

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y DE SALUD DE LAS
MUJERES CON PARTO DOMICILIARIO E INSTITUCIONAL EN EL AÑO
2019. CENTRO DE SALUD LAJAS. CHOTA**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: KARINA CUSMA CABRERA

Asesora:

M.Cs. MARÍA ELOÍSA TICLLA RAFAEL

Cajamarca – Perú

2022

COPYRIGHT © 2022 by
KARINA CUSMA CABRERA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y DE SALUD DE LAS
MUJERES CON PARTO DOMICILIARIO E INSTITUCIONAL EN EL AÑO
2019. CENTRO DE SALUD LAJAS. CHOTA**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: KARINA CUSMA CABRERA

JURADO EVALUADOR

M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael
Asesora

Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Jurado Evaluador

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Jurado Evaluador

M.Cs. Flor Violeta Rafael de Taculí
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2022



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL PÚBLICA DE TESIS

Siendo las 16:30 horas, del día 12 de febrero de dos mil veintidós, reunidos a través de Gmeet meet.google.com/yfo-dzsd-kkf, creado por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, los integrantes del Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ**, **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**, **M.Cs. FLOR VIOLETA RAFAEL SALDAÑA**, y en calidad de Asesora la **M.Cs. MARÍA ELOÍSA TICLLA RAFAEL**; Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN PÚBLICA** de la tesis titulada: **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y DE SALUD DE LAS MUJERES CON PARTO DOMICILIARIO E INSTITUCIONAL EN EL AÑO 2019, CENTRO DE SALUD LAJAS. CHOTA**, presentada por la **Bach. en Obstetricia KARINA CUSMA CABRERA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó **APROBAR** la mencionada Tesis con la calificación de **17 (EXCELENTE)**; en tal virtud la **Bach. en Obstetricia KARINA CUSMA CABRERA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, en la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 17:44 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
M.Cs. María Eloísa Tiella Rafael
Asesora

.....
Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Jurado Evaluador

.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mis padres Rosa América y Alberto, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; mis logros se los debo a ellos. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mi hija Kamila Nicole, afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ella. Aun a su corta edad, me ha enseñado muchas cosas de esta vida.

Karina

AGRADECIMIENTO

A la Escuela de Post Grado, por brindarme la oportunidad de realizar los estudios de Maestría en Salud Pública.

A los docentes de la Escuela de Post Grado, por compartir sus conocimientos y experiencia.

A mi asesora la MCs. Eloísa Ticlla Rafael, por acompañarme en esta experiencia, por su orientación, sugerencias y motivación para la culminación de la investigación.

A los trabajadores del Centro de Salud Lajas, por brindarme las facilidades en el proceso de recolección de datos.

“Morir dando a luz es parir en la oscuridad”

Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 Delimitación y definición del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema de investigación	4
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigation	7
2.2. Bases teóricas	9
CAPÍTULO III PLANTEAMIENTO DE VARIABLES	
3.1. Operacionalización de las variables	25
CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO	
4.1. Ubicación geográfica	29
4.2. Diseño y tipo de estudio	29
4.3. Población de estudio	30
4.4. Unidad de análisis	30
4.5. Técnica e instrumentos de recopilación de información	30
4.6. Prueba piloto	31
4.7. Proceso de recolección de información	32

4.8. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	32
4.9. Consideraciones de rigor científico	32
CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. Presentación y análisis de los resultados	34
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS Y APÉNDICES	78

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	34
Tabla 2. Perfil económico de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	38
Tabla 3. Perfil de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	40
Tabla 4. Perfil sociodemográfico de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	44
Tabla 5. Tabla 5. Perfil económico de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	48
Tabla 6. Perfil de salud de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	50
Tabla 7. Perfil sociodemográfico de las mujeres con parto institucional y las mujeres con parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	55
Tabla 8. Perfil económico de las mujeres con parto institucional y las mujeres con parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	57
Tabla 9. Perfil de salud de las mujeres con parto institucional y las mujeres con parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.	59

LISTA DE ABREVIACIONES

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

MINSA: Ministerio de Salud

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

SIS Seguro Integral de Salud

RESUMEN

La presente investigación tuvo el objetivo de: comparar y analizar el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario y las mujeres con parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota. Fue de tipo descriptivo – retrospectivo y comparativo. La población estuvo constituida por 165 historias clínicas y la técnica usada para recopilar la información fue el análisis documental. Como resultado de la comparación del perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres con parto domiciliario y de las mujeres con parto institucional, se concluye que: 23,7% de las madres de 15 a 19 años tuvieron parto institucional y 52,9% de 35 años a más parto domiciliario: 82,4% tienen procedencia rural de los partos atendidos en domicilio; 58,8% alcanzaron primaria y tuvieron parto en domicilio. Las mujeres casadas y convivientes optaron por parto institucional (19,4% y 77,7%). Casi todas las madres son amas de casa. Las primíparas tienen mayor preferencia por parto institucional y las gran multíparas por el parto domiciliario (35,3%). Aquellas con parto domiciliario no tuvieron ningún CPN (11,8%), y con parto institucional tuvieron de 6 a más CPN. Para el parto institucional las mujeres asumieron posición ginecológica y para el parto domiciliario la posición vertical. Casi todas las mujeres de ambos grupos cuentan con el SIS.

Palabras clave: Parto, institucional, domiciliario, perfil sociodemográfico.

ABSTRACT

The present research had the objective of: comparing and analyzing the sociodemographic, economic and health profile of women who had home births and women with institutional births in 2019. Lajas Health Center, Chota. The study was descriptive - retrospective and comparative. The population consisted of 165 medical records and the technique used to collect the information was documentary analysis. As a result of the comparison of the socio-demographic, economic and health profile of women with home births and women with institutional births, it was concluded that: 23.7% of the mothers aged 15 to 19 years had institutional births and 52.9% aged 35 years and older had home births: 82.4% of the home births were from rural areas; 58.8% had primary school education and had home births. Married and cohabiting women opted for institutional delivery (19.4% and 77.7%). Almost all mothers are housewives. Primiparous women had a greater preference for institutional delivery and large multiparous women for home delivery (35.3%). Those with home birth had no NPC (11.8%), and those with institutional delivery had 6 or more NPC. For institutional delivery the women assumed the gynecological position and for home delivery the upright position. Almost all the women in both groups had SIS.

Key words: Childbirth, institutional, home delivery, sociodemographic profile.

INTRODUCCIÓN

El lugar y tipo de atención del parto son importantes para asegurar la salud de la madre y niña o niño por nacer, asimismo, para determinar el acceso de la población a un servicio de atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación. El parto institucional, es aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra y/o enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido en comparación con un parto domiciliario. Entre el año 2018, la atención de parto por un médico fue de 67,1%, la atención de parto por una obstetra alcanzó 69,2%, de otro lado la atención por comadrona/partera empírica, fue de 3,2% (1).

La investigación titulada Perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres con parto domiciliario e institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota, surge de la experiencia de la investigadora como profesional de obstetricia a través de su trabajo diario con gestantes y puérperas de la zona urbana y rural del Distrito de Lajas. La salud materna al ser prioridad para el Ministerio de Salud en sus disposiciones promueve a través de diferentes iniciativas del personal de salud la sensibilización de las gestantes para elegir por un parto institucional, sin embargo, todavía existen mujeres que optan por un parto domiciliario a pesar de los riesgos y complicaciones. El Objetivo del estudio fue: comparar y analizar el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario y las mujeres con parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.

Los resultados indican que: 23,7% de las madres de 15 a 19 años tuvieron parto institucional y 52,9% de 35 años a más parto domiciliario, 82,4% tienen procedencia rural de los partos atendidos en domicilio; 58,8% alcanzaron primaria y tuvieron parto en domicilio. Las mujeres casadas y convivientes optaron por parto institucional (19,4% y 77,7%). Las primíparas mayor preferencia por parto institucional y las gran multíparas por el domiciliario (35,3%). Aquellas con parto domiciliario no tuvieron ningún CPN (11,8%), y con parto institucional tuvieron de 6 a más CPN. Para el parto institucional las mujeres asumieron posición ginecológica y para el parto domiciliario la posición vertical.

El informe tiene cinco capítulos:

- **En el capítulo I**, se describe el problema de investigación, la formulación del problema del estudio, los objetivos y la justificación de la investigación.
- **En el capítulo II**, se presenta el marco teórico: el marco legal, antecedentes de la investigación, marco doctrinal y el marco conceptual.
- **En el capítulo III**, se abordan las variables de investigación.
- **En el capítulo IV**, se muestra el marco metodológico de la investigación: escenario de estudio, tipo, y diseño de investigación, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimiento de recopilación de datos, técnicas de procedimiento, análisis de datos y consideraciones de rigor científico.
- **El capítulo V**, se muestra los resultados de la investigación, donde se realiza la presentación de tablas, la interpretación análisis y discusión de resultados. Finalmente se dan a conocer las conclusiones y sugerencias.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Delimitación y definición del problema de investigación

A nivel internacional, se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio (1).

De acuerdo con Espinola M. (2019), la salud materna resulta de la interacción variada de múltiples condiciones no solo de tipo biológico sino también de acceso a los servicios de salud, factores sociales, económicos y educativos que contribuyen a la aparición de complicaciones que podrían ser evitadas. Las desigualdades sociales están relacionadas con la salud, a medida que descende el nivel socioeconómico los indicadores de salud muestran peores resultados en la mortalidad, la utilización de servicios preventivos, y el acceso a servicios sanitarios (2).

El Ministerio de Salud (MINSa) (2013) señala que el parto es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, además de los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). De otro lado afirma que el parto puede ser institucional cuando ocurre en el establecimiento de salud o domiciliario que ocurre dentro de una vivienda atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud familiares u otros (3).

En los últimos años el porcentaje de parto institucional ha ido en aumento entre otros motivos gracias a la sensibilización de las madres sobre las ventajas del control prenatal, el parto atendido por profesionales y en condiciones de salubridad adecuadas, otro motivo puede ser el condicionamiento de algunos programas sociales (Programa Juntos), para que las beneficiarias cumplan con sus controles prenatales, parto en un

establecimiento de salud, controles de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones a sus hijos, etc.

En el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el primer semestre 2018, la proporción de partos institucionales fue de 93,1%. Por área de residencia, el área urbana presenta el mayor porcentaje (97,8%). En comparación con el año 2017, el área rural disminuyó de 79,1% a 78,6%. Según el INEI el Parto institucional es aquel atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetrix y/o enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con un parto domiciliario (1).

El año 2019, el INEI informó que, en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el primer semestre 2019, el porcentaje de partos institucionales fue de 92,1%. Según área de residencia, el área urbana presenta el mayor porcentaje (96,0%). Según región natural, el porcentaje de partos institucionales fue mayor en la Costa (95,0%) que en las regiones de la Sierra (91,2%) y Selva (83,5%) (4).

La mortalidad materna está íntimamente relacionada con el parto, el MINSA refiere que la mortalidad materna (MM) es un problema de salud pública de atención prioritaria, con importantes consecuencias en la familia, comunidad y sociedad, y que finalmente se refleja en el desarrollo del país. Como indicador de desarrollo nos permite visualizar la desigualdad social, educativa y laboral, la inequidad de género y la capacidad de respuesta del sistema de salud (5). Hasta la semana epidemiológica (SE) 22 - 2019, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 154 muertes maternas directas e indirectas con un incremento de 7,7 % en relación al mismo período del año 2018. Se incluyen 3 muertes maternas tardías notificadas por Loreto.

Respecto al parto domiciliario Rojas F, cita a Fertilab quien señala que el parto domiciliario es una de las experiencias más hermosas que una familia puede experimentar. La mujer está en su medio en donde todo es conocido. Si ha habido un buen control prenatal, el embarazo es de bajo riesgo; y si hay un

genuino deseo que el parto sea en casa, se lo atiende teniendo en cuenta que los proveedores de salud tengan experiencia en partos domiciliarios; así mismo se dispone de un plan de traslado eficaz en caso de complicaciones (6). Sin embargo, debemos considerar que muchas veces el domicilio de la mujer no tiene las condiciones mínimas necesarias para realizar un parto, más aún si se presenta alguna complicación y el personal de salud o partera no puede actuar con rapidez, poniendo en peligro la vida de la mujer y recién nacido.

El Centro de Salud Lajas, es de nivel de atención I – 3 atiende únicamente partos inminentes, Según el MINSA, es aquel parto de una gestante que llega al establecimiento de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP) en fase activa de trabajo de parto (dilatación igual o > de 4cm) y que su centro de referencia está más de 3 horas (7). En el año 2019 se atendieron 04 partos, ya que el establecimiento no tiene capacidad resolutive para atender a las pacientes, el personal de salud refiere a las gestantes al hospital José soto Cadenillas para su parto y puerperio inmediato, sin embargo, las historias clínicas se encuentran el Centro de Salud de Lajas. Este establecimiento cuenta con personal profesional y no profesional, los partos inminentes son atendidos por la obstetra en su mayoría, pero la enfermera también suele atender partos no complicados.

A través del contacto con las mujeres que tuvieron parto domiciliario durante el seguimiento que el personal hace a la puérpera en su domicilio, se ha encontrado que la madre y la familia tiene costumbres y creencias relacionadas al parto muy arraigadas, aunque los partos en casa son escasos implican siempre un gran riesgo para la madre y requiere un seguimiento continuo por parte del personal de salud.

El trabajo de salud previo con la gestante es crucial para sensibilizar a la usuaria para que acuda al establecimiento para la atención de su parto; el trato humano y la atención de calidad son el eje de la atención a la gestante, por ese motivo el MINSA ha diseñado y normado una serie de directivas e iniciativas de atención de parto para mayor comodidad de la mujer, casas de espera materna, la presencia de la pareja durante el alumbramiento, son

estrategias útiles y válidas en la atención del parto y así disminuir el riesgo de complicaciones y muerte de la madre y el recién nacido.

Debemos reconocer que el parto es un proceso natural que afecta profundamente a la mujer y su familia. La confianza y la habilidad de la mujer para parir puede ser estimulada o disminuida por el personal que la atiende y el lugar donde ocurre el parto, la educación fortalece a las mujeres para que tomen decisiones informadas y responsabilicen de su salud y la de su hijo. Algunos establecimientos de Salud han realizado un esfuerzo al instalar habitaciones que recuerdan un ambiente hogareño, lo que se ha traducido un incremento de la satisfacción en la atención de salud de las mujeres.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la mortalidad materna y otras complicaciones. Y aunque la tasa de parto institucional ha aumentado en los últimos años aún podemos encontrar mujeres que eligen su domicilio para traer a su hijo al mundo, por tanto, como personal de salud se busca estudiar y encontrar las diferencias sociales, demográficas, económicas y culturales entre las mujeres que eligen uno u otro lugar de parto.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la diferencia entre el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario y el de las mujeres con parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas. Chota?

1.3. Justificación del estudio

Los hallazgos benefician a las madres participantes del estudio, así como a las futuras gestantes ya que, al realizar la comparación entre los datos estadísticos referentes a cada grupo, el seguimiento a través de visitas domiciliarias u otras actividades extramurales que realiza el personal de salud contribuirán a mejorar la salud de la embarazada para en el futuro tener un hijo normal y disminuir las complicaciones en el parto y puerperio.

