

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS RESPECTO AL CUIDADO MATERNO CENTRADO EN LA PERSONA Y LA RELACIÓN PROVEEDOR/A – USUARIA, ESTABLECIDA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO. EL SALVADOR, 2021.”

PRESENTADO POR:

**CLAUDIA MARICELA ALFARO GONZÁLEZ
CLAUDIA YASMÍN RODRÍGUEZ DE MARTÍNEZ**

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADAS EN SALUD MATERNO INFANTIL

DOCENTE ASESORA:

LICDA. SILVIA MERCEDES MARTÍNEZ GÓMEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, JUNIO, 2022.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS RESPECTO AL CUIDADO MATERNO CENTRADO EN LA PERSONA Y LA RELACIÓN PROVEEDOR/A – USUARIA, ESTABLECIDA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO. EL SALVADOR, 2021.”

PRESENTADO POR:

**CLAUDIA MARICELA ALFARO GONZÁLEZ
CLAUDIA YASMÍN RODRÍGUEZ DE MARTÍNEZ**

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADAS EN SALUD MATERNO INFANTIL

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE ASESORA:
LICDA. SILVIA MERCEDES MARTÍNEZ GÓMEZ

**INVESTIGACIÓN COLABORATIVA MULTICÉNTRICA EN PAÍSES
DE AMÉRICA LATINA**

Red Latinoamericana de Investigación en Partería y Salud de la Mujer
Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Centro Colaborador
OMS/OPS. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, JUNIO, 2022.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Msc. Roger Armando Arias

RECTOR

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga

VICERRECTOR ACADÉMICO

Ing. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Ing. Francisco Antonio Alarcón

SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

DECANA

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

MsC. Aura Marina Miranda de Arce

SECRETARIA

MsC. José Eduardo Zepeda Avelino

DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MsC. Rocío Elena Linares de Trujillo

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

Llena de regocijo, amor y emotividad, agradezco principalmente a Dios y a cada una de las personas que me brindaron su apoyo para poder culminar con este anhelo, con esta meta, que representa un escalón que me acerca a uno de mis más grandes sueños.

Agradezco de forma especial a la directora de la Licenciatura en Salud Materno Infantil, Licda. Rocío Linares, y Licda. Silvia Martínez, por su guía y paciencia en el desarrollo del trabajo de graduación. Así mismo a la Dirección Nacional de Hospitales ya que nos brindaron los permisos necesarios para poder obtener la información esencial para elaborar el informe final. Cabe destacar mi agradecimiento a la directora y jefe de “Spa Mom Care” por su apoyo incondicional, por brindarme la posibilidad de recolectar la información para el desarrollo de mi trabajo de graduación, por creer en mí y animarme a continuar en esta hermosa travesía. A mi compañera de trabajo y administradora, quien fue pieza clave en la organización laboral y académica.

Dedicatoria

Es para mí una enorme satisfacción poder dedicarle este logro a: Mi amada Madre, quien ha sido mi inspiración, mi motor, mi compañera en esas noches de desvelo, esa mujer que, de madrugada me ofrecía un café para poder seguir desarrollando el trabajo pendiente, gracias por siempre estar para mí, sin importar la hora, sin importar el clima, gracias por su apoyo incondicional.

A mi hermana por siempre creer en mí y animarme a seguir, eres la razón por la cual me siento orgullosa de cumplir esta meta. Y sin dejar atrás a todas esas personas especiales que hicieron posible este logro: Jhoana González, Celina González, José Hernández, Natividad Bernal. Jhenner Bernal, Herminia Muñoz, L. Peraza, Betty Franco, Silvia Martínez, Rocío Linares, Irma Asencio, Yasmín Martínez

Claudia Maricela Alfaro González

Agradecimientos

A **DIOS** por permitirme haber culminado mi carrera a pesar de los años y los obstáculos presentados a durante el desarrollo de esta. Nunca hubiera podido llegar hasta aquí si no hubiera sido por la ayuda de mi familia y amigos quienes me apoyaron y me sostuvieron incondicionalmente en momentos difíciles.

Agradecimientos especiales a mi **MADRE** quien estuvo conmigo desde el inicio de mi carrera quien me animaba a seguir siempre, fuiste el bastón principal para culminar mi carrera y te agradezco por tu apoyo incondicional gracias mami por cuidar de mis hijas mientras yo estudiaba, gracias por esa paciencia que tuviste con ellas y conmigo. Ahora hubiera querido compartir contigo esta gran emoción que siento al verme culminar unos de mi gran esfuerzo. Tú eras una de mis inspiraciones más fuertes para ver terminados mis estudios, pero ahora ya no estas físicamente, pero desde el **cielo** sé que estas feliz como yo lo estoy, gracias mami por siempre creer en mí. Te amo mami y te viviré eternamente agradecida por tu apoyo incondicional.

Agradezco a mis hermanos y hermanas por creer en mí y apoyarme siempre y darme ánimos cuando todo parecía perdido nunca me dejaron y hasta este momento me siguen apoyando incondicionalmente.

A mi **papá** quien a pesar de la distancia siempre pude contar, gracias papá por creer y confiar en mí y ser mi apoyo en los momentos cuando más te necesité.

A mi **esposo** mil gracias que a pesar las dificultades que se presentaron a lo largo de mi carrera siempre estuviste para apoyarme y animar a seguir adelante con mi carrera mil gracias por ayudarme a cuidar a nuestras hijas en las noches que yo me queda de turno en los hospitales creo que fue una de las pruebas más duras de las cuales pudimos salir adelante.

