públicos son organizaciones que orientan sus actividades al cuidado del paciente y de ello no es ajeno el Hospital Carlos Monge Medrano, quien hace uso del protocolo asistencial para partos condicionándola a un protocolo de bioseguridad respecto al Covid; esta consecución de protocolos de atención significó la demora muchas veces y de alguna manera demostró estar por encima de lo que las gestantes sentían respecto a su parto y frente a sus necesidades, como en el caso de la dieta hospitalaria que se les brindó o las rutinas higiénicas a las que fueron sometidas; ello hace presumir que verdaderamente la dinámica asistencial mecanizada no entiende en demasiadas ocasiones de afectividades y que lo importante es el protocolo, el cumplimiento de las rutinas, la dimensión biológica del proceso, así como lo señala Hernández y Echevarría (2016) en su investigación “Sociología del parto Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático””.

Entendiéndose la potestad discrecional como la facultad que tienen las administraciones públicas para elegir soluciones frente a problemáticas y que necesariamente deben ser fundamentadas, toca discrepar de que quizás se está dejando de lado la verdadera esencia de este principio, pues ésta discrecionalidad va muy ligado al concepto de utilidad pública, ya que, las administraciones públicas tornan su obrar en torno a las necesidades, las exigencias, etc. de la población con el fin de buscar su provecho, comodidad, fruto o interés (Sánchez, 2007) y de esta manera buscar realmente lo más conveniente, necesario, equitativo, razonable, suficiente y no incurrir en arbitrariedad (García, 2021) buscando siempre la mejora continua del servicio en donde el paciente se convierta en el eje central del proceso (Cabo, 2021).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La interacción de la madre con el personal médico, desde la experiencia materna, se ha presentado en tres formas: vertical, impersonal y violenta. La forma vertical de esta interacción sugiere cómo es que el poder y la obediencia se manifiesta en un hospital y en qué grado su mal uso puede afectarle a la madre; la impersonalidad resultó ser una característica resaltante de esta interacción pero frente a la búsqueda de respuestas y el surgimiento de necesidades de la madre ha causado cierta incomodidad, incertidumbre y la sensación de desnaturalización del servicio; la interacción violenta es un resultado inquietante pues se ha presentado en todo este proceso, tanto directa como indirectamente, en la que predomina el maltrato psicológico y el abandono. Estas formas de interacción al parecer han sido normalizadas o en el peor de los casos, las madres se han resignado frente a ello y se advierte que esto sea resultado de un posible síndrome de burnout en los profesionales de salud, debido a que, efectivamente, estas formas de interacción son síntomas de ello; y lamentablemente resulta tan perjudicial tanto para la madre como para el personal de salud.

La relación que la madre estableció con los dispositivos médicos empleados estuvo inmersa entre dos conceptos: dispositivos médicos agresivos y ambientes inhóspitos, los cuáles tomaron importancia y fueron resaltados por aquellas madres que tuvieron una experiencia desagradable; así, los dispositivos para algunas resultaron ser incómodas, dolorosas, traumáticas y quizás no fueron necesarios. A esto se le añade el hecho de que probablemente hay una limitada disposición de algunos dispositivos médicos, equipos e instrumentos obsoletos e inoperativos que resultan en que el servicio sea percibido como desagradable. Con relación al área de atención médica se encontró que éste presumiblemente es inhóspito, pues ellas detectaron algunas deficiencias como la precariedad, la falta de higiene y lo que más enfatizaron fue el frío de las habitaciones que resultaron ser poco reconfortantes y dado que ante la presencia de las restricciones por el ingreso de cobijos, en efecto, ha sido una determinante para una negativa percepción del servicio; por lo tanto, la presencia de estas características exigen su pronta mejora.

El protocolo de atención que sigue el Hospital Carlos Monge Medrano, desde la experiencia de la madre primeriza, se sostiene en un criterio de discrecionalidad que todas las instituciones adoptan, pero dado el caso del hospital resulta que muchas veces se sujeta y le toma bastante atención a su consecución, en ocasiones por encima de lo que las madres sienten acerca de su parto y las necesidades que ellas demandan con respecto al estricto servicio hospitalario, las dietas hospitalarias y las rutinas higiénicas, pues se ha encontrado algunos conflictos socioculturales; por ende, resulta necesario enfocar y poner a la madre como el centro de este servicio, prestando atención a sus necesidades y brindándole un trato humanitario, en busca del verdadero sentido de utilidad pública, procurando siempre la mejora continua del servicio.