Los resultados del estudio beneficiarán al personal de salud, ya que la información obtenida al ser real y objetiva permitirá diferenciar y comparar el perfil de las mujeres; así como el análisis y el planteamiento de metas en la atención a este grupo, que podrán ser revisadas desde diferentes visiones para llegar a la madre que aún se resiste al parto institucional con iniciativas informativas y de sensibilización eficaces.

El aporte científico del estudio radica en el proceso de generalización de resultados a otros contextos con el uso del instrumento de recolección de datos ya validado así mismo, se espera que los resultados complementen otras investigaciones y amplíen la visión del equipo de salud promoviendo un trabajo interdisciplinario en la búsqueda de soluciones a mediano y corto plazo a los problemas de salud maternos e infantiles,

La importancia de la investigación se relaciona con el uso de los resultados, considerando el impacto negativo de las complicaciones durante el parto cuando la mujer no recibe la atención adecuada y el riesgo que el recién nacido enfrenta cuando nace con algún problema que requiere cuidado inmediato, por tanto, contar con información objetiva y veraz puede prevenir y/o disminuir el riesgo de muerte de la madre y su hijo cuando el alumbramiento se produce en un ambiente no apropiado.

El propósito de la investigación tiene que ver con el propósito de la investigadora de profundizar en el estudio del proceso de parto y puerperio de las mujeres que eligen el alumbramiento en un establecimiento de salud y aquellas que optan por su domicilio auxiliadas generalmente por un familiar, partera o en contados casos por un personal de salud, para así, en el futuro plantear nuevos estudios, mejorar su labor profesional y el acercamiento a las mujeres gestantes o no.

1.4.Objetivos

Objetivo General

Comparar y analizar el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario y el de las mujeres con parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.

Objetivos Específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.
2. Detallar el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.
3. Comparar el perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario y el de las mujeres con parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Andrago J., Gualán P., en la pesquisa: Índice de cobertura en la atención del parto institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el período enero 2013 a septiembre 2013, en Quito, Ecuador. Cuyo objetivo fue determinar el índice de mujeres embarazadas que acudieron a la atención del parto institucional. La investigación fue de carácter descriptivo, explicativo y retrospectivo. Las conclusiones fueron: el grupo etario de la población en estudio tuvo entre 22 a 24 años con el 19%; el 74% tenía un nivel de educación primaria, el 81% su estado civil era casada; el 54% tenía como ocupación los quehaceres domésticos, según el estrato socioeconómico el 84% correspondió al estrato D bajo, el 36% con un número mínimo, el 64% de las mujeres tuvieron entre 1 a 2 partos, del 86.28% tuvo su parto en domicilio (8.)

Gutiérrez J., en la investigación: Factores socio - culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la Parroquia Ambatillo Ato durante el período enero – junio 2014. Guatemala. El objetivo fue determinar los factores socio-culturales de las embarazadas que inciden en el parto domiciliario. Las conclusiones fueron: que el 55% de las gestantes eran analfabetas, 68% no asistió a sus controles prenatales, el 64% sus ingresos económicos eran regulares, el 59% su parto fue domiciliario (9).

López E., en una investigación realizada en Guatemala: Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional del Cantón San Luis Sibila. Municipio de Santa Lucía la Reforma, departamento de Totonicapán, México. 2014. El objetivo principal fue identificar los factores que incidieron en la baja cobertura del parto institucional. Las conclusiones fueron que el 64,29% de las participantes tenía entre 21 a 30 años, el 100% de procedencia rural, respecto al nivel académico el 52,38% no sabían leer ni escribir, en cuanto a su estado civil el 69,05% eran convivientes, la religión que predomina la evangélica con 52,38%, el 78,6% tenían de 1 a 5 hijos (10).

García B., en el estudio titulado: Factores que intervienen para la atención del parto institucional. Sanarate. Guatemala, 2014. El objetivo fue identificar y describir los factores pre definidos que inciden en la embarazada para la búsqueda de la atención del parto institucional, en el centro de atención permanente del Municipio. Entre los resultados socio demográficos, la edad del 35,71% de las embarazadas oscilaba de 20 a 25 años, el 100% tienen pareja y se dedican al hogar, el 46,43% tienen de 1 a 2 hijos, 75% tiene algún grado de primaria (11).

Aquilina R., en la investigación denominada: Caracterización de factores que influyen en la aceptación del parto domiciliar, en el Municipio de San Pedro La Laguna, Sololá, Guatemala 2017. Campus de Quetzaltenango, México. El objetivo fue caracterizar los factores que influyen en la aceptación del parto domiciliar. Los resultados fueron: las edades que prevalecieron 26-30 años con un 34%, escolaridad: primario 37% y diversificado 37%, religión: católicos 60%, estado civil: casadas el 51%, número de gestas: 31% son primíparas, el 32% secundíparas, ocupación: el 63% son amas de casa (12).

Guillén W, et al, en la tesis titulada: Factores Socioculturales y económicos asociados a la asistencia de las embarazadas de zona de difícil acceso al Hogar de Espera Materna de Microred La Palama en el período junio – agosto San Salvo, 2015; con el objetivo de identificar los factores socioculturales y económicos que contribuyen a la asistencia al Hogar de Espera Materna por parte de las embarazadas. Encontrándose los siguientes resultados. La edad de la mayoría de las embarazadas en estudio, se encontraban entre las edades de 20 a 29 años, que representó el 54%, el 37% eran primigestas, el 34% tenían de 1 a 2 hijos. De estas, el 66%, habían tenido partos institucionales (13).

Mendoza G., et. al. en el estudio: Características y prevalencia de partos domiciliarios en un distrito rural de la Sierra del Perú, Cuzco. 2015-2016, cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia y características de los partos domiciliarios. Fue un estudio observacional, de diseño de casos y controles, se incluyó 46 casos de mujeres con parto domiciliario y 1000 controles con partos institucionales. Los resultados fueron que el 8,7% de partos registrados fueron

domiciliarios, donde la edad promedio fue 25.3 años. En el análisis multivariado se encontró que no tener ningún control prenatal, tener antecedente de parto domiciliario, vivir a una distancia > de 90 minutos y tener captación tardía de la gestante, son factores de riesgo para tener un parto domiciliario (14).

Rojas N., en la investigación: Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionante socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc, Cajamarca. 2016. Las conclusiones fueron: El 50,6% de las mujeres tenía entre 18 – 24 años, el 94,8% eran ama de casa, el 87% convivientes, el 49,3% tenían grado de instrucción primaria, el 81,2% procedían de la zona rural, y el mismo porcentaje su ingreso económico fue menor a 850 soles, el 100% asistió a sus controles prenatales (15).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Perfil Sociodemográfico

Son características sociales y demográficas que presentan las madres sujetas de estudio cuyos datos se encuentran registrados en la historia clínica como la edad, grado de instrucción procedencia, estado civil, religión.

Edad. Tiempo cronológico que ha vivido una determinada persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual, su forma más común de representarse es de años. La edad de la madre es un factor de riesgo importante en el embarazo, parto y puerperio se ha identificado dos grupos atareos de riesgo, las madres adolescentes menores de 15 años y las mayores de 35 años (16).

La OMS refiere, que la edad adecuada para concebir se encuentra entre las edades de 25 – 35 años de edad, desde el punto de vista fisiológico, físico y psicológico, teniendo en cuenta que durante el embarazo la gestante tendrá que atravesar por muchos cambios (17).

Procedencia. Es el espacio geográfico, con sus propias características (sociales, culturales, económicos, etc.) donde reside habitualmente un individuo. El lugar de procedencia es un factor de mucho interés a tener en

cuenta durante el embarazo y parto, puesto que las gestantes que proceden de zonas rurales presenten mayor probabilidad de elegir parto domiciliario a diferencia de los que viven en las zonas urbanas (18).

Grado de instrucción

Es el grado más alto de educación alcanzado por la madre dentro del sistema educacional del país (19).

Influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de planificación familiar. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica porque determina la demanda de los servicios de salud (20).

Estado civil

Situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones (21).

Religión: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que la mujer con parto domiciliario reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses) (22).

Perfil Económico

Para tener una aproximación al nivel socioeconómico de la parturienta, se analizan dos variables específicas: el ingreso familiar mensual y la condición de actividad u ocupación.

Ocupación

La ocupación se refiere al tipo de trabajo que se realiza en un empleo. Se define como “un conjunto de empleos cuyas principales funciones y tareas se caracterizan por un alto grado de similitud de las mismas” (23).

Empleo, profesión u oficio al que se dedica una determinada persona, sea por conocimiento certificados o adquiridos mediante la experiencia cotidiana realizando alguna actividad, sea esta productiva o no (18).

Ingreso económico familiar

Es el ingreso mensual percibido por los miembros del hogar (es decir es la suma de los ingresos individuales de los miembros del hogar) (24).

La falta de dinero es percibida por las mujeres como un factor que determina la atención en el hogar y una barrera económica para el acceso a las instituciones de salud para la atención pre natal y del parto. Está demostrado que la pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización de los servicios de salud, así como la asociación entre el índice de riqueza y el uso de servicios de salud (25).

2.2.2. Perfil de Salud

El perfil de salud según la OMS es el resumen de datos e información relacionada con la salud, donde se describen los factores determinantes ya sea sociales, económicos, culturales e incluso políticos, que influyen en el proceso salud enfermedad de una población dada o específica (21).

Antecedentes perinatales

Edad gestacional. Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último período menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (3).

Es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo concepcional (FUM) a la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días.

La gestación dura en promedio 280 días (40 semanas), con un rango de distribución normal (sin intervenciones) entre 38 - 42 semanas (26).

Paridad. Recibe esta denominación toda mujer que ha parido un producto de la concepción mayor de 20 semanas o un peso mayor de 500 gramos.

- . Primípara: Mujer que se embaraza por primera vez.
- . Secundípara: Mujer que se embaraza por segunda vez.
- . Multípara: Mujer que se embaraza por tercera vez o más.
- . Gran Multípara: Mujer que se embaraza por sexta vez o más (27).

Control prenatal. Son actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante en el establecimiento de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño (3). Los controles prenatales son un factor primordial al momento del embarazo y parto porque mediante este se brindan información sobre la evolución del embarazo, alimentación complementaria, signos de alarma y riesgo, prevención de complicación y preparación del plan de parto y nacimiento sin riesgos. Cabe recalcar que durante el control prenatal el personal de salud tiene la responsabilidad de promocionar los beneficios del parto institucional (28).

El control pre natal se define como el número de atenciones prenatales es importante que la primera atención prenatal se realice tempranamente para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante períodos posteriores del embarazo y en el parto (29).

Complicaciones del parto

La mayoría de los partos se desarrollan y culminan sin ningún problema, las complicaciones pueden ocurrir durante cualquiera de sus etapas y requiere de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé, pueden darse algunos problemas puntuales, conocidos o imprevisibles, que tendrán solución mediante la intervención urgente de instrumentalización o cesárea.

Las complicaciones más frecuentes son: Falta de progreso o parto prolongado, sufrimiento fetal, asfixia perinatal, distocia del hombro, sangrado excesivo, posición anormal del feto, placenta previa, desproporción céfalo pélvica, ruptura uterina y parto precipitado (30).

Tipo de parto

Vaginal. Es aquel nacimiento por vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termina por vía vaginal (3).

Cesárea. Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerectomía), ante una

situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. Puede ser electiva, programada durante la atención prenatal o cesárea de emergencia, aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo a la brevedad posible (27)

Lugar de atención del parto

Es el lugar donde ocurre la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción. Puede ser institucional o domiciliario (20).

Es el sitio donde ocurrió el nacimiento. La información permite conocer el número de nacimientos ocurridos en algún establecimiento de salud, en domicilio u otro lugar como calle, cárcel, vehículo, etc (31).

Posición que asume la gestante durante el parto

Es la posición que asume la gestante durante el parto, se considera:

Parto horizontal es aquel donde la gestante se coloca en posición de litotomía en una camilla ginecológica con los miembros inferiores inmovilizados adheridos a las pierneras de la camilla, donde el útero de la gestante podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia; así mismo puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (32).

Parto vertical es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el profesional de salud se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido (33).

Seguro de salud

El acceso a los servicios de salud es una parte importante del derecho de las mujeres a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud. El contar con

seguros de salud asegura a la mujer, especialmente, que sus otros derechos humanos relacionados con su integridad no se vulneren y disfrutar de más alto nivel posible de salud física y mental.

Así mismo, se puede ver limitado por ingresos insuficientes, por la no percepción de su salud como un bien o sencillamente por cuestiones culturales (hábitos, costumbre, vergüenza, etc.) (20).

Toda persona beneficiaria del seguro, radicada en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del seguro integral de salud. Para el reconocimiento de los beneficios de un asegurado, deberá cumplir con los requisitos de afiliación, la cual deberá estar activa y vigente (34).

2.2.3. Parto

Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas) (35). El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación el cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta.

El parto según Schwarcs, R., Fescina, R., Duverges , C, del latín “partus”, se define como el proceso mediante el cual el producto de la concepción sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales; se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 20 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500g (36).

Períodos o Fases del Parto:

En todos los partos que terminan por vía vaginal se suceden tres períodos:

1. Primera etapa del parto o período de dilatación, que consta:

Fase latente: Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y los tres centímetros de dilatación.

Fase Activa: Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación.

2. Segunda etapa del parto o período de expulsivo: Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento de feto.
3. Tercera etapa del parto o período del alumbramiento: Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta (37).

Clasificación de Parto

- **Parto eutócico**

Es un parto normal, en el que no se identifican alteraciones en su transcurso: el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, su salida tendrá lugar por vía vaginal.

- **Parto distócico.** Es cuando son necesarias maniobras o intervenciones quirúrgicas. Las causas de este tipo de parto pueden deberse a problemas del propio mecanismo materno antes del parto u otras causas específicas, que se dividen en maternas y fetales (38).

2.2.4. Parto Institucional

Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea) (39).

Parto institucional puede comprender al parto horizontal o al parto vertical (40).

Según el INEI, es aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra u otro profesional capacitado), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario (41).

Atención del Parto Institucional

- **De la gestante, la familia y la comunidad:**
 - Reconocer los signos de alarma e identificar posibles complicaciones.
 - Acudir o comunicar al establecimiento el inicio de labor de parto.

- Coordinar con la comunidad su participación para el apoyo por posibles complicaciones, según sea el caso.
 - Coordinar con anticipación el transporte para un traslado oportuno y adecuado.
 - Cumplir con las indicaciones del plan de parto (39).
- **Del establecimiento de salud:**
 - Contar con la infraestructura adecuada (ambientes de sala de dilatación y sala de partos) según capacidad resolutive y nivel para la atención del parto.
 - Los establecimientos que no cuentan con casa de espera deben considerar el internamiento antes de los 4cm de dilatación considerando las siguientes variables: distancia del establecimiento a la casa, la accesibilidad geográfica, el grado de estrés de la gestante (adolescente, pródromo prologado, feto valioso, gestante no controlada) y otros factores de riesgo.
 - La atención no debe estar condicionada si la gestante porta o no el carné perinatal, DNI, resultados de análisis y otros referentes a la atención prenatal.
 - El parto debe ser atendido a partir de establecimientos de salud con categoría I-4 y en establecimientos estratégicos I-3. En establecimientos de menor capacidad resolutive se realizará sólo la atención de parto inminente.
 - El parto normal debe ser atendido por profesional de salud médico gineco-obstetra, médico cirujano u obstetra. En situaciones de parto inminente o de ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto puede ser atendido por el enfermero u otro profesional o personal de salud capacitado.