Agradezco también a mi suegra, a mis cuñados y a mi suegro quienes también me ayudaron a seguir a pesar de los obstáculos. Quiero dedicar de una forma muy especial este triunfo a mi

suegro quien me apoyo y creyó en mí siempre. Ahora desde el cielo sé que está feliz por verme llegar al final de mi carrera.

Gracias a nuestra directora de la carrera *MsC. Rocío Elena Linares de Trujillo* y nuestra Licenciada asesora Silvia Mercedes Martínez Gómez por creer y confiar en mi compañera de tesis y mi persona este proyecto, gracias por su entrega y dedicación.

Claudia Yasmin Rodríguez Martínez

TABLA DE CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	ii
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA	iv
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
CAPÍTULO II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS.....	6
CAPÍTULO III: MARCO DE REFERENCIA.....	7
3.1 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUJER EN EL SALVADOR	7
3.2 CUIDADOS MATERNOS DURANTE EL EVENTO OBSTÉTRICO	12
3.3 RELACIÓN PROVEEDOR/A – USUARIA	29
CAPÍTULO IV: MARCO LEGAL	32
CAPÍTULO V: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	35
CAPÍTULO VI: DISEÑO METODOLÓGICO	37
6.1 TIPO DE ESTUDIO	42
6.2 PARTICIPANTES.....	44
6.3 MÉTODO	48
6.4 ASPECTOS ÉTICOS	53
CAPÍTULO VII: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
7.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	42
7.2 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS USUARIAS	44
7.3 INFORMACIÓN DEL EMBARAZO	48

7.4 INFORMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO	53
7.5 DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE DE MADRES EN RESPETO	63
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	76
FUENTES DE INFORMACIÓN	78
ANEXOS	76
ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTA 1: SOCIO-DEMOGRÁFICO Y DE SALUD.....	85
ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA 2: INDICE DE MADRES EN RESPETO	90
ANEXO 3: CARTA DE CONSENTIMINETO INFORMADO	94
ANEXO 4: AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA EL SALVADOR	95
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES DEL MINSAL EL SALVADOR	96
ANEXO 6: CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL DE SANTIAGO DE CHILE.....	97
ANEXO 7: TABLAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS INVESTIGADOS	99
ANEXO 8: ESTADISTICAS DE LASITUACIÓN SOCIO-DEMOGRAFICAS DE EL SALVADOR 2019 Y 2020.....	116

RESUMEN

El presente estudio sobre “Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a – usuaria, establecida durante la atención prenatal y el parto. El salvador, 2021”, es cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, con el propósito de conocer la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria en la atención prenatal y el parto, aplicando el instrumento “*Mothers on Respect index (MORi)*” y una guía de entrevista sobre antecedentes biosociodemográficos a 382 usuarias ingresadas en servicios de puerperio de 28 hospitales a nivel nacional.

Las usuarias se caracterizan por tener entre 20 y 34 años de edad, pareja estable, estudios básicos y ocupación en trabajos informales, domésticos, maquilas, autoemprendimiento y amas de casa.

En los cuidados maternos y la relación proveedor/a-usuaria destaca que la mayoría recibió controles prenatales y un 2% no lo recibió. Durante el trabajo de parto y parto, todas recibieron hidratación parenteral a pesar de que 77.74% fueron partos vaginales eutócicos, el 95% recibió más de 3 tactos vaginales realizados por médicos/as y estudiantes de medicina, el 26% tuvo conducción del trabajo de parto, el 75% se manejó el dolor no farmacológicamente, al 53% se le realizó episiotomía, la posición de litotomía se realizó en el 94% de los casos y la experiencia del apego precoz la tuvieron el 87% de las usuarias.

La percepción de las usuarias relacionada al índice de respeto en el 27% de los casos es alta y el 73% moderada, considerando que la mayoría se sintieron cómodas en la atención proporcionada por el personal de salud, a pesar de que el 30% de ellas manifestaron que no pudieron despejar sus dudas durante el trabajo de parto y el 23% se sintió discriminada por su posición socio-económica.

PALABRAS CLAVE: Partería, salud reproductiva, atención a la salud, parto humanizado, atención prenatal y de parto, relación usuaria-proveedor de salud.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación enfatiza en la percepción de las usuarias sobre las atenciones proporcionadas por el personal de salud, durante el embarazo, trabajo de parto y parto en el año 2021 en los servicios de salud públicos de El Salvador, teniendo en cuenta que las atenciones en los eventos obstétrico de embarazo, trabajo de parto y parto, son de vital importancia para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Como objetivos del estudio se establecieron el identificar las características biosociodemográficas de las usuarias atendidas en servicios de atención materna de la red pública sanitaria, así como también, poder conocer las opiniones de las usuarias sobre los cuidados maternos centrados en la persona y la relación proveedor/a-usuaria durante la atención prenatal, trabajo de parto y parto, y de esta forma, identificar posibles asociaciones entre estos aspectos.

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo realizado en los 28 hospitales de la red pública del país que brindan atención materna, y las 382 participantes de esta investigación fueron usuarias ingresadas en el servicio de puerperio de dichos hospitales.

Se utilizó como técnica de recolección de información la entrevista y como instrumentos 2 guías de entrevistas, la primera recolecta los principales antecedentes biosociodemográficos de las participantes y la segunda mide el índice de respeto materno: “The Mothers on Respect index” (MoRi), por sus siglas en inglés, que evalúa aspectos de la comunicación proveedor/a-usuaria; los cuales contaban con un formulario de consentimiento informado, que firmaron las participantes de la investigación.

Entre los resultados de la investigación cabe rescatar que la mayoría de las usuarias asistieron a sus controles prenatales. Sin embargo, hay una minoría de mujeres que no confían en el sistema de salud, pero a pesar de ello tuvieron sus partos intrahospitalarios, ya que no tenían a alguna

persona cercana con conocimientos profesionales o empíricos que les atendieran el parto, o seguro privado que les beneficiara para poder dar a luz en hospitales privados.