5.2 RECOMENDACIONES

Las políticas de salud pública respecto a la atención del parto están dadas, por lo tanto, es justo y necesario que se creen mecanismos de cumplimiento que no sólo coopere con la mejora del sistema que se sigue en este hospital y en todos los hospitales públicos de la región, sino que además fomente las sanciones de su no cumplimiento; igualmente es necesario orientar los esfuerzos para la lucha contra la corrupción y búsqueda de la correcta orientación de los recursos del estado en favor de esto; por ende, se insta a las entidades competentes a que puedan trabajar en busca de ello.

Se exhorta a los encargados de los establecimientos de salud públicos de la región de Puno a que puedan impulsar la adecuación de sus instituciones conforme a las necesidades de la zona, en lo que respecta al parto principalmente, respetando por supuesto lo establecido en las normas; así como no dejar de lado la búsqueda y la promoción de mejores políticas públicas institucionales y de salud mental, tanto para pacientes como para los profesionales de la salud.

Se insta a los responsables de las diferentes casas de estudios superiores a que puedan impartir no sólo una adecuada educación académica sino también poner énfasis en los valores humanos. Esto principalmente dirigido a alumnos de carreras ligadas al tema de salud pues trabajan directamente con personas que presentan complicaciones médicas, lo que exige mayor sensibilidad; por tanto, es necesario infundir valores en los futuros

profesionales que vayan acorde a la realidad y en respuesta de lo que se necesita actualmente, de esa manera se podrá obtener profesionales capaces y sobre todo humanos.

A las organizaciones sociales de la región Puno, medios de comunicación, instituciones educativas, luchadores sociales, entre otros; es necesario promover campañas de información y sensibilización acerca de los derechos de la mujer parturienta y del neonato, para que las futuras madres, padres y población en general se empoderen, hagan respetar sus derechos de acceder a un servicio público óptimo y si es necesario, denuncien dichos actos que atenten contra ello.

Se invita a nuevos investigadores a que puedan realizar más estudios cualitativos que pongan en evidencia las diferentes experiencias de los pacientes, de los profesionales de salud, etc. que den a conocer progresivamente las pautas que se necesita para saber cómo es que se puede hacer frente a distintos problemas vinculados a los servicios de salud y de esta manera, contribuir a la generación de nuevas y mejores políticas públicas en bien de la población.

REFERENCIAS

- Almaguer, J. A. G., García, H. J. R., & Vargas, V. V. (2012). *Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio*. 16.
- Blanchini, M. M. (1997). El síndrome del Burnout en personal de la salud. *Legal Medicine*, 36(1), 6.
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). *Percepciones y experiencias del acompañamiento durante el trabajo de parto: síntesis de evidencia cualitativa*. 3.
- Bombí, I. (2019). Definición de parto. *Canal SALUD*, 2.
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>
- Bustamante, G. (2021). *¿Qué es la violencia obstétrica y por qué la OMS quiere acabar con ella?* El Sol de México. <https://www.elsoldemexico.com.mx/doble-via/salud/que-es-la-violencia-obstetrica-y-por-que-la-oms-quiere-acabar-con-ella-7228256.html>
- Bustianza, V. (2019). *¿Cuáles son los retos de la salud pública en el Perú?*
<http://udep.edu.pe/hoy/2019/cuales-son-los-retos-de-la-salud-publica-en-el-peru/>
- Cabo, J. S. (2021). *Gestión por procesos*. <https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>
- Calsin, B. (2022). *Confirman la primera muerte materna de la región de Puno en lo que va del 2022*. Diario Los Andes. <https://www.losandes.com.pe/2022/02/02/confirman-primera-muerte-materna-en-puno/#:~:text=Cabe indicar que en el,a fin de recabar informaci3n.>
- Camacho, J. (2019). *¿Es importante una gesti3n eficiente de los dispositivos m3dicos?* El Hospital. <https://www.elhospital.com/blogs/Es-importante-una-gestion-eficiente-de-los-dispositivos-medicos+130819>
- Campiglia, M. C. (2017). *La institucionalizaci3n del nacimiento*.
[https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/643/1/TE C.C. 2017 Mercedes Campiglia Calveiro.pdf](https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/643/1/TE%20C.C.%202017%20Mercedes%20Campiglia%20Calveiro.pdf)
- Casares, A. (2012). *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria. Escuela Nacional de Sanidad*, 1–