Atención del parto institucional horizontal o vertical según selección de la usuaria, consignado en el Plan de Parto. En establecimientos de

salud para atención de parto vertical con adecuación intercultural, se debe tomar como referencia la Norma Técnica vigente para tal fin.

- Asegurar un ambiente cálido, tranquilo, con luz tenue y libre de ruido o voz altisonante.
- El primer nivel de atención debe contar con el kit de medicamentos e insumos para el uso de clave roja, azul o amarilla tanto en la emergencia como en el centro obstétrico o sala de partos (39).

- **Del personal de salud:**

- Verificar el plan de parto brindando el tipo de parto que la usuaria desea.
- Brindar orientación sobre el proceso de parto y las posibles complicaciones.
- Reconocer los signos de alarma, y diagnosticar y manejar las complicaciones que se presenten en forma apropiada y oportuna.
- Coordinar las referencias en caso sea necesario a un establecimiento con mayor capacidad resolutive para resolver la complicación.
- Evitar prácticas rutinarias que no favorecen la evolución normal del trabajo de parto.
- Establecer un plan en caso de ocurrir una emergencia.
- Identificar y planificar quienes serán los donantes de sangre y cómo proceder en caso se requiera que sea necesario una transfusión.
- Facilitar la presencia de un acompañante que elija la gestante, de preferencia el esposo.
- Cumplir con los estándares de bioseguridad.
- Respetar los derechos de la gestante y su recién nacido a una atención humanizada del parto (39).

2.2.5. Parto Domiciliario

Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna (39).

Hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de parteras / comadronas. Los factores asociados serían la tradición o costumbre, habilidades de la comadrona o partera de cuidado especial, el costo, y respeto por costumbres locales (ejemplo, retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas, y elegir la posición en el parto) (42).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), considera que el parto domiciliario se da en algunas culturas donde las prácticas ancestrales tienen relación no solo con la salud de las personas si no también una armonía con el entorno que les rodea, rechazando de esta manera las instituciones de salud, como alternativa para dar luz (43).

Beneficios y riesgos del parto domiciliario

Beneficios Maternos: Menor tasa de morbilidad materna en cuanto a hemorragia posparto, infecciones y laceraciones perineales, menor tasa de intervenciones y de parto instrumentalizado, mayor tasa de satisfacción relacionada con la consideración del hogar como un entorno con más comodidad.

Beneficios neonatales: Mayor tasa de lactancia materna exclusiva.

Riesgos maternos: incremento del riesgo materno en mujeres con enfermedad previa o que surge durante la gestación.

Riesgos neonatales: puede haber incremento en la mortalidad neonatal, sobre todo en relación con distrés respiratorio y fallos en la reanimación. Mayor riesgo de encefalopatía hipóxico-isquémica y de aspiración meconial (44).

2.2.6. Marco Normativo del Sector Salud Materno Neonatal

Norma Técnica de Salud para la Atención integral de Salud Materna

Tiene como finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el período prenatal, natal y posnatal.

Se establecen normas y los procedimientos técnico- administrativos basados en evidencia científica, que permitan brindar una atención integral de calidad durante la atención institucional y calificada del parto, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad (39).

Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural

La presente norma establece lograr complementar y enriquecer el modelo de salud occidental y el tradicional. Con ello se busca rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar. La presente norma define conceptos y describe de manera ordenada los procesos de atención del parto vertical y la adecuación cultural de los servicios en los establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad.

Define el parto vertical <<...[...] aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pies, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas). Mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca por delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de la fuerza del expulsivo orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos del recién nacido [...]

La norma desarrolla las ventajas del parto vertical. Se señala que no ocasiona alteraciones en la circulación de la madre, que al encontrarse con los miembros inferiores apoyados se constituye un mejor punto de apoyo corporal, que la acción de la gravedad favorece el encaje y posición del feto. Los establecimientos de salud correspondientes a las categorías I- 4, II y II

necesitan contar con infraestructura, equipos, medicamentos y materiales adecuados, así como personal capacitado para efectuar la atención de los partos en posición vertical (45).

Casas de Espera Materna, Modelo para la implementación y Guía de implementación de Casa de Espera materna con gestión comunal

Otra estrategia diseñada por el MINSA con el objetivo de incrementar el número de partos institucionalizados y contribuir con la reducción de la mortalidad materna. Es la que consiste en implementar Casas de Espera o Alojamientos para gestantes, en todo el país y, en especial en las zonas alto andinas, amazónicas y/o con alto índice de pobreza o pobreza extrema.

Las Casas de Espera son definidas como los lugares destinados al alojamiento temporal de las mujeres gestantes, sus niños pequeños y/o algún acompañante que la gestante decida, que le faciliten el acceso al sistema de servicios de salud en las semanas previas al parto con el objetivo de asegurar un parto institucional. El propósito principal de las Casas de Espera es enfrentar las barreras de inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, articulado a la adecuación cultural, la cual ha significado una estrategia muy valiosa para disminuir las barreras culturales y aumentar en forma sostenida la incidencia del parto institucional.

Las Casas de Espera son los lugares de reposo y alojamientos de las gestantes que deciden dar a luz en algún establecimiento de salud y que viven en zonas alejadas que ponen en riesgo su seguridad en el caso que no lleguen a tiempo para la atención de su parto. También está considerado para aquellas gestantes a las que se les ha identificado alguna condición de riesgo durante la atención prenatal y que deciden alojarse con anticipación para esperar el parto y/o cesárea en el establecimiento de salud (46).

De acuerdo con la normatividad del MINSA sobre la materia, las Casas de Espera tiene como finalidad generar una movilización social multisectorial para favorecer el acceso de las gestantes a la atención institucional del parto, y contribuir con la reducción de la mortalidad materna.

Específicamente, de conformidad con los documentos técnicos del MINSA, el objetivo de la implementación de Casas de Espera es «[...] el acceso de las

gestantes para la atención del parto en los establecimientos de salud, contribuyendo de esta manera en la disminución de la mortalidad materno perinatal [...]».

Los criterios para que una gestante acceda a los servicios de la casa de espera son:

- Vivir en una zona rural de difícil acceso.
- Estar expuesta a labor de parto sin soporte social o familiar, viudo, soltero, abandonado, etc.
- Ser víctima de violencia por parte de su pareja o de cualquier otro miembro de su familia.
- Atención por personal no calificado para la atención del parto o del recién nacido en su localidad.
- Presentar alguna complicación obstétrica que requiera manejo por personal especializado. (46).

Plan de parto

Es una herramienta efectiva que busca planificar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto, para lo cual se consignan acuerdos previos de alternativas de solución ante eventualidades de momento; garantizando en caso necesario la referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive (47). Este instrumento tiene como propósito:

- Lograr que la gestante y su familia identifique los aspectos críticos que enfrenta en el momento del parto, puerperio o atención del recién nacido.
- Reconocer los signos de alarma
- Organizar las respuestas y alternativas con el apoyo del proveedor, a partir de la familia y comunidad.

Los instrumentos que se usan para este propósito son:

- Ficha de Plan de parto (proveedor)
- Mi Plan de parto (para uso de la gestante y su familia) (48).

Plan individual de Parto

La atención prenatal reenfocada tiene como uno de sus objetivos principales incrementar el parto institucional, estrategia fundamental para la disminución de la mortalidad materna.

El plan individual del parto también está dirigido a fomentar el parto institucional. Brinda información a las gestantes y sus familias sobre posibles imprevistos. La preparación para el parto propiamente dicho incluye dar información suficiente a la gestante para que ella sea la que escoja el lugar en donde va a tener su parto, el/la profesional que desea que la atienda, como resolver una contingencia en cualquier momento, averiguar la ubicación del establecimiento de salud más cercano a su domicilio, como llegar a éste en caso de una emergencia o al iniciarse el parto, en qué posición va a dar a luz y a quien prefiere como compañía al momento de dar a luz. Implica, además, obtener los fondos necesarios para los gastos relacionados con el parto y los gastos de emergencia, encontrar un medio de transporte para acudir al centro sanitario cuando ése sea el escenario previsto para el parto, e identificar donantes de sangre compatibles para casos de urgencia (40).

El Aseguramiento Universal en Salud

La necesidad de contar con un seguro de salud, no solo para aquella población que se encuentra en situación de pobreza, sino para toda la población que no cuenta con un seguro de salud.

Ante esta necesidad se crea el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (49).

Según la Ley marco del Aseguramiento universal de salud (AUS), entre los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal se encuentran el Ministerio de Salud (MINSA), como órgano rector tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y políticas

relacionadas con la promoción, implementación, y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud (50).

Seguro Integral de Salud: Plan C gestantes

Su misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones en forma de subsidio público, de conformidad con la política del sector, en busca de beneficiar a los más pobres.

El Plan C del SIS es el programa destinado a cubrir, de manera exclusiva, las atenciones derivadas del prenatal, el parto y el puerperio. Se encarga de las atenciones preventivas y recuperativas de la gestación, el parto y el puerperio, así como la atención de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, la atención del parto normal, complicado y por cesárea (51).

Categorización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud

Al respecto esta norma técnica, indica que la categorización es el proceso de determinación de los tipos de establecimientos que son necesarios para abordar las demandas de la población que se atiende. Ello permitirá consolidar redes asistenciales articuladas por niveles de complejidad; sistema de referencia y contrarreferencia.

De acuerdo con la actual categorización de los establecimientos de salud del país, la mayor parte de los establecimientos que se encuentran ubicados en zonas con alto índice de pobreza posee un bajo nivel de capacidad resolutive de la demanda de la población. Por lo que es necesario mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del país, en función de su ubicación geográfica, con el fin de asegurar el acceso de las mujeres gestantes de las zonas rurales y pobres a cuidados adecuados durante el embarazo, parto y puerperio.

Según el MINSA la categoría I – 3: Centro de Salud. Centro Médico. Centro Médico especializado o Policlínico, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, en régimen ambulatorio, mediante acciones intramurales y extramurales a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, así como las de recuperación y rehabilitación de problemas

de salud, para o cual cuenta con un mínimo de UPSS (Unidad Productora de Servicios de Salud), consulta externa y patología clínica (52).

Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materno y perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)

Las FON son las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, del parto, del puerperio y del recién nacida/o, de acuerdo con el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y el rol que cumplen en el sistema de salud local. El Ministerio de Salud consideró como eje fundamental de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y perinatal en el país, el acceso de las mujeres a un establecimiento de salud configurados dentro de una red de atención que cuenten con capacidad resolutive para enfrentar los problemas críticos como las emergencias obstétricas y neonatales.

Se establecieron 4 funciones específicas para los establecimientos de salud como son:

Función Obstétrica y Neonatal Primaria (FONP), Función Obstétrica y Neonatal Básica (FONB), Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE) y Función Obstétrica y Neonatal Intensivas (FONI) (53)

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LAS VARIABLES

3.1. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición
Perfil socio demográfico, económico y de salud de las mujeres	Son características sociales, demográficas, económicas e información relacionada con la salud que presentan las madres sujetas de estudio cuyos datos se encuentran registrados en la historia clínica que influyen en el proceso salud enfermedad de una población dada o específica (21).	Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años) (1).	- < de 15 años - 15 – 19 años - 20 – 34 años - 35 a más	Intervalo
		Procedencia	cualitativa	Lugar geográfico donde la paciente residió durante los últimos seis meses (1).	- Urbano - Rural	Nominal
		Grado de instrucción	Cualitativa	Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad (1).	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior - Superior universitaria no	Ordinal
		Estado civil	Cualitativa	Calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles” (1).	- Soltera - Casada - Conviviente - Otro	Nominal
		Religión	Cualitativa	Creencias acerca de la divinidad, sentimientos de veneración y temor hacia ella, normas morales para la	- Católica - No católica	Nominal

		Ocupación	Cualitativa	<p>conducta individual y social y prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle (1).</p> <p>Es la tarea o función que la persona desempeña en su puesto de trabajo y que puede estar relacionada o no a su profesión (nivel de educación) y por el cual recibe un ingreso de dinero o especie (1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa - Trabajadora del hogar - Profesora - Agricultora - Comerciante - Otro..... 	Nominal
		Ingreso económico familiar	Cuantitativa	<p>Ingreso económico mensual que recibe la familia de acuerdo a las diferentes actividades, tareas que estos realizan, ya sean por parte del estado o independientemente (1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menor a un sueldo mínimo vital - Más de un sueldo mínimo vital 	Ordinal
		Edad gestacional	Cuantitativa	<p>Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último período menstrual y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (40)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 37 semanas - Entre 37 y 40 semanas - Mas de 41 semanas 	Ordinal
		Paridad	Cuantitativa	<p>Es la cantidad de hijos que tiene la madre (40).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primípara - Multípara - Gran multípara 	Ordinal

		Control pre natal	Cuantitativa	Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre (39).	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - De 1 a 5 controles - Más de 6 controles 	Nominal
		Complicaciones en el parto	Cualitativa	Son problemas de salud que se producen durante el trabajo de parto (40).	<ul style="list-style-type: none"> - No - Si Cuál 	Nominal
		Tipo de parto	Cualitativa	Forma de culminación de la gestación (39).	<ul style="list-style-type: none"> - Vaginal - Cesárea 	Nominal
		Posición durante el parto	Cualitativa	Posición que adopta la mujer durante el trabajo del parto Al momento de dar a luz (40).	<ul style="list-style-type: none"> - Vertical - Horizontal 	Nominal
		Tiene seguro por el cual se atiende	Cualitativa	Asistencia sanitaria que proporciona al paciente, familia y comunidad que le permite estar protegido ante cualquier accidente o eventualidad (1)	<ul style="list-style-type: none"> - SIS - EsSalud - Ninguno 	Nominal

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de Medición
Lugar de atención del parto	Espacio físico donde acontece el parto (39)	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Institucional - Domiciliario 	Nominal

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

La presente investigación se desarrolló en el Distrito de Lajas, Provincia de Chota y Departamento de Cajamarca. El Centro de Salud Lajas, se encuentra ubicado en la zona urbana, en la parte norte del distrito de Lajas, en el Malecón Almirante Grau S/N, fue creado el 14 de abril del año 1979 se creó como Puesto de Salud y el 21 de octubre del año 1993 pasa a ser Centro de Salud. Por el norte limita con San Carlos Alto, por el sur con San José Bajo, por el este con, Lajas Altas y Ajipampa, por el oeste con la Rinconada, Centro de salud de Lajas se encuentra a 11.5 Km desde la provincia de Chota, utilizando como medio de transporte vehículos que brindan su atención. Cuenta con una población distribuida por edades de 13,119 habitantes (54).

4.2. Diseño y tipo de estudio

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, porque las variables son susceptibles de cuantificación, tiene un diseño no experimental ya que no se busca manipular de forma intencional las variables para ver su efecto sobre otras, observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para luego analizarlos (55).