Otro aspecto importante de esta investigación es que las usuarias se sintieron mucho más cómodas con las atenciones recibidas en el proceso del embarazo que en el parto, ya que manifestaban que el personal de salud que se encuentra en los hospitales no da la oportunidad de poder preguntar cómo va la evolución del trabajo de parto.

Cabe rescatar que la gran mayoría de las usuarias no cotizan o no son beneficiarias del Instituto Salvadoreño del Seguro Social o de otra institución de seguridad social. En su mayoría son amas de casa o trabajan en el área informal, lo que permite que las usuarias utilicen el sistema público de salud.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la *salud reproductiva* como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos/as y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso. Según la OMS, la *salud sexual* se refiere al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor (1,2).

Así, los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva *trascienden el enfoque tradicional*, centrado en la biología y la medicina, y cobran una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las *necesidades humanas* e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida. Se relacionan con el concepto de *derechos sexuales y reproductivos*, en la medida en que el pleno bienestar en el plano sexual y reproductivo se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos (3,4).

Los **Derechos Sexuales y Reproductivos representan los derechos humanos aplicados a la sexualidad y reproducción** y corresponden a la:

- Libertad para tomar decisiones responsablemente y sin coerción ni discriminación.
- Protección, seguridad de la persona.
- Información y educación acerca salud sexual y reproductiva.
- Beneficios del progreso científico.
- Acceso a servicios de anticoncepción.
- Estándar más alto de salud sexual y reproductiva.

De lo anterior, es importante agregar que, el nuevo concepto de salud sexual y salud reproductiva plantea la necesidad de servicios más eficientes y eficaces, más humanos e integrados, con un mayor énfasis en la calidad, tanto desde la perspectiva técnica como de las usuarias y usuarios. Por lo que es pertinente escribir en cuanto a la calidad de Atención durante el proceso reproductivo. Al respecto, la OMS define calidad de atención como **"el grado en que los servicios de salud proporcionados a los individuos y las poblaciones mejoran los resultados esperados de salud"**

La serie Lancet sobre partería/obstetricia establece la evidencia de base respecto las necesidades de salud de las mujeres y los/as recién nacidos/as y define la partería/obstetricia como el **"cuidado especializado, con conocimiento y compasivo otorgado a las mujeres en edad fértil, recién nacidos y familias"** (5).

Aunque en los últimos decenios se han conseguido logros significativos en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, la atención de mala calidad está presente en todos los países. Algunas mujeres reciben una excelente atención, sin embargo muchas experimentan uno de los dos extremos: 1) atención escasa y tarde, donde las mujeres reciben una atención que no es oportuna ni suficiente. 2) atención excesiva y pronta, marcada por la excesiva medicalización y excesivo uso de intervenciones innecesarias. Ambos extremos representan atención de salud materna que no está basada en la evidencia. Hay otras mujeres que no reciben atención en absoluto (6)

Una síntesis de la *evidencia cualitativa* reciente (*estudios e informes*) indica claramente que muchas mujeres en el mundo experimentan un trato pobre durante el proceso reproductivo, incluida una atención abusiva, negligente o falta de respeto. ***Toda mujer tiene derecho a una atención de salud sexual y reproductiva respetuosa y digna, incluyendo el proceso del parto,*** como se destaca en la Carta de los Derechos Universales Respecto a la Maternidad (7,8).

Por lo tanto, ***la falta de respeto y abuso durante el parto representa una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres*** y puede servir como un poderoso

desincentivo para que las mujeres no busquen atención en los centros hospitalarios. Más aún, hay una compleja interacción de experiencias de maltrato y falta de apoyo que afectan las experiencias de parto de las mujeres, así como los resultados (9,10).

Más allá de 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé un mundo en el que ***"toda mujer embarazada y el recién nacido reciban atención de calidad durante todo el embarazo, el parto y el período posnatal"***

En línea con esta visión, la OMS recientemente publicó dos guías para una atención de calidad: Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (11): *La experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas*, y las Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (12): *Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. En ambas guías se visibiliza la importancia de una experiencia positiva de la usuaria como componente central de la calidad de atención.

El nacimiento de un hijo/a para la mujer y su familia es un momento único y significativo en sus vidas, motivo por el cual han surgido diversos movimientos sociales que apoyan la autonomía, el respeto y la no medicalización de este evento fisiológico de la mujer, incluso la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), entre otras organizaciones, sustentan que *"toda mujer tiene derecho a una experiencia positiva de parto y atención compasiva por parte de proveedores expertos y capacitados, quienes reconocen que cada mujer, familia y recién nacido, es única y merecedora de un cuidado digno individualizado"* (13). América Latina es una región de grandes desigualdades en salud (14), reconocida alta tasa de cesáreas (15) y medicalización del proceso reproductivo, que desde hace varias décadas ha iniciado un movimiento hacia la humanización del parto (16). Sin embargo, resultados publicados de un estudio multicéntrico realizado en algunos países de la región, reportan sobreutilización de intervenciones obstétricas, las que varían ampliamente según país, tales como: conducción (32,5%-85%), presencia de

acompañante significativo (22%-93%), y aunque la mayoría de las mujeres participantes reportaron una satisfacción buena y óptima respecto la atención recibida, el 25% no estuvo satisfecha con el cuidado recibido, el uso de episiotomías (22%-53%) sigue siendo una práctica frecuente (Binfa et als., 2016). Adicionalmente una reciente revisión publicada, señala una brecha importante en materia de investigación en partería de la región (Iribarren et als., 2018) (17).