69. http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500920/n12.1_Arquitectura_sanitaria_y_gesti_n_medio_ambiental.pdf
- Connect, E. (2019). *"La humanización de los hospitales no solo es una cuestión de filosofía del cuidado sino de resultados de salud "*. Elsevier.Com.
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/la-humanizacion-de-los-hospitales-es-una-cuestion-de-filosofia-del-cuidado-y-de-resultados-de-salud>
- Crocce, J. del P. C. (2018). *Nivel de satisfacción materna relacionado con la atención del parto y puerperio en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2016*.
- De Lama, S. (2008). *El Entorno Hospitalario* (p. 46).
- Díaz, F. M. (2008). Crítica a la concepción de los modelos de atención en salud en Panamá. *Revista de Trabajo Social*, 11(75), 19.
http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2020.pdf
<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/44540/44554>
- Digemid. (2009). Ley de los Productos Farmaceuticos Dispositivos Medicos y Productos Sanitarios Ley N° 29459. In *Diario Oficial "El Peruano"*, 26 de Julio (p. 12).
<https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Ley29459.pdf>
- DP, D. del P. (2020). Defensoría del Pueblo: Estado peruano debe priorizar la atención de la salud mental. *Defensoría Del Pueblo*, 1. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-priorizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>
- Etienne, C. F. (2021). *COVID-19 ocasiona impactos "devastadores" en las mujeres, afirma la Directora de la OPS*. Organización Panamericana de La Salud.
- Exa, N. (2021). *Madre gestante deja 4 hijos en la orfandad por falta de control prenatal en Distrito de Nuñoa*. Facebook.
<https://web.facebook.com/ExaNoticiasPeru/photos/a.107174891342066/285751346817752/>
- Figueroa, S. de L. (2012). Introducción a la salud pública. *Introducción a La Salud Pública*, 23.
- Franco, M. A. E., & Zapata, J. J. S. (2017). *Percepcion de madres frente al cuidado que brinda la enfermera a sus hijos menores de cinco años en el consultorio Cred –C. S*

Pampa Grande - Tumbes 2017.

- Gálvez, I., & Suárez, C. (2018). *Parto Y Puerperio*. 9(Salud 4), 26.
- García-Alonso, I., Herrero de la Parte, B., & González Bada, A. (2016). Conceptos Básicos De Anestesia. *Conceptos Básicos de Anestesia*, 1–4.
- García, C. P. (2021). *Discrecionalidad administrativa : ¿ qué es y por qué es necesario su control ?* <https://www.acalsl.com/blog/2021/04/discrecionalidad-administrativa-que-es>
- Gascón, P. V. (2017). *La experiencia del paciente, el nuevo paradigma en la atención sanitaria*. Fundación ISYS. https://www.consalud.es/pacientes/la-experiencia-del-paciente-el-nuevo-paradigma-de-la-excelencia-sanitaria_56056_102.html
- Gianella, C., Ruiz-cabrejos, J., Villacorta, P., Castro, A., & Carrasco-Escobar, G. (2021). *CMI BRIEF*. 1–4.
- Giraldo, D. I. M., Gónzales, E. M. M., & Henao, C. P. L. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Avances En Enfermería*, 33(2), 11. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
- GTR, G. de T. R. para la R. de la M. M. (2017). *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. 1–44.
- HCCM, R. de S. S. R. (2007). *Hospital Carlos Monge Medrano*. Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas. <http://quillasoftware.com/hcmm/hospital/info/historia>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. T. (2018). Metodología de la Investigación: Las rutas de la investigación. In *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Hernández, C. E., & Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *ALERTA Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 2(1), 75–79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Hernández, J. M. G., & Pérez, P. E. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales

- en el marco del “paradigma tecnocrático.” *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), 13. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Humana-Baby. (2016). Guía práctica para mamás. *Humana*, 40. http://humana-profesional.es/wp-content/uploads/2016/07/HUMANA-BABY_Guia_practica_para_mamas_y_papas_web.pdf
- IMC, I. C. of M. (2020). Los derechos de las mujeres en el parto deben ser respetados durante la pandemia de Coronavirus. *Worldometer*, 4. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
- INMED, A. (2022). *Salud Materno Infantil*. Revista Chilena de Pediatría. <https://doi.org/10.4067/s0370-41061973000600011>
- INSP, I. N. de S. P. (2020). *Mortalidad materna*. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/avisos/4131-mortalidad-materna.html>
- Jamas, M. T., Komura, L. A. H., & Magnoni, L. R. (2013). Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad. Saúde Pública*, 29(12), 11. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0102-311X2013001700009
- Jiménez, M., & Pérez, A. (2008). The use of intrapartum fetal monitoring in low-risk pregnancies. *Matronas Profesion*, 9(2), 5–11.
- Johannsen, J. (2016). *Parto humanizado, la información es poder - Gente Saludable*. Gente Saludable. <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/>
- Jusmet, L. R. I. (2020). *Michel Foucault: El poder pastoral*. Materiales Para Pensar. <http://luisroca13.blogspot.com/2016/02/michel-foucault-el-poder-pastoral.html>
- Lucchini-Raies, C., Márquez-Doren, F., Garay, N. U., Contreras, J. V., Jara, D. S., Calabacero, C. F., Romero, S. C., & Lopez-Dicastillo, O. (2019). Caring during breastfeeding: Perceptions of mothers and health professionals. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 37(2), 13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e09>
- Lutz, E., & Misol, S. (2007). Parto Humanizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(7), 64. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032002000700001>
- Martorell, M. A., Comelles, J. M., & Bernal, M. (2009). *Antropología y enfermería* (P.

URV (ed.)).

Ministerio de Salud Chile (MINSAL). (2015). Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. In *Serie Guías Clínicas MINSAL*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf

MINSA. (2015). Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. *Ministerio de Salud*, 1–57.
http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/481_DGSP240.pdf

MINSA, I. N. D. S. (2018). *Unidad temática N°1: Fundamentos de salud pública 1*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4514.pdf>

MINSA, M. de S.-P. (2021). Anexo n°2 Contenidos mínimos del programa presupuestal: PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD MATERNO NEONATAL. In *Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01* (Vol. 1, Issue 2).
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf

MINSA, M. de S. (2016). *Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural*.

MINSA, M. de S. (2021). Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la Covid-19. In *Directiva Sanitaria N° 131-MINSA/2021/DGIESP*.
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1767305/Directiva Sanitaria N° 131-MINSA/2021/DGIESP.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1767305/Directiva_Sanitaria_N°_131-MINSA/2021/DGIESP.pdf)

Mohr, J. (2006). Informe sobre la salud en el mundo. *OMS, Organización Mundial de La Salud*, 18. https://www.who.int/topics/health_workforce/es/

Morales, Y. B. M. (2018). 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. In *Universidad Privada del Norte*.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2216%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).

Moreno, C. (2020). *Loquios y entuertos*. Webconsultas Revista de Salud y Bienestar.
<https://www.webconsultas.com/embarazo/el-posparto/que-son-los-entuertos-12287>

- Ochoa, B. A., Ordoñez, H. E., Guamán, A. C., & Torres, E. S. (2020). *Factores influyentes en la desnaturalización de la experiencia humana desde la práctica enfermera*. <https://revistamedica.com/factores-desnaturalizacion-experiencia-humana-practica-enfermera/#:~:text=Introducción-,La desnaturalización de la experiencia humana hace referencia a la,técnicas que se aprenden en>
- OMS, O. M. de la S. (2019). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de La Salud, OMS. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v56i1817>
- Palomino, M. (2021). El elevado riesgo de parir en pandemia: más de nueve muertes maternas cada semana. *Ojo Público*, 1. <https://ojo-publico.com/3216/partos-en-pandemia-nueve-muertes-maternas-cada-semana>
- Peñalva, O. H. (2015). *Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2015*.
- Pérez, J. P., & Gardey, A. (2019). *Definición de preparto*. Definición.De.
- Pérez, P. J., & Merino, M. (2012). *Definición de Anestesia*. Definición.De. <https://definicion.de/aprendizaje/#:~:text=Se denomina aprendizaje al proceso,la enseñanza o la experiencia.&text=El aprendizaje humano se define,del resultado de la experiencia.>
- Proaño, A. C. (2018). *La mala calidad de la atención de salud mata*. <https://blogs.iadb.org/salud/es/la-mala-calidad-de-la-atencion-de-salud-mata/>
- Rada, G. (2007). *Salud pública ¿ Qué es y qué hace ?*
- ROA, R. O. A. (2021). *A 20 se incrementan los casos de muerte materna en la región de Puno*. <https://radioondaazul.com/a-20-se-incrementan-los-casos-de-muerte-materna-en-la-region-de-puno/#:~:text=Yury Condori Carcasi%2C director del,de Azángaro y ya no>
- Robles, B. (2011). *La Entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico*. Robles B. *La Entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico*. Cuicuilco [Internet]. 2011;11. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18>. *Cuicuilco*, 11. <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>