Esta investigación es de tipo descriptivo ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, en este caso el perfil social, demográfico, económico, de salud y el tipo de parto elegido por las mujeres que son atendidas en el Centro de Salud de Lajas. Se describirá como se presenta cada una de las variables en la realidad y es transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento.

Es retrospectivo, según Canales, F., estos estudios son aquellos donde el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado (56). En el presente estudio, la investigadora recopiló los datos referentes a las variables durante el año 2019 (enero a diciembre).

Es Comparativo, según Díaz de León, el objetivo fundamental de este método consiste en la generalización empírica y la verificación de hipótesis. Entre las ventajas se cuentan el comprender cosas desconocidas a partir de las conocidas, la posibilidad de explicarlas e interpretarlas, perfilar nuevos conocimientos, destacar lo peculiar de fenómenos conocidos, sistematizar la información distinguiendo las diferencias con fenómenos o casos similares (57).

4.3. Población de estudio

El total de historias clínicas de mujeres que tuvieron parto domiciliario e institucional y hayan realizado sus controles prenatales en el Centro de Salud de Lajas entre enero y diciembre del 2019. Los datos están consignados en el sistema de vigilancia de la gestante y puérpera. (SIVIGYIP).

La población estuvo constituida por 156 historias clínicas según el registro HIS del año 2019: (54).

- Historias clínicas de atención de parto en domicilio: 17
- Historias clínicas de atención de parto institucional: 139

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de mujeres cuyos controles prenatales fueron en el Centro de Salud Lajas, y tuvieron parto domiciliario o institucional (Hospital José Soto Cadenillas) entre enero y diciembre del 2019,
- Historias clínicas con datos completos y legibles

4.4. Unidad de análisis

Cada historia clínica de las mujeres con parto domiciliario o institucional y hayan recibido sus controles prenatales en el Centro de Salud de Lajas entre enero y diciembre del 2019.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

La técnica elegida para la recolección fue el análisis documental, al respecto Tamayo, C. señala que una diferencia entre ésta y las otras técnicas de recolección de datos, es que el análisis documental recolecta datos de fuentes secundarias como libros, informes, y otros documentos objetivos que cumplan con los criterios de

inclusión planteados en los objetivos del estudio que se utilizan como fuentes para recolectar datos sobre las variables de interés. El instrumento que se acostumbra utilizar es la ficha de registro de datos (58).

En este caso, la investigadora recogió los datos concernientes a las variables en estudio (Perfil sociodemográfico, económico y de salud) de las historias clínicas de las mujeres con parto domiciliario e institucional, estos documentos se encuentran en el archivo del Centro de Salud Lajas, para lo cual se construyó una ficha de recolección de datos de la historia clínica de la gestante para los fines pertinentes (Anexo 1)

La ficha de recolección, tiene 16 preguntas distribuidas en cuatro partes.

La primera parte incluye datos de identificación de la gestante: número de historia clínica, dirección.

En la segunda parte se consignan cuestionamientos sobre el perfil sociodemográfico: como edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil y religión.

La tercera parte incluye el perfil económico: ocupación e ingreso económico familiar.

Finalmente, la cuarta parte el perfil de salud: edad gestacional, paridad, control prenatal, complicaciones en el parto, tipo de parto, lugar de atención del parto, posición que dio a luz, tipo de seguro por el cual se atiende, complicaciones del parto (antecedentes de partos anteriores).

4.6. Prueba piloto

Para conocer si la ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora recoge la información según el objetivo de estudio se recopilaron los datos de 15 historias clínicas de gestantes que acudieron a su control prenatal al Centro de Salud Patrona de Chota en febrero del 2021. No se presentaron problemas en la recolección de datos.

Se eligió evaluar la validez de contenido teniendo en cuenta a Hernández, R. quien refiere que un instrumento de medición requiere tener representados a todos o la mayoría de los componentes de las variables que se van a medir en el estudio (55), situación que se ha verificado luego de la aplicación de la prueba piloto.

4.7. Proceso de recolección de información

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta:

- Solicitar autorización al médico jefe del Centro de Salud de Lajas, para acceder a las historias clínicas.
- Luego de que la historia clínica fue seleccionada, y cumplía con los criterios de inclusión, se llenaron los datos en la ficha de registro.
- Después de la recopilación de datos, estos fueron revisados y se verificó la calidad de la información.

4.8. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Luego de la revisión de los instrumentos, en una base de datos en una hoja de cálculo Excel serán registrados, luego digitados; finalmente la base de datos minuciosamente revisada fue exportada al software estadístico SPSS Statistics V.25 para su procesamiento.

El análisis de los datos en un primer momento se centró en obtener un conocimiento detallado de cada una de las variables del estudio. Entre las técnicas más utilizadas, para el análisis univariado, se tuvo a la distribución de frecuencias, que es una tabla donde se exhiben las distintas categorías que componen las variables. Para el análisis bivariado, se usaron tablas cruzadas o de doble entrada.

4.9. Consideraciones de rigor científico

❖ Confiabilidad

Para alcanzar este criterio se revisó el instrumento para verificar si los datos recolectados son coherentes con los objetivos del estudio. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales.

❖ Validez

Para lograr la validez se observa la variable y se plantean las preguntas o indicadores sobre esa variable. En términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir (55).

En el estudio se verificó la validez de contenido del instrumento de recolección de información a través de la prueba piloto realizado en el Centro de Salud Patrona de Chota.

❖ **Objetividad**

Es el grado en que los resultados del estudio son o no permeables a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador que administra el proyecto, califica e interpreta los hallazgos y conclusiones (55).

Este criterio se verificó a través de la interpretación y análisis de los resultados a la luz de las teorías y antecedentes presentados en el marco teórico.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación y análisis de los resultados

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas, Chota.

Características		
Sociodemográficas	n	%
Edad		
Menos de 15 años	1	5,9
De 15 – 19 años	0	0,0
De 20 – 34 años	7	41,2
De 35 a más	9	52,9
Procedencia		
Urbano	3	17,6
Rural	14	82,4
Grado de instrucción		
Analfabeta	1	5,9
Primaria	10	58,8
Secundaria	6	35,3
Superior	0	0,0
Superior no universitaria	0	0,0
Estado civil		
Soltera	3	17,6
Casada	3	17,6
Conviviente	11	64,7
Religión		
Católica	16	94,1
No católica	1	5,9
Total	17	100,0

En la primera tabla, los datos más resaltantes revelan que entre las mujeres que eligieron el parto domiciliario el 52,9% tienen 35 años más, y 5,9% menos de 15 años. La gran mayoría (82,4%) procede de la zona rural. Acerca del grado de instrucción 58,8% tienen primaria. De otro lado, existen porcentajes iguales entre las mujeres solteras y casadas con 17,6%, y finalmente 94,1% son católicas.

Los resultados disienten de los hallazgos de Gutiérrez J. que concluyó el 55% de las gestantes eran analfabetas (9). También con Aquilina, R. que encontró entre sus resultados que las edades que prevalecieron fueron entre 26 a 30 años con 34%, el 37% alcanzó primaria, pero son similares en lo referente a religión donde el 60% son católicas (12).

El parto domiciliario es aquel que ocurre dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna (39).

La gran mayoría de las participantes tiene más de 35 años; el aumento paulatino de la edad de las mujeres para iniciar un embarazo se relaciona con procesos sociales como bajo grado de instrucción, procedencia o estado civil; es así que la mujer gestante mayor de 35 años usualmente tiene otros hijos, depende económicamente de su pareja que puede exigirle más descendencia para afianzar su papel de varón frente a la comunidad, e incluso existen factores culturales que no le permiten a la mujer acudir a un establecimiento de salud a solicitar algún método de planificación familiar. De otro lado, las gestantes adolescentes no acuden a un establecimiento de salud para su control prenatal ni para el parto ya sea por temor o vergüenza, muchas veces la gestación se mantiene oculta por la familia, cuando el embarazo es producto de una agresión sexual, el padre es mayor de edad o tiene otra familia, se acude entonces a una partera para atender el alumbramiento exponiendo a la joven madre a complicaciones graves o incluso la muerte.

Cuestión aparte son las complicaciones que un embarazo a esta edad puede traer según Barrero, A. la gestación a partir de los 35 años de edad se considera gestaciones tardías, que se asocia con los antecedentes patológicos de la mujer que se incrementan con la edad y a la asociación con enfermedades dependientes del embarazo. Entre las complicaciones están la hipertensión arterial crónica, la hipertensión gestacional, la pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, el parto pre término y el aborto (59).

De otro lado, la procedencia rural de las mujeres que eligieron parto domiciliario tiene una fuerte connotación cultural, aunque el aumento del parto institucional es evidente aún existen gestantes que prefieren dar a luz en su domicilio; teniendo en cuenta el escenario de estudio se puede inferir que persisten creencias y costumbres sobre el parto es aquí cuando es requerida la partera para atender el parto. Actualmente se puede encontrar parteras capacitadas por el personal de salud, estas mujeres tienen mucho arraigo en las comunidades y aunque no reciben dinero por su labor, la familia regala productos como papas, maíz y animales menores como gallinas o cuyes en reciprocidad por su apoyo en el parto de la mujer. Al respecto Ordinola, C, afirma que, en el área rural, la partera es una proveedora independiente de cuidados primordiales y primarios a las madres en sus hogares durante el embarazo, parto y puerperio. Así es reconocida por su comunidad y su jurisdicción. Trabaja en comunidades aisladas en los países en desarrollo y en ocasiones ejerce en países desarrollados (60).

El grado de instrucción de las mujeres es mayormente primaria o secundaria, al parecer el hecho que la gestante provenga de la zona rural y tenga bajo grado de instrucción promueve que opte por el parto domiciliario, según INEI, en el Perú, la mayoría de los promedios nacionales muestra que la situación educativa de las mujeres ha igualado o superado a la masculina. Persisten en el país obstáculos que impiden la realización plena del derecho humano a la educación para las mujeres, que va mucho más allá del acceso, como el trabajo infantil (trabajo en el hogar), matrimonios tempranos, embarazos precoces, la pobreza, entre otras causas (61).

Los resultados muestran que aún existe analfabetismo femenino, que se presenta como principal limitante para el acceso a la atención en salud para la gestante de cualquier edad o procedencia; el analfabetismo puede limitar el entendimiento y comprensión de las usuarias sobre el cuidado gestacional y del recién nacido, además restringe su crecimiento y desarrollo personal.

Sobre el estado civil, la convivencia es mayoritaria en las mujeres, el matrimonio civil en la zona no es necesario cuando a unión de pareja se refiere; posiblemente las mujeres al ser menores de 34 años en gran parte de la muestra aún no han legalizado su unión; en este sentido el INEI informa que, según su estado civil o conyugal, el 32,8 % de las madres de 15 y más años de edad son convivientes, 32,4 % casadas, 18,5 % separadas, 10% viudas, 5,3 % solteras y el 1,0 % divorciadas (62).

Es común encontrar en la zona hogares monoparentales donde la mujer es cabeza de familia y debe proteger sola social y económicamente a uno o varios hijos, en este caso por motivos de trabajo o de tiempo la mujer opta por no acudir al establecimiento de salud a sus controles prenatales o atiende su parto en domicilio auxiliada por un familiar o partera, ser madre soltera implica un estigma social en esta zona del Perú, las mujeres usualmente no cuentan con el apoyo familiar o del padre del niño.

La religión católica es muy importante en la zona, son conocidas las festividades que se desarrollan en Chota y Lajas, en estos lugares es escasa la presencia de otras religiones como los adventistas, mormones o nazarenos. Al parecer la religión católica y sus creencias se han pasado de generación en generación, esto se demuestra por el respeto a las tradiciones y las fiestas religiosas. De otro lado, las mujeres pueden tener una fe y una convicción tan férrea que asumen recibir la protección de Dios, y prefieren tener a su hijo en domicilio.

Tabla 2. Perfil económico de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas.

Características		
Económicas	n	%
Ocupación		
Ama de casa	17	100,0
Trabajadora del hogar	0	0,0
Profesora	0	0,0
Agricultora	0	0,0
Comerciante	0	0,0
Ingreso económico familiar		
Menos de un sueldo mínimo vital	17	100,0
Mayor de un sueldo mínimo vital	0	0,0
Total	17	100,0

El perfil económico de las mujeres con parto domiciliario muestra que 100% son amas de casa, y 100% tiene un ingreso mensual menor a un sueldo mínimo, es decir, menos de 930 nuevos soles.

Las mujeres se dedican en su totalidad a labores de la casa que implica preparar los alimentos, hacer labores de limpieza, cuidar de los hijos, ayudarles con sus tareas del colegio. etc. Esta labor no es remunerada y continua durante toda su vida en algún momento se ocupan de sus hijos y esposo y luego de los nietos. Al respecto IPSOS en el año 2018, informó que existen 8 millones de mujeres que se ocupan solamente como amas de casa en la zona urbana a nivel nacional, 48% se dedica exclusivamente al cuidado del hogar, 52% trabaja eventual o permanentemente (63).

Considerándose, también el grado de instrucción de las mujeres que alcanzó primaria y algún grado de secundaria (Tabla1), esta puede ser la razón que ella no acceda a un trabajo fuera del hogar; de otro lado existe la presencia del machismo y el papel preponderante del hombre sobre la pareja y los hijos, posiblemente sea la pareja quien no permita que la mujer trabaje y prefiera que cuide a los hijos pequeños y al hogar.

El ingreso económico mensual que las mujeres informaron y consta en su historia clínica usualmente se compone del dinero que la pareja puede obtener producto de diversas actividades como obreros de construcción, mototaxistas, recolectores de café o caña de azúcar, etc. Las mujeres tienen el beneficio económico que brinda el Programa Juntos, además algunas lavan ropa, bordan, o venden los domingos en el mercado de la zona algunos productos agrícolas o animales menores.

En este sentido el INEI, en el año 2019, informa que el indicador de mujeres sin ingresos propios, refleja las barreras que enfrentan para acceder a ingresos mediante actividades remuneradas en el mercado laboral, así como a la propiedad o al crédito, entre otros. Al año 2018, el 29,2% de las mujeres de 14 y más años de edad no tienen ingresos propios. La brecha más significativa se presenta en las mujeres del área rural donde el 41,2% de ellas no tienen ingresos propios. En Cajamarca el 37,3% de mujeres no tienen ingresos propios (61).

La gestante puede acceder fácilmente a controles prenatales, y atención de parto en un establecimiento de salud ya que cuenta con SIS, es posible entonces, que la madre prefiera dar a luz en su casa por cuestiones culturales y preferencias personales.