En El Salvador, de acuerdo con el Sistema Estadístico Institucional del Ministerio de Salud (MINSAL), para el año 2019 el número total de partos fue de 63,257 atendidos en las 28 maternidades de la red pública; de los cuales el 31.79% fueron por cesárea (20,110 partos). En el transcurso del año 2020, las principales causas de egreso en los Hospitales de la Red Nacional de Salud, sigue siendo el "Embarazo, parto y puerperio" (9,912 egresos) y han incrementado, en los últimos años, "ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (3,810 egresos). Este aumento se encuentra relacionado con la tendencia de embarazos incrementada en 2020, causado por el desabastecimiento de anticonceptivos durante los últimos 9 meses del año 2019, debido a que los centros de salud han enfocado su atención en la pandemia por Coronavirus.

Por otra parte, en el año 2020 se incrementó el número de muertes maternas con relación a los años 2016-2019. Una muerte ocurrió en el mes de enero, 3 en el mes de marzo, 2 en abril, 3 en mayo, 4 en junio, 4 en julio, 3 en agosto, 2 en septiembre y 2 en diciembre. 10 de esas 24 muertes, ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de eclampsia, hemorragia cerebral, embolismo, envenenamiento, otras neumonías y SARS COV 2.

Por causa básica, murieron 7 por COVID-19, 5 por trastornos hipertensivos del embarazo (THE), 4 por sepsis, 4 por trastorno vascular severo, 2 por choque post parto, 1 por edema agudo de pulmón y 1 por envenenamiento. Por edades: fallecieron 6 adolescentes de 14 a 19 años, 4 de 20 a 24 años, 3 de 25 a 29 años, 5 de 30 a 34 años, 3 de 35 a 39 años y 3 de 40 a 49 años. De las 10 mujeres que murieron en las primeras 48 horas, 7 eran procedentes del área rural.

El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente por la demora comunitaria, el acceso geográfico y las condiciones de traslado bajo Estado de Emergencia, como ha sido en la pandemia por Coronavirus, es mayor en las mujeres procedentes de áreas rurales por la determinación social de sus condiciones de vida, como: hacinamiento, ausencia de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales.

La focalización agregada en la situación de la pandemia por Covid-19 agrega riesgos biopsicosociales a la condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional, dado que se requieren sobreesfuerzos en la prevención y protección con un trabajo más integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, por medio de la continuidad de las intervenciones materno-infantiles. Lo anterior significa mayor protección en madres solteras, con bajos ingresos, violencia y otras condiciones de alto estrés, incluyendo a adolescentes y mujeres adultas con enfermedades crónicas de base (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras). Un aspecto muy positivo en la gestión clínica materno infantil ha sido el rigor en las medidas de bioseguridad para la atención hospitalaria, lo cual ha dado resultados muy positivos en la morbilidad neonatal principalmente.

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 72% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 28%. Las principales causas de muerte hospitalaria de recién nacidos/as en general se concentran en: prematuridad extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal, y las malformaciones congénitas (18).

Todo lo anteriormente expuesto, señala la necesidad de conocer la experiencia de las mujeres respecto al grado de cumplimiento y respeto por los derechos sexuales y reproductivos durante su proceso reproductivo; en este sentido, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria establecida durante la atención prenatal y el parto en la red de servicios del MINSAL El Salvador?

CAPÍTULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1 PROPÓSITO:

- Conocer la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria brindados durante la atención prenatal y el parto, a través de la aplicación del instrumento “*Mothers on Respect index (MORi)*” (19) en servicios de maternidad.

2.2 OBJETIVOS GENERALES:

- 1) Caracterizar a las mujeres participantes según las principales variables biosociodemográficas.
- 2) Conocer la opinión percibida por las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria brindados durante la atención prenatal y el parto.
- 3) Identificar la opinión percibida según los diferentes componentes/dimensiones de la escala.
- 4) Identificar posible/es asociación/es entre la opinión percibida y algunas variables biosociodemográficas.

CAPÍTULO III: MARCO DE REFERENCIA

3.1 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUJER EN EL SALVADOR

3.1.1 DEMOGRAFÍA

Según el diccionario demográfico multilingüe de Naciones Unidas podemos definir el concepto de demografía como: “una ciencia que tiene como finalidad el estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentalmente desde un punto de vista cuantitativo” (20).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, la población total del país en el 2019 fue de 6,704,864 personas, de las cuales 4,134,360 residen en el área urbana y 2,570,504 en el área rural, lo que en términos relativos representa el 61.7% y 38.3% respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), se concentra el 27.0% del total de la población del país, es decir 1,809,087 habitantes.

Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta muestran que las mujeres representan el 52.9% de la población total del país es decir 3,549,068 y los hombres el 47.1%, representando 3,155,796, de esta manera se obtiene un índice de masculinidad de 0.89; es decir 89 hombres, por cada 100 mujeres (21).

➤ **Edad:**

Las características demográficas del país representan uno de los temas relevantes que se abordan en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de la DIGESTYC 2019, mediante las cuales se pueden hacer análisis detallados de diferentes temas socioeconómicos vinculados a la población y a los hogares salvadoreños.

Una característica muy importante en términos demográficos es que más del 50% de la población se encuentra en edad menor a los 30 años, lo cual representa un potencial para que el

país pueda propiciar mayores niveles de productividad y mayor nivel de desarrollo. Es decir, aprovechar el denominado bono demográfico. Los datos revelan que la población salvadoreña es mayoritariamente joven, dado que el 51.4% de la población es menor de 30 años, mientras que el 13.6% tiene una edad de 60 años y más. Por su parte, la relación de dependencia se define como un indicador de dependencia económica potencial, y se refiere a la proporción de la población teóricamente inactiva, establecida entre los menores de 15 años y los de 65 años y más, con respecto a la activa, es decir, el grupo etario de 15 a 64 años de edad, la relación de dependencia para el 2019 fue del 50.7%.