- Rodríguez, H. S. (2006). *La relación médico-paciente*.
- Rojas, B. de los M. S. (2020). *Percepción de la madre sobre el contacto piel a piel con el recién nacido. Centro de salud Monsefú. Chiclayo. 2019.*
<http://servicios.uss.edu.pe/handle/uss/6558>
- Sánchez, J. H. G. (2007). El acto discrecional: principios que lo rigen y su jerarquía. *Control de La Administración Pública. II Congreso Iberoamericano de Derecho Administrativo*, 347–360. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2396/2.pdf>
- Saravia, K. A. (2018). “*Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a los beneficios maternos - neonatales en parturientas del centro de salud La Libertad en el periodo Enero-Mayo 2017.*”
- Serna, D. S. C., & Martínez, L. M. S. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1), 1–16.
- Sessa, M. S. I. (2020). *Episiotomía: definición, tipos, indicaciones, cuidados y complicaciones*. Anestesia. Secretos. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8174-941-0.50035-5>
- Torres, A. (2022). *Pelvis y periné*. <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/pelvis-y-perine>
- UNICEF, S. N. de S. (SNS) y F. de las N. U. para la I. (2021). “*Más de un 80% de las muertes maternas y neonatales son evitables*”.
<https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/mas-de-un-80-de-las-muertes-maternas-y-neonatales-son-evitables>
- Vaca, J. D. K., & Cordero, A. G. (2018). Morbimortalidad materna. *Panorama Cuba y Salud*, 13(13 (Especial)), 434–440.
www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/download/1010/pdf_220
- Vásquez, L. R. (2013). La noción de biopoder en Foucault y su relación con las antropotécnicas en la obra del último Sloterdijk. *Eikasia, Revista de Filosofía*, 2013(61), 1–14. <http://revistadefilosofia.com/53-04.pdf>
- Von-Borstel, D. (2017). *La violencia obstétrica viola los derechos humanos de la mujer*. Congreso Del Estado de Baja California Sur.
<https://www.cbcs.gob.mx/index.php/boletines-2017/2967-la-violencia-obstetrica>

viola-los-derechos-humanos-de-la-mujer-dip-diana-von-borstel-luna

Yañez, S. S. (2015). *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza , 2001-2013)*. 329.
<http://repositorio.filo.uba.ar/>

ANEXOS

Anexo 1	Categorías de análisis
Anexo 2	Guía de entrevista
Anexo 3	Modelo de constancia de juicio de experto
Anexo 4	Modelo de consentimiento informado
Anexo 5	Evidencias fotográficas

Categorías de análisis

Nro	Objetivo Específico	Sub categoría I	Sub categoría II	Concepto Heurístico
1	Reconstruir cómo es la interacción paciente-personal médico, a partir de la experiencia de las madres primerizas frente al servicio de salud pública recibida.	Interacción de la madre con el personal de salud	Atención en el parto Atención en el parto Atención del posparto Situaciones	Preparto Parto Posparto Hechos resaltantes
2	Entender el modo de relacionamiento que establece la madre primeriza con los dispositivos médicos y el área de atención medica materna, en el Hospital Carlos Monge Medrano	Dispositivos médicos empleados y área de atención	Dispositivos médicos Ambiente de atención	Instrumental, material o insumo, equipo o dispositivo médico de diagnóstico in vitro, usado para el tipo de parto realizado y posibles complicaciones del parto Ambientes y reacciones generados en la madre por los mismos
3	Describir el itinerario asistencial, sanitario y terapéutico de partos que se sigue en el Hospital Carlos Monge Medrano, desde la experiencia maternal.	Itinerario asistencial que sigue el Hospital en la atención de partos	Protocolo asistencial Visitas médicas posparto Régimen alimenticio Rutina higiénica Recomendaciones	Descripción de toda la atención (inicio-final) Visitas médicas Frecuencia de las visitas Alimentos proporcionados y reacciones Higiene parto, parto y posparto Recomendaciones de alta

Nota. Elaboración propia.

EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS FRENTE AL SERVICIO DE
SALUD PÚBLICA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO-
JULIACA 2021

Guía de entrevista

Aspectos previos

Objetivo de la entrevista

Describir la atención del servicio de salud pública desde la experiencia de las madres primerizas en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2021.

Instrucciones al entrevistador

Saludo preliminar

Deberá informar al entrevistado sobre el objetivo de la investigación

Deberá informar sobre el propósito de la entrevista

Indicar sobre la confidencialidad de la información proporcionada por la entrevista

Deberá conseguir el consentimiento informado del entrevistado (grabado o filmado).

Deberá grabar o filmar la entrevista en audio o video.

Deberá registrar el lugar, las características del lugar, la fecha y la hora de la entrevista, inicio y final (tomando notas).

En sus notas, deberán anotar inmediatamente de concluida la entrevista sus principales impresiones sobre la entrevista y su contenido.

Datos generales del entrevistado

Entrevistado N° + (o código o seudónimo)

Ciudad de origen: _____; Edad: _____

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____ Hora de inicio: _____

Duración: _____

Estructura de la entrevista

INICIO

Categorías	Preguntas	Tiempo
Romper el hielo	1.- ¿Cuánto tiempo tiene tu bebé y qué sexo es? 2.- En general ¿cómo te va en tu nueva etapa como madre primeriza? 3.- ¿Cuáles son los momentos que más te agrada de la etapa de ser madre? 4.- ¿Cuáles son aquellos momentos que menos te agradan de ser madre?	05 min

DESARROLLO

Categorías	Preguntas	Tiempo
Interacción de la madre y el personal de salud	5.- ¿Quién o quiénes fueron los profesionales que te atendieron cuando llegaste al Hospital y cómo te trataron? 6.- ¿Quién o quiénes fueron los profesionales que te atendieron en el momento del parto, cómo te trataron y cómo te sentiste? 7.- ¿Quién o quiénes fueron los profesionales que te atendieron después del parto, cómo te trataron y cómo te sentiste durante la permanencia en el Hospital? 8.- ¿Qué hechos son los que recuerdas y resaltas acerca de la interacción con el personal de salud que te atendió?	15 min
Dispositivos médicos empleados y área de atención	9.- ¿Qué tipo de dispositivos médicos emplearon para atenderte antes, durante y después del parto? 10.- ¿Qué tipo de parto te practicaron? 11.- ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto? 12.- ¿Cómo fueron los ambientes en los cuales te atendieron? 13.- ¿Cuáles fueron tus reacciones respecto a cada lugar en los cuales te atendieron?	15 min
Itinerario asistencial, sanitario y terapéutico que sigue el Hospital en la atención de partos	14.- ¿Podrías describir toda la atención del parto desde un inicio hasta el momento en que te dieron de alta? 15.- ¿Quiénes hacían las visitas médicas y cuantas veces al día? 16.- ¿Qué tipos de controles te realizaron después del parto? 17.- ¿Qué tipo de alimentos has consumido en el Hospital, te agradaba el régimen alimenticio? 18.- ¿Cómo era tu rutina higiénica antes, durante y después del parto? 19.- ¿Cuáles fueron las recomendaciones que te dieron al momento de darte de alta?	15 min.

CIERRE

Solicitar de ser necesario un comentario adicional del informante

Agradece por la entrevista.

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

Yo, _____ con DNI N° _____, a través de la presente certifico que realice el juicio de experto al presente instrumento titulado _____

_____,
elaborado por el Bach. _____, para la investigación referente al proyecto de tesis titulado “**Experiencias de madres primerizas frente al servicio de salud pública en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2021**”, requisito fundamental para optar al título de Licenciado en Gestión Pública y Desarrollo Social en la Universidad Nacional de Juliaca.

En Juliaca, a los _____ días del mes de _____ del Año 2021.

Atentamente,

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN INVESTIGACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Yessica Pilar Mamani Mamani. He sido informada de que la meta de este estudio es describir las “Experiencias de madres primerizas frente al servicio de salud pública en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2021”.

Me ha indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 50 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el transcurso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, si así lo deseo, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Juliaca, ____ de _____ del 2021

[Nombre y apellidos de participante]











UNIVERSIDAD NACIONAL DE JULIACA

"Universidad Pública de Calidad"