Tabla 3. Perfil de salud de las mujeres que tuvieron parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas

Características de salud	n	%
Edad gestacional		
Menos de 37 semanas	1	5,9
Entre 37 y 41 semanas	16	94,1
Más de 41 semanas	0	0,0
Paridad		
Primípara	2	11,8
Múltipara	9	52,9
Gran múltipara	6	35,3
Control pre natal		
Ninguno	2	11,8
De 1 a 5 controles	12	70,6
De 6 a más controles	3	17,6
Complicaciones en el parto		
Si	0	0,0
No	17	100,0
Posición que dio a luz		
Vertical	17	100,0
Horizontal	0	0,0
Seguro por el cual se atiende		
SIS	17	100,0
Ninguno	0	0,0
Essalud	0	0,0
Total	17	100,0

Como datos notables en el perfil de salud en la tabla 3: 94,1% de las mujeres tuvieron su parto entre las 37 y 41 semanas de gestación; 52,9% eran múltiparas y 11,8% primíparas, en cuanto al control prenatal solo el 17,6% tienen controles completos, 70,6% de 1 a 5 controles y 11,8% no recibieron ningún control durante su gestación. Por otra parte 100% de las mujeres tuvieron su parto en posición vertical; finalmente el 100% cuentan con Seguro Integral de Salud.

Los hallazgos del estudio difieren de Gutiérrez J, que concluye: 68% no asistió a sus controles pre natales (8). Así como, con el estudio de Aquilina, R., entre sus resultados encontró que 31% son primíparas, el 32% secundíparas (12).

La edad gestacional y el momento del parto, son importantes en razón de la madurez especialmente respiratoria del producto, Según el MINSA la edad gestacional es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo, se expresa en días o semanas completas (39).

Las mujeres multíparas tuvieron su parto en domicilio, posiblemente porque lo habían hecho antes y no tuvieron complicaciones, además, como se sabe la edad de la mujer mayormente es más de 35 años, se puede inferir que son madres con partos previos. En este sentido Martínez, H, cita a Carbajal J. (2017), que refiere que paridad se considera como al total de gestaciones que ha tenido una mujer, contando también los abortos, sean estos espontáneos o inducidos y multiparidad se designa a aquellas madres que han presentado más de una gestación y parto (64).

Las gestantes primíparas suelen ser jóvenes y asisten a sus controles prenatales con más regularidad que las madres de más edad, sin embargo, también existen casos aislados cuando el embarazo es producto de violencia o seducción cuando la mujer es muy joven. También se ha encontrado un porcentaje importante de mujeres gran multíparas, es decir, con más de cinco embarazos, al respecto Plasencia N. señala que estas mujeres tienen mucho más riesgo de presentar hemorragia postparto y mortalidad materna, como consecuencia de alteraciones graves de la presión arterial, y diabetes mellitus además el producto tiene un riesgo elevado de nacer con malformaciones o problemas de crecimiento (65).

La presencia de mujeres multíparas y gran multíparas, puede asociarse con el papel de la mujer como ama de casa y madre de familia, la presencia de muchos hijos afianza su papel de cuidadora, otro factor puede ser la exigencia de la pareja por tener más hijos, factores religiosos que no le permiten usar algún método de planificación familiar, e incluso las mujeres pueden embarazarse muchas veces para continuar recibiendo el beneficio de un programa social.

En referencia al control prenatal, un alto porcentaje de mujeres tiene más de un control pre natal, actualmente el MINSA, plantea la Atención Prenatal Reenfocada que consiste en vigilar, evaluar y prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones

que puedan condicionar mortalidad materna perinatal, para lograr un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social en el marco de los derechos humanos con enfoque de género e interculturalidad (20). Se debe reconocer el papel del personal de salud en cuanto al seguimiento de las gestantes en sus domicilios cuando éstas no acuden a su cita programada y posiblemente esta sea una razón de la alta cobertura de gestantes controladas en el establecimiento de salud. De otro lado aquellas mujeres sin control prenatal, usualmente viven en zonas muy distantes o en casos extremos esconden el embarazo por razones desconocidas.

Existen gestantes sin control prenatal, usualmente son madres jóvenes que buscan ocultar su embarazo, desconfían del personal de salud, o por mala experiencia durante la atención prenatal en un parto anterior; es innegable que la presencia de programas sociales ha intervenido en el aumento de las coberturas de atención prenatal sin embargo, como se observa existen usuarias que se resisten al CPN o parto institucional, es un problema multifactorial poco común pero presente aun en las comunidades cercanas al establecimiento de salud.

Para Margarita M. et. al., el parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, no obstante, su vivencia cambia de acuerdo a la cultura y sociedad, así como en las creencias y prácticas que tienen sobre este proceso (66). El parto vertical es frecuente en la zona rural y quien atiende a la mujer es la partera, la gestante opta por esta posición por ser más natural y rápida, generalmente la pareja está a su lado sosteniéndola dándole apoyo y seguridad; este puede ser un factor determinante para que la gestante elija el parto en casa porque en el establecimiento de salud obligarán a la mujer a optar la posición ginecológica, no permitirán que su pareja o algún familiar esté junto a ellas y estarán expuestas a personas y a un ambiente desconocido.

En el parto domiciliario se puede considerar como factor de riesgo para el bienestar materno y neonatal, la posición frecuente y más cómoda para las gestantes es la vertical, es la posición en la que la paciente se coloca en diferentes puntos, arrodillada, sentada o de pie. Se ha mencionado que el parto vertical proporciona mejores condiciones a las parturientas, tasas más bajas de necesidad de cesárea,

episiotomía, así mismo la evidencia menciona que el parto en posición vertical trae mayores beneficios pues sigue una postura fisiológica, también acorta el segundo período de trabajo de parto (67).

No se han reportado complicaciones en el parto, sin embargo, no significa que no se presentaron, fueron fáciles de manejar y fueron resueltas por la partera en su momento. De otro lado, cuando son graves y el recién nacido fallece en el parto no son informadas, y cuando es la madre quien presenta la complicación son evacuadas inmediatamente al hospital de la zona.

En cuanto, al acceso al SIS, según El Peruano en diciembre del 2013, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1164, que incorporó al SIS Gratuito a las mujeres en período de gestación. El seguro cubre integralmente todas las prestaciones que requiere una futura madre, es decir, controles, medicinas, procedimientos médicos, el parto o cesárea, posibles complicaciones al momento de dar a luz (68). Las gestantes conocen sobre los beneficios que ofrece el SIS, sin embargo, optan por parto domiciliario, posiblemente, por razones culturales y familiares; se ha encontrado que la escasa calidez en la atención de salud es un factor de alejamiento o temor de las gestantes que no acuden a ser atendidas por un profesional porque usualmente les piden quitarse la ropa para ser examinadas, el personal es varón, deben soportar en varias ocasiones el tacto vaginal, no permiten el ingreso de la pareja o algún familiar y deben recibir a su hijo en una posición incómoda.

Tabla 4. Perfil sociodemográfico de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas.

Características sociodemográficas	n	%
Edad		
Menos de 15 años	0	0,0
De 15 – 19 años	33	23,7
De 20 – 34 años	52	37,4
De 35 a más años	54	38,8
Procedencia		
Urbano	33	23,7
Rural	106	76,3
Grado de instrucción		
Analfabeta	6	4,3
Primaria	50	36,0
Secundaria	65	46,8
Superior	2	1,4
Superior no universitaria	16	11,5
Estado civil		
Soltera	4	2,9
Casada	27	19,4
Conviviente	108	77,7
Otro	0	0,0
Religión		
Católica	124	89,2
No católica	15	10,8
Total	139	100,0

En el perfil de las mujeres con parto institucional realizado en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, no existe una diferencia notable entre aquellas mujeres entre 20 a 34 años (37,4%) y 35 años a más (38,8 %). El 76,3% proceden de la zona rural; la mayor proporción tiene secundaria con 46,8% y 4,3% son analfabetas; en lo que se refiere a estado civil 77,7% son convivientes y 2,9% son solteras. Para concluir 89,2% tiene religión católica.

Estos resultados coinciden con las investigaciones de Rojas D. Uribe et al, que estudiaron a 86 mujeres gestantes de la zona rural con intención de tener un parto natural y reportaron que 23,5% era menor de 25 años, 61,2% tenía entre 25 y 34 años

y 15,3% tenía 35 o más años. El 86,6% tenía una relación de pareja estable (conviviente o casada), el nivel educacional mínimo de las usuarias fue la enseñanza secundaria completa (69). Según Vela G, menciona que del grupo mayoritario de pacientes que participaron en el estudio 52,0% tenía mayor o igual a 25 años, 76,0% de las entrevistadas eran convivientes, y 67,0% tenía educación secundaria (70).

Así mismo, coinciden con las investigaciones de Palomino A., Vidaurre, L., donde el grupo mayoritario de mujeres que participaron el 40% abarco el rango de 24 a 30 años, 89% de las entrevistadas eran convivientes, 79% tenía educación secundaria (71). Así mismo con la investigación de Cruzado, L (2016) donde 23,9% tenía secundaria completa y 22,8% tenía primaria completa, 59,4% eran convivientes; pero difiere los resultados en cuanto a la edad 65,6% pertenece al grupo etareo entre 20 y 34 años, 55% procedía de la zona urbana (72).

En lo que respecta a la edad, se observa que las gestantes que optaron por parto institucional en su mayoría tenían entre 20 y 34 años, es cuando la mujer se encuentra en la mejor condición de bienestar físico, mental y social para concebir; pero como observamos también hay mujeres que tiene de 35 a más años lo que se asocia a resultados perinatales adversos como bajo peso al nacer, preeclampsia, y sobre todo si es el primer embarazo.

La edad es una característica que permite identificar factores de riesgo; en el caso de la mujer que está gestando antes de los 20 años o embarazo adolescente implica mayor riesgo biológico; el embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento de riesgo de complicaciones en el parto que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (73).

En cuanto a la procedencia se observa que la mayoría de las mujeres gestantes de la zona rural decidieron por parto institucional, evidenciando que las gestantes a pesar de tener costumbres, creencias y practicas sobre el parto, que se sustentan en el saber popular, hacen uso de los recursos y prácticas de los servicios de salud; aunque a veces es común que reciban atención de partera y al final dan su parto en el establecimiento de salud.

Es posible que opten por el parto institucional, posiblemente porque facilita el acceso a los programas sociales del gobierno, pues un nacimiento implica realizar una serie de registros y el establecimiento de salud facilita la documentación. Según el Instituto Nacional de Estadística la evolución del parto institucional en el país se ha incrementado por área de residencia 97,4% en el área urbana y 78,8% en el área rural (74).

Cabe señalar que el parto institucional se da muchas veces en el Centro de Salud Lajas, esto sucede cuando a las gestantes se les adelanta la fecha probable del parto, o en algunos casos esperan que inicie el período de dilatación para acudir de emergencia al establecimiento de salud donde los profesionales atienden la emergencia por ser un parto inminente y ya no son referidas al establecimiento de otra categoría de atención.

De acuerdo a la normatividad vigente, el Centro de Salud de Lajas por ser de nivel I-3, según la norma de categorización no cumple con los requisitos en relación a capacidad resolutive en infraestructura, equipamiento y recursos humanos para atender parto institucional, pero ante una emergencia tiene la obligación de prestar una atención de calidad y asegurar un parto seguro.

En lo referente al grado de instrucción se observa que las gestantes que decidieron por parto institucional tanto de la zona urbana y rural la mayoría tiene secundaria y primaria. Según el INEI (2019) en el departamento de Cajamarca, la mitad de las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, tenía 7,9 años de estudios aprobados, es decir, alcanzaron a aprobar el primer año de secundaria (4).

Los resultados muestran que el lograr algún grado de instrucción es un factor activador del acceso a servicios de atención de la salud. El INEI (2019), indica que el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar (4).

En cuanto al estado civil, en la mayoría de las mujeres gestantes con parto institucional es la convivencia. La constitución política del Perú de 1979 en su artículo 9º reconoció la convivencia definiéndola como “la unión estable de un varón

y una mujer, libres de impedimento matrimonial, que forman un hogar de hecho por el tiempo y en las condiciones que señala la ley” (75). La convivencia en las mujeres gestantes puede afectar su estabilidad emocional y económica debido a que la relación de pareja puede culminar en cualquier momento, y ella quedar sola responsabilizándose de su futuro como gestante y madre.

En lo que respecta a la religión, la mayoría profesa la religión católica. En los centros poblados del distrito de Lajas es muy frecuente la celebración de fiestas religiosas en honor a una santo que representa su fe, así mismo se transmite el aspecto de la fe religiosa de generación en generación. Se puede aludir que las gestantes que optan por parto institucional y profesan la religión católica, cuando sucede alguna complicación en el transcurso del parto como la necesidad de realizar el procedimiento de transfusión sanguínea, es aceptada, lo que no sucede con otras religiones evangélicas, que no está permitido este procedimiento por sus creencias.

Según datos de INEI (2018) las mujeres de 12 a 44 años de la zona rural del distrito de Lajas la mayoría son católicas (1959), seguido de la religión evangélica (225), otras religiones (29) y no profesan ninguna religión (25) (76).

Tabla 5. Perfil económico de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas

Características económicas		
	n	%
Ocupación		
Ama de casa	136	97,8
Trabajadora del hogar	1	0,7
Profesora	2	1,4
Agricultora	0	0,0
Comerciante	0	0,0
Ingreso económico familiar		
Menos de un sueldo mínimo vital	135	97,1
Más de un sueldo mínimo vital	4	2,9
Total	139	100,0

Las características económicas de las mujeres con parto institucional revelan que: 97,8% se dedican a labores de la casa, ejercen la labor docente en Instituciones Educativas 1,4% y trabajadoras del hogar 0,7%, de otro lado 97,1% tiene como ingreso mensual menos de un sueldo mínimo vital.

Estos resultados coinciden con los estudios de Cruzado, L (2016) (72) y Ayala (2015) (77), donde 81,1% y 69,6% de las participantes eran amas de casa respectivamente.

Según datos del INEI (2018) en la región de Cajamarca, existe la tendencia que la mujer se quede en la casa para encargarse de la misma y del cuidado de los hijos (76).

Esta realidad sucede en el distrito de Lajas donde el mayor porcentaje de mujeres residen en la zona rural, cumpliendo un rol fundamental en la crianza de los hijos, como lo hicieron sus ancestros, ya que consideran que la madre es quien debe cuidar de sus hijos; así mismo se dedican a sembrar productos para la subsistencia y autoconsumo, en algunas ocasiones venden productos. Por lo tanto, en lo económico no perciben sueldo alguno.

El ingreso económico familiar aporta en mayor porcentaje el esposo, que se dedica a actividades de agricultura, ayudante de construcción, chofer, percibiendo mensualmente menos de un sueldo mínimo vital para cubrir las necesidades básicas de su familia.

Los resultados evidencian que la condición económica no es una limitante para que la gestante decida por el parto institucional, posiblemente sea beneficiaria de algún programa social y de subsidio del estado.