El total de mujeres en edad reproductiva para el año 2019 es de 1,890,205 mujeres entre los 15 a 49 años de edad.

➤ **Lugar de residencia:**

La distribución de la población por departamento está muy relacionada al desarrollo de la actividad económica y a la prestación de servicios que se genera dentro de cada territorio, particularmente en las grandes zonas urbanas.

Es así como el 63.5% de la población se concentra en 5 de los 14 departamentos siendo estos:

- San Salvador
- La Libertad
- Santa Ana
- Sonsonate
- San Miguel

Mientras los menos poblados, en conjunto concentran el 11.6% del total de la población del país, y son los siguientes:

- Cabañas
- San Vicente
- Morazán
- Chalatenango

3.1.2 ASPECTOS SOCIALES

➤ **Estado civil:**

Este se basa en la calidad o posición permanente o no, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación con sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles. No siempre el estado civil será permanente, lo será para el hijo/a de filiación matrimonial, pero no así para el de filiación no matrimonial, que puede adquirir con posterioridad la filiación matrimonial, por el posterior matrimonio de sus padres/madres (22).

La población femenina en edad reproductiva según estado civil para el año 2019 es la siguiente: acompañadas: 443,216; casadas: 411,376; viudas: 33,885; divorciadas: 11,685; separadas: 300,994; solteras: 671,653; conformando el total de 1,890,205 mujeres en edad reproductiva.

➤ **Nivel educativo:**

La tasa de analfabetismo, asistencia escolar y la escolaridad promedio, son indicadores básicos que reflejan los retos y avances del sistema educativo nacional; esto de manera general, ya que los análisis por grupos de edad, área geográfica y departamento brindan un panorama de los grupos y lugares más deficitarios en los que habría que focalizar las intervenciones de política pública.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) define el analfabetismo como “la situación de una persona que no posee las habilidades para leer, escribir y comprender una frase simple y corta”. La medición del analfabetismo obtenida desde la EHPM 2019 establece que 566,486 personas de 10 años y más no saben leer ni escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de aproximadamente el 10.0% a nivel nacional. Por sexo la tasa de analfabetismo de la población femenina es de 11.7%, mientras que para la población masculina es del 8.1%, registrando una brecha de 3.6 puntos porcentuales.

Se observa también brechas en términos de área geográfica de residencia, en el área urbana la tasa de analfabetismo es de 6.6%, mientras que, en el área rural, es de 15.7%. El AMSS, reporta una tasa de analfabetismo de 4.0%

Las tasas más altas de analfabetismo se concentran en los grupos de mayor edad. Por ejemplo, en el rango de 10 a 17 años la tasa de analfabetismo es de 1.8%; mientras que para la población 30 a 59 años de edad es de 10.4%; situación que permite inferir que cada vez más las nuevas generaciones están teniendo más acceso a la educación.

Uno de los hallazgos que se destaca es que hay una tendencia al cierre de brechas por género, en el acceso a la alfabetización. Además, se observa que entre las personas de 60 años y más, la tasa de analfabetismo es 12.0 puntos porcentuales mayor en mujeres que en hombres.

Mientras que en el rango de 30 a 59 años la tasa de analfabetismo es 3.0 puntos porcentuales mayor en mujeres que en hombres. El análisis por grupos de edad revela que el grupo de 18 a 29 años la relación se invierte y la tasa de analfabetismo es 0.3 puntos porcentuales mayor en hombres que en mujeres, mientras que en el rango de niños y adolescentes de 10 a 17 la erradicación del analfabetismo casi se logra, tanto en niños 2.4% como en niñas 1.2%.

Al observar la dimensión territorial se verifica que existen brechas a nivel de departamental, la menor tasa de analfabetismo es en San Salvador 4.6%, seguido de La Libertad 8.5%; mientras que las tasas relativamente altas corresponden a los departamentos de La Unión 19.9% y Morazán 17.3%

➤ **Nivel educativo de las mujeres en edad reproductiva:**

Las mujeres en edad reproductiva que tienen una escolaridad nula son 108,009; las mujeres que han cursado de 1° a 3° grado son 160,696; 4° a 6° grado son 287,210; de 7° a 9° son 448,852; bachillerato lo ha cursado 600,240 y estudios superiores solamente 285,198 mujeres.

➤ **Ámbito laboral:**

Según la EHPM 2019, el ámbito laboral en el que se encuentran las mujeres en edad reproductiva es amplio y es el siguiente: Ganadería: 28,644 mujeres; Pesca: 2,061 mujeres; Explotación de mineras: 73 mujeres; Industria de manufactura: 150,804 mujeres; Suministros básicos: 4,855 mujeres; Construcción: 3,707 mujeres; Comercio: 382,518 mujeres; Transporte, almacenamiento y comunicación: 15,695 mujeres; Ámbito financiero: 51,874 mujeres, Administración pública y defensa: 23,133 mujeres; Enseñanza: 34,538 mujeres; Servicios sociales y de salud: 86,145 mujeres; Servicio doméstico: 107,077 mujeres, Otros trabajos: 150 mujeres.

Es decir, que la mayoría de las mujeres en edad reproductiva se encuentra laborando en el ámbito de comercio ya sea este formal e informal, en manufactura o servicio doméstico, y la minoría se encuentra trabajando en explotación minera.