Tabla 6. Perfil de salud de las mujeres que tuvieron parto institucional en el año 2019. Centro de Salud Lajas

Características de salud	n	%
Edad gestacional		
Menos de 37 semanas	7	5,0
Entre 37 y 41 semanas	130	93,5
Más de 41 semanas	2	1,4
Paridad		
Primípara	49	35,3
Multípara	76	54,7
Gran multípara	14	10,1
Control pre natal		
Ninguno	1	0,7
De 1 a 5 controles	77	55,4
De 6 a más controles	61	43,9
Complicaciones en el parto		
Si	23	16,5
No	116	83,5
Tipo de parto		
Vía vaginal	119	85,6
Por cesárea	20	14,4
Posición que dio a luz		
Horizontal	139	100,0
Vertical	0	0,0
Seguro por el cual se atiende		
SIS	135	97,1
Ninguno	0	0,0
ESSALUD	4	2,9
Total	139	100,0

La presente tabla muestra el perfil de salud de gestantes que optaron por parto institucional tiene como proporciones más importantes: 93,5% tuvieron su parto cuando tenían entre 37 a 41 semanas de gestación, 54,7% son multíparas; 55,4% tuvieron de 1 a 5 controles, 16,5% tuvieron complicaciones en su parto. De otro lado 85,6% tuvieron parto vaginal y 14,4% cesárea, además el 100% tuvieron parto horizontal, y 97,1% tiene el beneficio de SIS.

Resultados que coinciden con Palomino, A., Vidaurre, L. donde el 37% de las entrevistadas son madres según digestas y el 34% multigestas. El 88,5% de las pacientes tuvieron de 6 a más controles prenatales (71).

Pero no son similares a los resultados de Cruzado, L (2016) donde el 38,3% de las gestantes fueron primíparas y 34,4% multíparas, 53,9% tuvo más de 6 atenciones prenatales y el 8,9 no las tuvo (72). Así mismo el estudio de Ayala (2015) reportó que un 46,3% eran primigestas, mientras que el 23,6% y 20,4% eran multípara. (77). De igual manera ENDES 2020, registró que el 88,4% recibieron por lo menos ≥ 6 atenciones prenatales (78).

En el estudio Rojas D, los resultados no coinciden en la característica de paridad 63,9% de las usuarias estudiadas eran primíparas y el 36,1% multíparas. Coinciden en la característica de cesárea 15,1% de los casos terminó en cesárea, 60,5% en parto vaginal natural y 24,4% en parto vaginal inducido, el 100% en presentación longitudinal (69).

En lo que respecta a la edad gestacional se observa que la mayoría de los partos institucionales han sido atendidos en las semanas que está catalogado como una edad gestacional a término, es decir el recién nacido están en condiciones óptimas, sin complicaciones, lo que aumenta su probabilidad de supervivencia, lo que indica que las gestantes asistieron a su control pre natal donde se determinó con exactitud la edad gestacional.

En cuanto a la paridad tiene la condición de multípara y primípara, la decisión de las mujeres gestantes de asistir a un establecimiento de salud con capacidad resolutive para la atención de su parto en su condición de multípara, puede generarse por la percepción de experiencias anteriores y la atención que le brindaron fue de acuerdo a sus expectativas.

Respecto al control pre natal se observa que la mayoría de gestantes la frecuencia fue de 1 a 5 y de 1 a 6 controles. El Ministerio de Salud define como gestante controlada a la gestante que ha cumplido con su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante (39).

La atención prenatal se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, la misma que permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto (4).

La mayoría de las gestantes cumplieron con asistir a su control prenatal requisito para tener un embarazo controlado, pero no fue en la frecuencia estipulada; posiblemente el no completar sus controles prenatales sean las mujeres gestantes multíparas, quienes ya tuvieron la experiencia de sus partos anteriores y se autogeneran una percepción previa de la atención que brinda el hospital, no estiman la necesidad de someterse a control y por lo tanto solo solicitan asistencia cuando sienten objetivamente alguna complicación, pero él no asistir a sus controles puede provocar algún riesgo en el momento del parto

En lo referente a las complicaciones obstétricas durante el parto institucional se puede asumir que la no presencia de complicaciones en la presente investigación posiblemente es por la asistencia de la gestante a su control prenatal donde se identifica a las gestantes de mayor riesgo, y se interviene en forma oportuna.

Es frecuente que las madres gestantes asuman que las complicaciones durante el parto se pueden predecir en el control pre natal, es así que la ausencia de señales de peligro durante el embarazo indica un parto seguro y sin complicaciones; por lo que el parto institucional únicamente será planificado si existiera alguna complicación.

Los resultados del estudio evidencian que la mayoría de las madres optó por el parto institucional como la mejor opción, especulando la probabilidad que se presente alguna complicación no detectada.

Ayala F., et al, refiere que el embarazo en mujeres ≥ 35 años de edad trae complicaciones maternas y perinatales como presentaciones anormales, hemorragia obstétrica y mayor índice de cesáreas por lo que es considerado como alto riesgo obstétrico; y al igual que las menores de 19 años de edad se clasifican como grupos de riesgo en las edades extremas de la vida (77).

La mayoría de partos fueron por vía vaginal, salvo en algunos casos que se realizó una cesárea programada durante el control pre natal, o cesárea por emergencia. El parto vaginal es aquel nacimiento vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico), pero que termina por vía vaginal (79).

Según la ENDES 2019, más de un tercio de nacimientos 34,7% fueron por cesárea. Se va incrementando al aumentar la edad de la madre al nacimiento de la hija/del hijo (4). Asimismo, según edad de la madre al nacer la hija/hijo se presenta un mayor porcentaje en las mujeres entre 35 y 49 años de edad con 45,2% frente a un 23,7% en mujeres menores de 20 años, mientras que, según el orden de nacimiento, en el primer nacimiento el 40,0% corresponde a cesárea en comparación con el sexto o más (16,2%) (1).

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la extracción del producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, cuando el parto no es posible por vía vaginal por condiciones que ponen en riesgo la salud de la madre o el feto (80).

El nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto.

En cuanto a la posición para dar a luz, en el parto institucional todas fueron atendidas en posición horizontal (litotomía, ginecológica). Las gestantes de la zona rural y urbana, tiene que adecuarse a la posición tradicional con la que se atiende en los servicios de salud, posiblemente les resulta incómoda ya que en algunas partes de nuestro país como es el distrito de Lajas da a luz haciendo uso del parto vertical, que implica la posición de la gestante al momento de dar a luz, puede ser sentada, de cuclillas o arrodillada.

El Ministerio de Salud emitió la Norma Técnica N° 033 -MINSA. 2005 para la atención del parto con adecuación intercultural, donde facilita la adecuación de los servicios, con el objetivo que el personal de salud pueda ofrecer un parto vertical, con un enfoque de interculturalidad que respete las tradiciones de aquellas gestantes que tienen presente sus costumbres (45).

Es así, que los servicios de salud deberían atender considerando la adecuación cultural en salud, es decir, deberían estructurar sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. La atención del parto en posición vertical se realiza a partir de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) y en establecimientos de salud estratégicos que atienden las 24 horas del día

En relación al tipo de seguro de salud la mayoría de las gestantes de parto institucional utilizaron el Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS, tiene un efecto positivo sobre el acceso al parto institucional, es un programa importante que permite y asegura a la mujer gestante acceder sin costo económico, a la atención efectiva y oportuna de su parto.

Según el INEI (2019), el acceso al Seguro Integral de Salud fue de 36,2% de las mujeres en edad fértil que residen en el área urbana y el 80,1% en el área rural, y para las mujeres afiliadas a otro tipo de seguro como EsSalud el 30,1% de las mujeres en edad fértil residían en el área urbana y solo el 6,3% en el área rural (4).

Tabla 7. Perfil sociodemográfico de las mujeres con parto institucional y las mujeres con parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas

Características sociodemográficas	Lugar de atención de parto			
	Institucional		Domiciliario	
	n	%	n	%
Edad				
Menos de 15 años	0	0,0	1	5,9
De 15 – 19 años	33	23,7	0	0,0
De 20 – 34 años	52	37,4	7	41,2
De 35 a más	54	38,8	9	52,9
Procedencia				
Urbano	33	23,7	3	17,6
Rural	106	76,3	14	82,4
Grado de instrucción				
Analfabeta	6	4,3	1	5,9
Primaria	50	36,0	10	58,8
Secundaria	65	46,8	6	35,3
Superior	2	1,4	0	0,0
Superior no universitaria	16	11,5	0	0,0
Estado civil				
Soltera	4	2,9	3	17,6
Casada	27	19,4	3	17,6
Conviviente	108	77,7	11	64,7
Otro	0	0,0	0	0,0
Religión				
Católica	124	89,2	16	94,1
No católica	15	10,8	1	5,9
Total	139	100,0	17	100,0

En la tabla 7, al comparar las características sociodemográficas de las mujeres con parto domiciliario con las gestantes con parto institucional encontramos que: existe un parto domiciliario en una adolescente menor de 15 años, solo se ha presentado partos en el hospital en madres entre 15 a 19 años (23,7%) y el mayor porcentaje 52,9% de mujeres de 35 años a mas tuvo parto domiciliario. Otro dato importante es que la mayor parte (82,4%) tuvo también su parto en casa, siendo de procedencia rural; el porcentaje mayor de participantes con primaria tuvo su parto en domicilio (58,8%). En cuanto ha estado civil las mujeres casadas y convivientes optaron en

mayor porcentaje por parto en el establecimiento de salud (19,4% y 77,7%); y en ambos grupos la mayor parte son católicas.

La diferencia más notable en cuanto a la edad en ambos grupos es que las mujeres que tuvieron parto domiciliario presentaron porcentajes mayores en todos los intervalos de edad, al respecto se puede decir, que posiblemente las madres entre 20 a 34 años y aquellas mayores de 35 años opten por parto domiciliario, porque tienen otros hijos, y experiencia en este proceso, saben cómo actuar frente a una contracción uterina o la posición que deben asumir.

Es difícil analizar ambos grupos por separado si reconocemos que el parto en sí, es un proceso profundamente personal para cada mujer, por supuesto, que la edad influye en cómo se vivencia el parto, Montes M, señala que el nacimiento es un acontecimiento social, pero es también una experiencia absolutamente encarnada, es en el cuerpo donde se da forma y da vida a las criaturas (81). Las mujeres con parto domiciliario se resisten a participar de la atención en un hospital donde deben recostarse en una camilla en posición ginecológica, y exponer su intimidad a personas extrañas y estar alejados de su familia.

La diferencia más saltante en el grado de instrucción de ambos grupos es que las mujeres que optaron por parto institucional presentaron porcentajes más altos en educación secundaria, nivel superior universitario y no universitario; posiblemente el mayor grado de instrucción promueva un entendimiento sobre los beneficios del parto institucional.

En referencia al estado civil de las participantes del estudio se observa que la mayor parte de mujeres solteras optaron por el parto en casa, Chota es una zona con gran cantidad de población rural con normas culturales reconocidas y aceptadas sobre el comportamiento de la mujer, se asume que debe casarse antes de ser madre, por tanto muchos embarazos en mujeres solteras o muy jóvenes permanecen en secreto y el parto se realiza en domicilio, la familia le da un significado negativo que se traduce en deshonor para los integrantes varones de la casa, por tanto, un embarazo no deseado en una mujer soltera debe redimirse con un matrimonio muchas veces forzado y por tanto es secreto, por eso no es raro que estas gestantes no tengan ningún control prenatal.

No se ha encontrado diferencias notables sobre la religión, mujeres de ambos grupos comparten la fe católica.

Tabla 8. Perfil económico de las mujeres con parto institucional y las mujeres con parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas

Características económicas	Lugar de atención de parto			
	Institucional		Domiciliario	
	n	%	n	%
Ocupación				
Ama de casa	136	97,8	17	100,0
Trabajadora del hogar	1	0,7	0	0,0
Profesora	2	1,4	0	0,0
Agricultora	0	0,0	0	0,0
Comerciante	0	0,0	0	0,0
Ingreso económico familiar				
Menos de un sueldo mínimo vital	135	97,1	17	100,0
Más de un sueldo mínimo vital	4	2,9	0	0,0
Total	139	100,0	17	100,0

Las diferencias en el perfil económico entre ambos grupos son primordialmente las mujeres con parto institucional tienen como otras ocupaciones: profesora o trabajadora del hogar en comparación con las mujeres con parto domiciliario donde el 100% son amas de casa; de igual modo, aunque en ambos grupos la mayor parte tiene como ingreso económico familiar menor a un sueldo mínimo vital, en las mujeres con parto institucional 2,9% tiene un ingreso mayor a un sueldo mínimo vital.

No existen marcadas diferencias en cuanto a ocupación entre las mujeres de ambos grupos ya que tienen como principal ocupación ser amas de casa, esta situación está relacionada con el bajo grado de instrucción, esta condición relega a las mujeres a dependencia económica de sus parejas y familiares, el INE refiere que una mujer sin un trabajo remunerado pierde autonomía económica, que es la capacidad de las mujeres de generar ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres (61).

El ingreso económico mensual, no es muy diferente en ambos grupos de participantes, las gestantes por su bajo grado de instrucción y siendo su ocupación como amas de casa, es muy posible que el único ingreso económico familiar provenga del trabajo de la pareja o de algunas labores como tejer, lavar ropa o vender los domingos en el mercado algunos productos.

El bajo ingreso económico de la familia puede afectar la calidad y variedad de la alimentación, acceso a tecnología necesaria en esta época, incluso a una educación de calidad; el jefe de la familia debe priorizar los gastos y al no contar con una adecuada orientación muchas veces el dinero se pierde en consumos innecesarios afectando la calidad de vida familiar. Para el INEI, en muchos casos quienes perciben ingresos laborales bajos se mantienen en el umbral de la pobreza, mostrando vulnerabilidad y demandando políticas de desarrollo y distribución. No obstante, es una medida que refleja la frontera entre la precariedad y desprotección de las personas y el acceso a los ingresos propios (61).

El bajo ingreso económico, afecta a toda la familia, y en especial a la mujer gestante que requiere de una alimentación completa y especial, sin embargo, el limitado acceso al consumo de carne, verduras, frutas, lácteos, puede convertir la gestación en una etapa de riesgo para la madre y el niño, en poblaciones pobres es común encontrar anemia materna e infantil, recién nacidos con bajo peso, partos prematuros, mujeres desnutridas, etc.

Tabla 9. Perfil de salud de las mujeres con parto institucional y las mujeres con parto domiciliario en el año 2019. Centro de Salud Lajas

Características de salud	Lugar de atención de parto			
	Institucional		Domiciliario	
	n	%	n	%
Edad gestacional				
Menos de 37 semanas	7	5,0	1	5,9
Entre 37 y 41 semanas	130	93,5	16	94,1
Más de 41 semanas	2	1,4	0	0,0
Paridad				
Primípara	49	35,3	2	11,8
Múltipara	76	54,7	9	52,9
Gran múltipara	14	10,1	6	35,3
Control pre natal				
Ninguno	1	0,7	2	11,8
De 1 a 5 controles	77	55,4	12	70,6
De 6 a más controles	61	43,9	3	17,6
Complicaciones en el parto				
Si	23	16,5	0	0,0
No	116	83,5	17	100,0
Tipo de parto				
Vía vaginal	119	85,6	17	100,0
Por cesárea	20	14,4	0	0,0
Posición que dio a luz				
Vertical	0,0	0,0	17	100,0
Horizontal	139	100,0	0	0,0
Seguro por el cual se atiende				
SIS	135	97,1	17	100,0
Ninguno	0	0,0	0	0,0
ESSALUD	4	2,9	0	0,0
Total	139	100,0	17	100,0

Finalmente, en la tabla 9, en cuanto a edad no se ha encontrado marcada diferencia en los porcentajes; las mujeres primíparas tienen mayor presencia en el grupo que fue a un establecimiento para su parto y las mujeres gran múltiparas tuvieron a su hijo en mayor frecuencia en su domicilio (35,3%). Las mujeres que tuvieron parto domiciliario no tuvieron ningún CPN en mayor proporción (11,8%), de igual modo de 1 a 5 controles en su embarazo; pero las mujeres con parto institucional tuvieron de 6 a más CPN. De otro lado solo aquellas con parto institucional tuvieron una

cesárea. Las complicaciones en el parto presentan una situación peculiar ya que solo las mujeres con parto en el hospital presentaron complicaciones y quienes tuvieron parto domiciliario no reportan complicación alguna. El grupo de parto institucional la posición fue horizontal y del parto domiciliario fue vertical y casi todas las participantes tienen SIS.

En lo relacionado a la edad gestacional la mayoría de las gestantes que optaron por el parto institucional y domiciliario tenían entre 37 y 41 semanas. La duración normal del embarazo calculada a partir del primer día del último período menstrual corriente es muy cercana a 280 días o 40 semanas. Cunningham L., refiere que el conocimiento preciso de la edad gestacional es uno de los aspectos más importantes de la atención prenatal debido a que pueden desarrollarse varias complicaciones durante el embarazo de las cuales dependerá el tratamiento óptimo en la edad fetal (82).

En lo referente a la paridad se aprecia una diferencia marcada; las gestantes que decidieron por parto institucional, son primíparas y multíparas, caso contrario sucede con las gestantes que su parto fue domiciliario se encuentran multíparas y gran multíparas.

Es evidente la importancia que le brindan las gestantes asistir a un establecimiento de salud para su parto; para así garantizar condiciones favorables en la atención por profesional capacitado. En tanto las mujeres que decidieron por parto domiciliario son multíparas y gran multíparas, quienes optan por lo natural y fisiológico, ya que su condición de tener más de 2 hijos les permite tener experiencias similares y consideran que existe poca probabilidad de complicaciones, y siguen las costumbres y cultura de su línea familiar.

Mariños cita a Brimeta (2012) encontró que mujeres con paridad de uno tiene casi tres veces más probabilidades de tener un parto institucional, que las mujeres de la paridad mayor a dos (83). Esto podría estar relacionado con la falta de complicaciones en embarazos previos; lo que crea, en las mujeres una idea de que no es necesario el parto institucional, salvo en casos de complicaciones.

En el control pre natal se puede observar que las gestantes de parto institucional y domiciliario han tenido por lo menos de 1 a 5 controles, es decir ha habido un primer contacto con los servicios de salud, sin embargo, esto no se traduce en la fidelidad de la usuaria para la atención del parto en el hospital, como lo demuestran los resultados. Caso contrario sucede con las gestantes que asistieron a 6 o más atenciones pre natales, optaron por el parto institucional afianzando la idea de que el control pre natal es una oportunidad para incrementar los partos institucionales reflejados tanto en la zona urbano como rural.

En cuanto a las complicaciones en el parto se registra que se presentaron solo en los partos institucionales, lo que indica que los partos domiciliarios culminaron con éxito, evidenciando que un parto domiciliario planificado puede tener los mismos resultados que el institucional.

La mayoría de las complicaciones que aparecen durante el parto suceden en mujeres que al principio no presentaban un embarazo de riesgo. Entre las más graves están la pérdida de bienestar fetal, la hemorragia aguda, las lesiones y desgarros del canal de parto. El riesgo de parto domiciliario es que no se puedan atender y dar solución a esas complicaciones por falta de conocimiento o de medios para hacerlo en el domicilio, o bien que no pueda hacerse con la rapidez necesaria (84).

Las complicaciones durante el parto han sido abordadas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, el Centro de Salud de Lajas por ser un establecimiento de salud de nivel I -4; solo se ejecutan acciones de atención primaria o preventivo promocionales, permitiendo realizar la vigilancia y seguimiento a las gestantes con algún factor de riesgo, para su oportuna referencia a un establecimiento con capacidad resolutoria para atender estas emergencias.

Cabe señalar que todas las mujeres corren un riesgo potencial de sufrir complicaciones obstétricas graves; no puede establecerse con anticipación una distinción neta entre las mujeres que necesitarán atención médica de emergencia durante el parto por causas como trabajo de parto prolongado, incompatibilidad fetopélvica y estrechez pélvica, parto podálico y aquellas mujeres que no la precisarán. Por consiguiente, resulta crucial que se dé acceso a la atención de emergencia al

mayor número posible de mujeres, independientemente de su condición de riesgo; más aún si se estima que más del 15% de las gestantes desarrollan complicaciones que requieren atención de emergencia (85).

En lo referente al tipo de parto este culminó por vía vaginal, el 100% de alumbramientos fue en domicilio, comparado con el parto institucional donde más de la tercera parte de las gestantes el nacimiento fue por cesárea.

El parto domiciliario sin complicaciones es vaginal, se inicia espontáneamente entre las semanas 37 y 42 semanas, es atendido por partera, sin intervención médica. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia indica que, durante el parto vaginal, el cuello del útero debe ablandarse y abrirse completamente (“borrarse”), la mujer debe empujar el bebé hacia el exterior, y él bebe realiza determinados movimientos para salir a través del canal del parto (86).

Los partos institucionales también pueden ser de tipo vaginal, salvo que durante el control pre natal se detecte alguna complicación como estrechez pélvica, posición podálica del feto, se programa cesárea, o quizás se susciten complicaciones durante la fase activa del parto por lo que se optará por una cesárea de emergencia. Cunningham L. refiere que el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerectomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal, puede ser una cesárea electiva, programada durante la atención prenatal o de emergencia (82).

En lo referente a la posición de las gestantes para dar a luz, se observa que en el parto institucional la posición fue horizontal (litotomía ginecológica) y de parto domiciliario fue vertical. Calvo O., señala que frecuentemente se observa en los servicios hospitalarios en la atención de parto la posición en decúbito (supina, litotomía) se refiere a la posición en la que la paciente se encuentra acostada, con el respaldo a no más de 45° y con las piernas dobladas, separadas y colocadas en ambas pierneras de la mesa de exploración ginecológica (67).

Es una posición que para el profesional de la salud le da comodidad, para evaluar el proceso de parto. Es por ello que el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural y así contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El estado viene impulsando la adecuación cultural en la atención del parto institucional, así la gestante puede elegir el tipo de posición durante el trabajo de parto con un ambiente acondicionado según las costumbres de la zona y con profesionales de salud que respeten las costumbres y creencias de la población que atiende. Pero a pesar de la Norma emitida y publicada para su cumplimiento en el Hospital José Soto Cadenillas de categoría I-4 no ha sido implementada, la razón se desconoce.

Lo que se ha implementado para mejorar la accesibilidad al parto institucional son las casas de espera, el plan de parto, mapeo y radares de la gestante, disminuyendo el efecto geográfico (87).

Las madres de la zona rural del distrito de Lajas deciden por el parto domiciliario, según la experiencia de la investigadora por cuestiones relacionadas con el respeto a la intimidad, la posición elige la madre gestante, la presencia de un familiar y el respeto a su cultura y costumbres en relación a alimentación, abrigo.

El seguro de salud por el cual se atienden las gestantes de parto institucional y domiciliario la mayoría se encuentra afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), y un mínimo porcentaje a EsSalud. Pero esto no implica que todas las mujeres afiliadas elijan tener un parto en una institución de salud. La implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), ha logrado mejorar la barrera económica porque la atención médica es gratuita y la provisión de medicamentos en las farmacias de los establecimientos.

De acuerdo a los resultados de la tabla, se puede constatar que aun existe la inclinación de las gestantes por el parto domiciliario, en especial las mujeres mayores de 35 años, que viven en convivencia, con primaria, y tienen un ingreso menor a un sueldo mínimo vital, multíparas y tienen entre 1 a 5 CPN.

CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres con parto domiciliario es el siguiente: más de la mitad se encuentra entre los 35 años a más, la mayoría proceden de la zona rural, es preponderante la instrucción primaria, predomina la convivencia conyugal, la mayoría profesa la religión católica, son amas de casa y perciben un ingreso mensual menor a un sueldo mínimo. La mayor parte tuvo su parto con edad gestacional adecuada, son multíparas, todas las gestantes adoptaron la posición vertical en el parto, la mayoría tuvo de 1 a 5 controles prenatales.

Los hallazgos más importantes del perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres con parto institucional son: La mayoría de gestantes tienen algún grado de educación secundaria; son convivientes; se ocupan usualmente de labores de la casa, también son profesoras y trabajadoras del hogar; su ingreso económico es menor a un sueldo mínimo vital; de la mayoría su parto fue a la edad gestacional adecuada, son multíparas, y tuvieron de 1 a 5 CPN, un mínimo porcentaje tuvo complicaciones en su parto, la mayoría tuvo su parto vía vaginal y algunos fueron por cesárea, todas tuvieron un alumbramiento en posición ginecológica.

El perfil sociodemográfico, económico y de salud de las mujeres con parto domiciliario no ha presentado marcada diferencia con el perfil de las madres con parto institucional: la mayoría de gestantes en ambos grupos tenían 35 años a más, proceden de la zona rural y tienen algún grado de instrucción primaria, son convivientes, la mayor proporción son amas de casa, y el ingreso económico familiar es menor a un sueldo mínimo vital. La mayoría tuvo un parto a una edad gestacional adecuada, son multíparas, tuvieron entre 1 a 5 CPN, la posición de todas las gestantes con parto domiciliario fue vertical y horizontal para el parto institucional.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Al personal de salud que brinda cuidado durante el trabajo de parto

- Fortalecer sus conocimientos a través de la capacitación continua para brindar un buen trato, respetando la cultura de la gestante y familia para favorecer el acercamiento de las madres al establecimiento de salud.
- Promover el parto vertical dentro del establecimiento de salud, a través del cumplimiento de la norma técnica emitida por el MINSA.

A los directivos del Hospital José Soto Cadenillas y Centro de Salud Lajas

- Realizar evaluación de la calidad de atención de parto, control prenatal, para identificar fortalezas y debilidades y se propongan las mejoras correspondientes
- Brindar capacitación continua al personal de obstetricia sobre parto vertical su protocolo de atención, así como buscar la implementación del equipamiento necesario.
- Promover la investigación en salud con la participación activa del personal con estudios de post grado.

A la Escuela de Post grado.

- Plantear la formación de núcleos de investigación teniendo en cuenta los problemas sociales de mayor magnitud como: violencia del personal de salud durante el parto, muerte materna, etc.
- Fortalecer el planteamiento de estudios mixtos sobre el tema, y su difusión posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú [internet]. Indicadores de resultados de los programas presupuestales. Primer semestre 2018. [citado 16 diciembre 2019]. Disponible desde: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_lo_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf
2. Espinola M. [internet]. Perfil Sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(2):14-20 DOI. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019149>
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/149/153>
3. Ministerio de Salud [internet]. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima 2013. [Citado 12 diciembre de 2019]. Disponible desde: ftp2.minsagob>normaslegales>RM827_2013_2013.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú [internet]. Indicadores de resultados de los programas Presupuestales. Primer semestre 2019. [citado 15 diciembre 2019]. Disponible desde: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
5. Ministerio de Salud [internet]. Boletín epidemiológico del Perú. 2019. Vol. 28 - SE 22 ISSN 2415-076 2. [citado 12 diciembre 2019]. Disponible desde: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/22.pdf>
6. Rojas F. Parto institucional y domiciliario: Factores personales y socio-económicos. Centro de Salud Magna Vallejo - Cajamarca 2009. [Tesis Maestría]. Cajamarca. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015. Disponible desde: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1656/Tesis%20Flavio%20Rojas%20Tafur.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ministerio de Salud [internet]. Directiva Sanitaria N°001 – MINSA/DGSP – V – 02. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en Establecimientos de Salud. [citado diciembre 2019]. Disponible desde: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3199.pdf>

8. Andrago, J, Gualán, P. [internet] Índice de Cobertura en atención del Parto Institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el período enero 2013 a septiembre 2013. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador 2014. [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4465/1/T-UCE-0006-93.pdf>
9. Gutiérrez J. [internet]. Factores socioculturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la Parroquia Ambatillo Alto durante el período enero – junio. 2014. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2015. [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9481/1/MONTERO%20GUTIERRES%20JESSICA%20DEL%20PILAR.pdf>
10. López, E. [internet]. Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional del Cantón San Luis Sibila. Municipio de Santa Lucía la Reforma, departamento de Totonicapán. 2014. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014. Tesis de Licenciatura [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/09/02/Lopez-Clemente.pdf>
11. García, B. [internet]. Factores que intervienen para a atención del parto institucional. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. 2014. Tesis de Maestría. Disponible desde:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0138_E.pdf.
12. Aquilina, R. [internet]. Caracterización de factores que influyen en la aceptación del parto domiciliar en el Municipio de San Pedro La Laguna Sololá. Guatemala. 2017. Quetzaltenango. Guatemala. Universidad Rafael Landívar. 2017. Tesis de Licenciatura. [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrzd/2017/09/02/Alvarez-Rebeca.pdf>
13. Guillen, W; Valle A; Hernández, C. [internet]. Factores socioculturales y económicos asociados a la asistencia de las embarazadas de zona de difícil acceso del Hogar de Espera Materna de Microred La Palama período junio-agosto. 2015. Tesis de Licenciatura. Universidad de El Salvador. [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
<http://ri.ues.edu.sv/15445/1/INFORME%20FINAL%20tesis.pdf>

14. Mendoza, G; Montesinos, R; Agramonte, M; Aguirre, L.[internet]. Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito rural de la Sierra del Perú, 2015-2016. Rev chil obstet ginecol. 2018. [Citado agosto 2021]. Vol. 83(4): 377 - 385 377. Disponible desde: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n4/0717-7526-rchog-83-04-0377.pdf>
15. Rojas, N. [internet]. Toma de decisiones para la atención de parto institucional o domiciliario: condicionantes socioculturales y sanitarios. Micro Red de Salud Hualgayoc. 2016. Tesis Maestría. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. 2018. [Citado agosto 2021] Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2256>
16. Organización Mundial de la Salud [internet]. Lima: Nota de Prensa Mortalidad Materna 2015 [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>
17. Organización Mundial de Salud. [internet]. Nacimientos prematuros, noviembre; 2017. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
18. Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la Salud. Perú: Lexus. 2010. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <https://www.lexuseditores.com.pe/productos/trastornos-por-deficit-de-atencion-por-hiperactividad/>
19. Instituto Nacional de Estadística. [internet]. Perú Maternidad en la adolescencia, 2017. Departamento, provincia y Distrito. Estadísticas vitales de nacimientos. Lima 2019. [Citado agosto 2021). Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1733/libro.pdf
20. Instituto Nacional de Estadística [internet]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Perú; 2014. [Citado agosto 2021]. Disponible desde https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [internet]. Glosario de Términos. [Citado febrero 2021]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1154/glosario.pdf