➤ **Seguridad social:**

En el año 2019 el 25.3% de la población total del país manifestó tener algún seguro médico, este porcentaje es de 12.3% en el área rural y de 33.4% en el área urbana, mostrando una importante brecha en términos de área de residencia; la misma que se amplía al compararlo con el AMSS. Es decir, que el 74.4% no poseen acceso a seguro médico.

En cuanto la diferencia por sexo, se observan leves diferencias, puesto que el porcentaje en los hombres supera al de las mujeres en 3.1 puntos porcentuales.

Por su parte, el análisis por quintiles de ingreso revela una brecha muy marcada, ya que, del quintil con más altos ingresos, el 46.6% se encuentra cubierto mientras que en el quintil con menos ingresos sólo el 2.2% lo está.

De la población cubierta con seguro médico, el 91.9% tiene acceso a seguro médico por medio del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) ya sea como cotizante, beneficiario o

retirado, el 6.0% lo tiene a través del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el 1.6% por medio del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA), mientras que el 0.4% cuenta con un seguro privado colectivo u otro.

3.2 CUIDADOS MATERNOS DURANTE EL EVENTO OBSTÉTRICO

3.2.1 CONTROL PRENATAL

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: Vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo con las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a). (23)

De acuerdo con la normativa del MINSAL, el control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- *Prenatal básico*: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
- *Prenatal especializado*: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra, en este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

➤ **Formula obstétrica:**

La fórmula obstétrica es la forma universal de resumir los antecedentes obstétricos de la mujer embarazada, contiene 5 siglas las cuales son: GPPAV y su significado es el siguiente:

G: Gravidez o número de embarazos totales incluyendo abortos, partos prematuros, a término más el actual.

P: Número de partos a término o nacidos a las 37 o más semanas de gestación.

P: Número de partos prematuros o nacidos antes de las 37 semanas de gestación.

A: Número de abortos.

V: Hijos vivos actualmente.

➤ **Asistencia a controles:**

Según los indicadores de salud, la cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años para el año 2019 en el red de servicios públicos del país es del 66.6% de todos los embarazos, es decir, que hay un 34% de gestantes que no asisten a controles prenatales o tienen sus controles en clínica privada. (21)

➤ **Nivel de riesgo:**

Es la probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo/a sufran un evento adverso en el proceso en cuestión. Las usuarias que tienen antecedentes o condiciones de riesgo relacionadas con los embarazos anteriores deben ser derivadas a la atención de riesgo reproductivo preconcepcional (RRP).

Las usuarias mayores de 35 años, así como las identificadas con patologías o condiciones no relacionadas con el embarazo deben ser derivadas a la consulta RRP para su atención integral por la condición de la edad como factor de riesgo, previa consejería integral por parte del personal de salud que la evalúa en ese momento.

➤ **Consumo de vitaminas y minerales prenatales:**

La administración de suplementos de ácido fólico después del primer mes de gestación no servirá para prevenir defectos del tubo neural, aunque sí contribuirá, en cambio, a otros aspectos de la salud materna y fetal, como es prevenir la anemia materna y ayudar al crecimiento fetal, de ahí la importancia de iniciar en el periodo preconcepcional.

Los micronutrientes son: Ácido fólico (tableta de 5 mg) una tableta vía oral cada día, durante todo el embarazo. En usuarias con antecedentes de embarazos con defectos de tubo neural prescribir 4 tabletas al día durante los primeros 3 meses de embarazo. Sulfato ferroso (300 mg) una tableta al día desde la semana 16, hasta finalizar el embarazo y el puerperio.

Si la usuaria presenta anemia indicar tratamiento con hierro al momento que se detecte. Calcio (600 mg) 2 tabletas vía oral cada día para usuarias con factores de riesgo para preeclampsia de la semana 16 hasta finalizar el embarazo y el puerperio.

➤ **Vacunación prenatal:**

Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano debe recibir dos dosis de Td durante el embarazo: cumplir 1ª dosis de Td a partir de las 16 semanas de gestación, programar la 2ª dosis en 1 mes.

Se continuará el esquema 1 año después, según el caso. Si ya inició esquema, cumpla una dosis de refuerzo durante el embarazo actual. Dosis: 0.5 cc IM en músculo deltoides del brazo. Inmunizar contra la influenza gestacional, cumplir a partir de las 12 semanas de embarazo (23).

➤ **Plan de parto:**

Consiste en una serie de acciones que realizan la mujer y su familia, apoyándose en la organización de actores sociales claves existentes y la participación activa de la comunidad, a fin de prever todo lo necesario para la atención de la embarazada y al recién nacido/a, las cuales

serán facilitadas por el personal de salud para lograr la búsqueda oportuna de atención en salud, ante una emergencia obstétrica, perinatal y para la atención humanizada del parto institucional y contribuir a una maternidad segura.

El objetivo de este plan es contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal, en el marco de la atención primaria en salud integral. Los aspectos principales que se persiguen son:

- a) Fomentar en la embarazada y su grupo familiar una cultura de preparar con anticipación los recursos necesarios, así como la toma de decisiones para la búsqueda oportuna de la atención durante el embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido/a.
- b) Fortalecer el vínculo y alianzas entre la embarazada, familia, comunidad y proveedores de servicios de salud, para facilitar el acceso a la atención humanizada institucional del parto y atención ante una emergencia obstétrica.
- c) Fortalecer las competencias del personal de salud para apoyar a la mujer y a su familia, para implementar la Estrategia de Plan de Parto, desde el enfoque comunitario. Y prevenir la violencia obstétrica.
- d) Promover la participación de actores sociales claves y la comunidad para facilitar la atención institucional de la embarazada y el recién nacido/a.