22. Marreto M. [internet]. Embarazo y trabajo - Factores que los relacionan. 2008. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst10208.html.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Clasificador Nacional de Ocupaciones. 2015. Preliminar. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/Clasificador_Nacional_de_Ocupaciones_9_de_febrero.pdf
24. Instituto de Investigaciones jurídicas. Perfil sociodemográfico y socioeconómico de la población entrevistada. Capítulo tercero. (Citado agosto 2021). Disponible desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2875/7.pdf>
25. Laza, C.[internet]. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(3) [Citado agosto 2021]. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-662015000300008&script=sci_arttex
26. Carvajal J, Ralph C. [internet]. Manual de Obstetricia y Ginecología. VIII edición. 2017. Escuela de Medicina. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
27. Molina R. Adolescencia y embarazo. En: Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. Obstetricia. 2. ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1992. p. 83-9
28. Montero, J [internet]. Factores socio-culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo alto durante el periodo enero - junio 2014. Tesis de Licenciatura. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.2015. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9481/1/MONTERO%20GUTIERRES%20JESSICA%20DEL%20PILAR.pdf>
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [internet]. Salud Materna [Citado agosto del 2020]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/pdf/cap008.pdf

30. Opazo, L. [internet]. Las diez complicaciones más frecuentes del parto. [Citado enero 2020]. Disponible desde: <https://nacionfarma.com/las-diez-complicaciones-mas-frecuentes-del-parto/>
31. Instituto Nacional de Estadística. [internet]. Perú Maternidad en la adolescencia, 2017. Departamento, provincia y Distrito. Estadísticas vitales de nacimientos. Lima 2019. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1679/libro.pdf
32. Sánchez V. [internet]. Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, mayo y junio 2016. Universidad Científica del Perú. Iquitos- Perú. 2016. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/313/MORI-1-Trabajo-Calidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Ministerio de Salud [internet]. Norma Técnica para la Atención del parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. NTS N° 033-MINSA/DGSP- V.01. 2005. Resolución Ministerial N° 598-2005. [Citado febrero 2020]. Disponible desde <https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/normas/ATENCION%20DEL%20PARTO%20VERTICAL-MINSA.pdf>
34. Ministerio de Salud del Perú. [internet]. Directiva que regula el proceso de afiliación al régimen de subsidiado del seguro integral de salud. Lima. 2012. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1668496/RJ%20126-2015/SIS.pdf>
35. Ministerio de Salud [internet]. NTS N° 106- MINSA/DGSP – V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. Lima.2013 [Citado enero 2020]. Disponible desde: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3281.pdf>
36. Schwarcz D. y Col. (2000). Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. Clin.Invest. Obstet. Ginecol. 7. 135.

37. Bajo J, Melchor M, Mercé L. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid. 2007
38. Tineo A. [internet]. Galería de Enfermería: Clasificación del parto. Perú. 2011. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <http://galeriadeenfermeria.blogspot.com/2011/06/clasificacion-del-parto.html>
39. Ministerio de Salud [internet]. Norma Técnica de Salud N° 105 – MINSA/DGSP. V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Resolución Ministerial N° 827-2013. Lima. 2013. [Citado febrero 2020]. Disponible desde: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf.
40. Ministerio de Salud [internet]. Guías Nacionales de Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva y otros documentos técnicos del Ministerio de Salud. Lima. 2015. [Citado febrero 2020]. Disponible desde: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnsr_normatividad.asp
41. Instituto Nacional de Estadística [internet]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Perú; 2014. [Citado agosto 2021]. Disponible desde https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
42. Sandoval, V. [internet]. Atención prenatal, parto institucional y atención posparto en el Perú: efectos individuales y de la comunidad. Perú 2005. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <https://iussp2005.princeton.edu/papers/50273>.
43. Fondo de las Unidas para la Infancia (UNICEF) [internet]. Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú. [acceso agosto 2021]. Disponible desde: <https://www.unicef.org/peru/media/2506/file/Cap%C3%ADtulo%20II:%20Componente%20Antropol%C3%B3gico.pdf>
44. Sánchez-Redondo M, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. Rev. Anales de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Vol. 93. Núm. 4. Páginas 266.e1-266.e6 octubre 2020. (Citado agosto 2021). Disponible desde: <https://www.analesdepediatría.org/es-parto-domiciliario-un-fenomeno-creciente-articulo-S169540332030151X>

45. Ministerio de Salud [internet]. Norma Técnica para la Atención del parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. NTS N° 033-MINSA/DGSP- V.01. 2005. Resolución Ministerial N° 598-2005. [Citado febrero 2020]. Disponible desde <https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/normas/ATENCION%20DEL%20PARTO%20VERTICAL-MINSA.pdf>
46. Ministerio de Salud. [internet]. Documento Técnico Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación aprobado por Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA del 27 de julio de 2006. [citado enero 2020]. Disponible desde: http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/FORM_PROY_RB_11_casamaterna.pdf
47. Ministerio de Salud [internet]. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. Resolución Ministerial N° 518-2016. Lima. [citado 24 marzo 2020]. Disponible desde: <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/862690-518-2016-rm>
48. Ministerio de Salud. [internet]. Avanzando Hacia una Maternidad Segura en el Perú: Derecho de todas las Mujeres. Capítulo III. Mejorando La Accesibilidad para la Atención del Parto. Lima 2006. [citado 10 abril 2020]. Disponible desde: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/196.pdf>
49. Jaramillo, M; Parodi, S. [internet]. La Equidad del Gasto Público en Salud: Análisis de las estrategias de Focalización del Seguro escolar Gratuito (SEG) y del Seguro Materno Infantil (SMI). Lima CIES. 2002. [citado 23 enero 2010]. Disponible desde: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
50. Defensoría del Pueblo [internet]. Atención de Salud para los más pobres. El Seguro Integral de Salud. Lima. 2007. [citado 22 abril de 2020]. Disponible desde: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
51. Defensoría del Pueblo [internet]. Informe Defensorial N° 120. Atención de Salud para los más pobres. El Seguro Integral de Salud. [citado 22 de mayo de 2020]. Disponible desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/943_GOB418.pdf

52. Ministerio de Salud [internet]. Resolución Ministerial N° 546 – 2011- MINSA-V03. Norma Técnica de Salud: Lima 13 de julio de 2011. [citado 10 junio 2020]. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe>
53. Ministerio de Salud [internet]. Documento Técnico: Estándares e Indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales. Resolución Ministerial N° 142- MINSA. Lima 2007. [Citado 15 junio 2020]. Disponible desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1141_DGSP275-4.pdf
54. Dirección de Salud Chota. SIS, Lajas 2016. Oficina de Estadística e Informática DISA Chota. Chota, 2016
55. Hernández, R. Metodología de la investigación – Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ª edición. Editorial McGraw-Hill –Interamericana. México, 2018.
56. Canales, F. Metodología de la Investigación. 1era editorial Limusa. España 2011.
57. Díaz de León, C. [internet]. Método Comparativo. [Citado agosto 2021]. Disponible desde: <http://eprints.uanl.mx/9802/1/Estudio%20Comparado.pdf>
58. Tamayo, C.[internet]. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos. [citado 15 de diciembre de 2019]. Disponible desde: <http://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/23.pdf>
59. Barrero A, Hernández L. [internet]. Maternidad después de 35 años: cuidado orientado a proteger la mujer y su hijo. Hacia promoción de la salud. 2017; 22(1): 13-26. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1 [citado 18 enero 2021]. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a02.pdf>
60. Ordinola, C. et. al. [internet]. Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú) 26 (1): Enero - abril 2019. [citado 18 enero 2021]. Disponible desde: <http://www.scielo.org.pe/pdf/arnal/v26n1/a15v26n1.pdf>
61. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú [internet]. Brechas de género 2019. Alcances hacia la igualdad de hombres y mujeres. [Citado 5 febrero 2021]. Disponible desde:

- https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1716/Libro.pdf
62. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [internet]. Estado de la población peruana 2020. [Citado 20 febrero 2021]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
63. IPSOS [internet]. Perfil del ama de casa peruana. 2018. [citado 20 febrero 2021]. Disponible desde: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2018-05/perfil-del-ama-de-casa-v3.pdf>
64. Martínez, H. [internet]. Control Prenatal inadecuado Asociado a Complicaciones Perinatales en El Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el Periodo. Enero junio del 2019. Tesis Licenciatura. Lima Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible desde: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2965/HMARTINEZ.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
65. Plasencia N. [internet]. Factores de riesgo en la paciente gran múltipara. Rev. Biblat [Internet]. 1985. [citado 20 marzo 2021]. Disponible desde: <https://biblat.unam.mx/es/revista/ginecologia-y-obstetricia-de-mexico/articulo/factores-de-riesgo-en-la-paciente-gran-multipara>
66. Margarita Y. [internet]. El proceso de parto cultural, una necesidad. Revista Cultura del Cuidado. 2018. Vol. 15 N°1. [citado 10 abril 2021]. Disponible desde: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w3oIKLTLPCMJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7200829.pdf+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
67. Calvo O., Flores A, Morales V. [internet]. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Artículo original. Gineco Obstétrica Mexicana. 2013. Vol. 81:1-10. [citado abril 2021]. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>

68. El peruano [internet]. Normas Legales Actualizadas. SIS garantiza la gratuidad de atención a mujeres gestantes. [citado junio 2021]. Disponible desde: <https://elperuano.pe/noticia/120351-sis-garantiza-la-gratuidad-de-atencion-a-mujeres-gestantes>
69. Rojas D, et al. [internet]. Perfil sociodemográfico, obstétrico y neonatal de usuarias con intención de parto natural en un centro de parto integral en Chile. Matronas Prof. 2017. Vol. 18(2): e24-e31. [citado junio 2021]. Disponible desde: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-perfil-parto-natural-chile.pdf>
70. Vela, G. [internet]. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período marzo-abril de 2015. Lima. Perú. Tesis Licenciatura. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Citado junio 2021]. Disponible desde: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
71. Palomino, A., Vidaurre, L. [internet] Percepción del proceso de atención del parto en mujeres atendidas en el centro materno infantil Santa Luzmila II, Comas, Agosto – diciembre 2019. Tesis Licenciatura. Lima Perú: Universidad Privada del Norte: 2020. [Citado junio 2021]. Disponible desde: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/25084/Palomino%20Olivera%2c%20Angie%20Aili%20-%20Vidaurre%20Vidaurre%2c%20Lila%20Luz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
72. Cruzado, L. [internet]. Percepción de la calidad de atención del parto por pacientes atendidas en el Hospital regional de Cajamarca. 2016. Tesis Licenciatura. Cajamarca Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. 2016. [Citado junio 2021]. [Disponible desde: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/967/T016_46754842_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
73. Donoso, E. et al. [internet]. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Artículo de investigación Rev Med Chile. 2014. Vol. 142: 168-174. [Citado junio 2021]. Disponible desde: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>

74. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. [Internet]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, 2018. [citado junio 2021]. Disponible desde: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
75. Congreso del Perú. [Internet]. Constitución Política del Perú. [citado junio 2021]. Disponible desde: <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/informes-publicaciones/196158-constitucion-politica-del-peru>
76. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca. [Internet]. Resultados Definitivos. Lima 2018 [citado junio 2021]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1558/
77. Ayala, G. [internet]. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-febrero 2015. Tesis Licenciatura. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Citado junio 2021]. Disponible desde: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4059/Ayala_gg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
78. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. [Internet]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, 2020. Bicentenario Perú 2021. [citado junio 2021]. Disponible desde: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
79. Gobierno Regional de Cajamarca [internet]. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Directiva Sanitaria Regional N° 003-2015-GR. Caj/DRS/DESP. Atención del Parto complicado en la Región Cajamarca Versión 01. Cajamarca 2015. [Citado junio 2021]. Disponible desde: <https://portal.regioncajamarca.gob.pe/contentido/directiva-sanitaria-regional-n-003-2015-grcajdrsdesp>
80. Instituto del Seguro Social del Perú - Es Salud. [Internet]. Documento Técnico. Indicación de cesárea en EsSalud: Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Lima. Perú. 2018. [citado junio 2021]. Disponible desde: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000004120_pdf.pdf

81. Montes M. [Internet]. Las Culturas del Nacimiento Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis Doctoral. Tarragona España: Universitat Rovira I Virgili Facultat De Lletres: 2007. [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOlasculturasdela.pdf>
82. Cunningham F. Williams Obstetricia. Edición 25ava. Editorial. Mac Graw Hill. México 2019.
83. Mariños, H. [internet]. Percepción de la Calidad de atención en los servicios de salud y su relación con la preferencia en la elección del lugar de atención del parto en mujeres en edad fértil del distrito de Agallapampa – Otuzco, 2013. Tesis Bachillerato. Trujillo Perú. Universidad Nacional de Trujillo: 2013. [Citado agosto 2021]. Disponible desde:
https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/283/Mari%c3%b1osRodriguez_H.pdf?sequence=1&isAllowed=y
84. EcuRed. Parto. [Internet]; 2007 [citado junio 2021 abril 28]. Disponible desde:
<https://www.ecured.cu/Parto>.
85. Ministerio de Salud [internet]. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. 2009 – 2015. Lima. 2009 [Citado 15 junio 2021]. Disponible desde:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/481_DGSP240.pdf
86. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Tratado de Ginecología y Obstetricia. [internet]. Ed. 2. Tomo I. Editorial Panamericana. España, 2014. [Citado 15 junio 2021]. Disponible desde:
<https://www.medicapanamericana.com/es/libro/tratado-de-ginecologia-y-obstetricia-incluye-version-digital-2-tomos>
87. Ministerio de Salud. [internet]. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Avanzando hacia una Maternidad Segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima. Ministerio de salud, 2006. [Citado 15 junio 2021]. Disponible desde:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168_maternidad-0.pdf

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA GESTANTE

I. Datos de identificación de la gestante:

Nº Historia Clínica

Dirección.....

Fecha de parto.....

II. Perfil Sociodemográfico:

1. Edad:

- a. < 15 años
- b. 15 – 19 años
- c. 20 – 34 años
- d. 35 a más

2. Procedencia:

- a. Urbana
- b. Rural

3. Grado de instrucción:

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior
- e. Superior no universitaria

4. Estado civil.

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. otro

5. Religión.

- a. Católica
- b. No católica

III. Perfil Económico.

1. Ocupación.

- a. Ama de casa
- b. Trabajadora del hogar
- c. Profesora
- d. Agricultora
- e. Comerciante
- f. Otro.....

2. Ingreso económico familiar.

- a. Menor a un sueldo mínimo vital
- b. Mayor a un sueldo mínimo vital

IV. Perfil de Salud.

Antecedentes Perinatales (gestación actual)

1. Edad gestacional

- a. Menos de 37 semanas
- b. Entre 37 y 41 semanas
- c. Más de 41 semanas

2. Paridad.

- a. Primípara
- b. Multípara
- c. Gran multípara

3. Control pre natal

- a. Ninguno
- b. De 1 a 5 controles
- c. Más de 6 controles

4. Complicaciones en el parto.

a. Si cuál.....

b. No

5. Tipo de parto

a. Vía vaginal

b. Por cesárea

6. Lugar de Atención del parto.

a. Establecimiento de Salud

b. Domicilio

7. Posición que dio a luz

a. Vertical

b. Horizontal

8. Tiene de seguro por el cual se atiende.

a. SIS

b. Essalud

c. Ninguno

Antecedentes de partos anteriores

Complicaciones del parto

a. No

b. Si

Cuál.....