La Estrategia Plan de Parto debe iniciarse en forma temprana en toda embarazada detectada por algún proveedor de salud institucional, antes de las doce semanas. Sin embargo, de no ser esto posible, debe implementarse en cualquier momento del embarazo (independientemente su edad gestacional), ya que se puede presentar cualquier complicación en estos períodos, y poner en riesgo la vida de la madre y el producto de la gestación. También es importante señalar, que en el área rural o urbana donde exista un ECOS Familiar, éste será el responsable de facilitar la operativización.

Los momentos establecidos para que la Estrategia Plan de Parto sea implementada son:

- Embarazo
- Parto
- Posparto y recién nacido.

El personal de salud desarrollará acciones educativas con la embarazada, destacando sus deberes y derechos sobre salud sexual y reproductiva y los cuidados de su recién nacido/a, por tanto, es importante generar espacios para aclarar todas dudas y necesidades de información en relación con la Estrategia Plan de Parto, involucrando a su pareja, familia y comunidad. El proceso será continuo y se dará con un enfoque de igualdad de género e impulsará la necesidad del apoyo a la mujer en la toma de decisiones para la búsqueda oportuna de la atención en salud para la asistencia a sus controles prenatales, atención del parto, post parto y recién nacido/a (24).

3.2.2 TRABAJO DE PARTO Y PARTO

El parto es el proceso mediante el cual el producto de la concepción sale del organismo materno. Se admite como parto cuando la usuaria cuenta con un embarazo mayor de 22 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos. En el enfoque de parto seguro, el nacimiento es considerado como una manifestación natural, significa que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir una experiencia segura y satisfactoria para ella y su recién nacido/a.

➤ **Fecha de parto:**

La fecha probable de parto se calcula utilizando la regla de Naegele: Al primer día de la fecha de última regla (FUR) se le suman 7 días y al resultado de la suma se le restan 3 meses a los meses.

Cuando la FUR es desconocida o la mujer tiene ciclos menstruales irregulares se debe indicar ultrasonografía para biometría.

➤ **Edad gestacional al parto:**

Se refiere al período de tiempo calculado desde el primer día del último período menstrual normal hasta el momento en que se está evaluando la gestación. Debe tenerse presente la existencia de los ciclos menstruales regulares (aquellos iguales o mayores a 21 días e igual o menor a 35 días) y considerar que la edad gestacional es igual a amenorrea (edad menstrual), la cual se calcula contando desde el primer día de la FUR, hasta el día de la consulta, luego la cantidad de días calculada se divide entre 7 para obtener las semanas de amenorrea.

➤ **Alimentación durante el trabajo de parto:**

Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.

El proceso de parto supone una actividad física similar a las de un ejercicio aeróbico moderado y continuo, con su consecuente consumo de oxígeno y glucosa, producción de dióxido de carbono, y niveles de lactato en sangre materna, por lo que una restricción severa de bebida y comida puede conducir a un estado de deshidratación y cetosis. Históricamente este problema ha sido tratado comúnmente con la infusión intravenosa de glucosa a altas dosis, sin embargo, se ha demostrado que altas dosis de glucosa pueden provocar un hiperinsulinismo fetal, por tanto, una hipoglucemia neonatal y niveles sanguíneos elevados de lactato, así que no se considera como la mejor medida para evitar este problema.

➤ **Hidratación parenteral:**

Recomendar la hidratación por vía oral, evitar el empleo rutinario de hidratación intravenosa, analgésicos y sedantes, durante el trabajo de parto normal a menos que existiera alguna indicación como en preeclampsia grave en la cual si está permitido realizarla para evitar complicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud no se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.

➤ **Rasurado de periné:**

No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes de un parto vaginal.

➤ **Enema evacuante:**

No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto, el enema se aplicaba de forma sistemática porque se suponía que evitar una posible salida de heces durante el expulsivo reducía la incidencia de infecciones neonatales y puerperales. Se pensaba también que su administración podía estimular las contracciones, acortando la duración del parto. Pero los estudios sobre qué acontecía al respecto, con y sin enema previo, concluyeron que no había diferencias significativas, ni en lo uno, ni en lo otro, y que la evidencia científica disponible era insuficiente para recomendar el uso rutinario de un enema en todos los partos.

Hoy, la actitud correcta es dar una buena información a la embarazada, para que sea ella quien decida si desea que se lo apliquen o no, salvo casos concretos en los que es recomendable administrarlo (25).

➤ **Monitorización cardiaca fetal intraparto:**

Monitoreo fetal no estresante (NST) o prueba de bienestar fetal que se realiza mediante el registro y análisis de los cambios de la frecuencia cardíaca fetal, relacionados con los movimientos espontáneos del feto. Puede realizarse a partir de las 32-34 semanas de embarazo.

Indicaciones:

- Hipomotilidad fetal.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Embarazo postérmino.
- Oligohidramnios o polihidramnios.
- Embarazo múltiple.
- Mortinato previo.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.

- Enfermedades maternas crónicas concomitantes.
- Otras que el especialista considere necesaria.

Parámetros para evaluar:

- Frecuencia cardíaca fetal (FCF) basal: es normal de 120-160 lpm.
- Variabilidad a largo plazo (fluctuación de la FCF basal durante un minuto o más): Es normal de 6 a 25 lpm.
- Cambios de la FCF con los movimientos fetales.

NST reactivo:

Cuando se producen 2 aceleraciones de la FCF de más de 15 latidos, con una duración de por lo menos 15 segundos, en un lapso máximo de 20 minutos, relacionados con los movimientos fetales. El NST reactivo es indicativo de bienestar fetal.

NST no-reactivo:

Cuando los movimientos fetales no se asocian a ascensos durante 20 minutos de observación.

Acciones:

- Estimular al feto gentilmente.
- Cambiar de posición a la usuaria.
- Prolongar el trazo por 20 minutos más.
- Si la usuaria está en ayuno (8 horas sin aporte calórico).
- Si la usuaria no es diabética, debe dar una bebida azucarada.
- Indicar deambulación.
- Repetir NST 30 minutos después.

Hallazgos anormales:

- Bradicardia: FCF 160 lpm por 4 minutos o más.
- Variabilidad a largo plazo disminuida: < 5 lpm.

- Desaceleraciones variables atípicas: Se consideran patológicas. Se caracterizan por disminución de la FCF a menos de 80 lpm y una duración mayor o igual a 1 minuto.

Condiciones técnicas del monitoreo fetal electrónico:

- Registrar en el papel del monitor: Nombre y edad de la usuaria, n° expediente clínico de la usuaria, fecha, hora de inicio y de finalización del estudio. interpretación del estudio, sello y firma del médico quien interpreta el trazo.
- La velocidad de registro en 1 o 3 cm/min.
- Posición de la usuaria: semisentada o en decúbito lateral, evitando siempre la posición de decúbito supino, a fin de que no se produzca el síndrome hipotensivo supino y las alteraciones consiguientes de la frecuencia cardíaca fetal.
- Si la usuaria está sometida a un tratamiento farmacológico sedante, debe indicarlo, y, si fuese posible, debe realizarse la prueba antes de la toma de dicho fármaco.
- La usuaria debe haber ingerido alimentos en las últimas 4 horas.
- Palpación del abdomen en busca del dorso fetal (maniobras de Leopold).
- Auscultar el FCF con estetoscopio previa a la colocación del transductor.
- Registrar en el expediente el resultado del estudio y el plan de manejo.²²

➤ **Estado de membranas ovulares:**

Las membranas ovulares son capas de tejido que recubren el saco ovular y el corion, son dos fetales (amnios y corion) y una de origen materno (decidua), estas pueden estar rotas o integras.

Se conoce como la ruptura prematura de membranas o hidrorrea amniótica, aquella que espontánea o artificialmente se lleva a cabo en embarazos mayores de 20 semanas, antes de iniciarse el trabajo de parto. Las causas que con más frecuencia favorecen o producen la ruptura prematura de membranas se engloban en dos grandes grupos:

Causas predisponentes:

Desarrollo inadecuado de las membranas, corioamnionitis, infiltración sanguínea corioamnionítica por sangrados del tercer trimestre del embarazo, multiparidad, anomalías congénitas uterinas y cervicales, polihidramnios y embarazos múltiples.

Causas desencadenantes:

Hipertonía uterina por desprendimiento prematuro de placenta normoincorta o administración errónea de oxitócicos, contracciones de Braxton Hicks intensas, situaciones transversas, exploración manual vaginocervical brusca, contusión abdominal y coito.

➤ Conducción del trabajo de parto:

Es la estimulación artificial de las contracciones uterinas cuando el trabajo de parto ya se ha iniciado espontáneamente.

Indicaciones:

- Fase de latencia prolongada, inercia primaria.
- Incoordinación o disminución de la contractilidad uterina.
- Detención del descenso y la dilatación.

La conducción del parto consiste principalmente en:

- Rotura Artificial de Membranas (RAM) o Amniotomía:

Se define como RAM la metódica a partir de la cual se produce la pérdida de continuidad de las membranas ovulares, realizada en forma artificial a través del tacto vaginal y usando una pinza, manteniendo estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia. Este procedimiento busca influir en la actividad uterina aumentando su frecuencia, intensidad y duración.

Es importante asegurarse que la cavidad pélvica esté completamente ocupada por la presentación (I plano de Hodge), para evitar procidencias de cordón que pueden llevar a un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal.

Para esto la Amniotomía debe realizarse con el útero en reposo y permitir que el líquido amniótico escurra lentamente, de tal manera que no se arrastre el cordón.

- Aceleración Oxitócica:

Se busca obtener 3 a 5 contracciones en 10 minutos, manteniendo un buen control de la FCF. Si las condiciones clínicas y logísticas lo permiten, se hará monitoreo continuo de la FCF, especialmente cuando haya una prueba de trabajo de parto o se haya indicado en mujeres con una cesárea anterior. Frente a casos de taquisistolía ($DU \geq 6$ en 10 min) se deberá disminuir o suspender la dosis oxitócica.

➤ **Alivio del dolor farmacológico y no farmacológico:**

La dilatación del cuello uterino y las contracciones, producen intenso dolor durante el trabajo de parto. Algunas mujeres pueden tolerar el dolor sin necesidad de ayuda, sin embargo, la gran mayoría agradecerá algún tipo de analgesia.

Métodos no farmacológicos:

Algunos métodos no farmacológicos que han demostrado disminuir el dolor durante el trabajo de parto son la deambulación, el acompañamiento, la luz tenue y acupuntura, otras técnicas de relajación y de respiración se utilizan mucho en Europa y en países donde no se usa la anestesia.

Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.

Métodos farmacológicos:

Drogas sistémicas: El óxido nitroso inhalatorio, de efectividad dudosa, pero con buena disponibilidad en el servicio público, u opioides endovenosos como el demerol (30 mg ev en bolo) que cruza la barrera placentaria, y podría producir depresión respiratoria neonatal. Su efecto dura 2-3 horas, de modo que solo debe ser usado en la fase latente (no cerca del parto). Otra opción es el Remifentanil, en infusión continua endovenosa, el cual no cruza la placenta y no tiene efecto sedante en el feto/recién nacido/a.

Analgesia/anestesia regional o Analgesia neuroaxial: es el método de elección. Se administra mediante un catéter peridural (epidural) que permite la administración de dosis fraccionadas, continuas o auto administradas (por medio de una bomba con un dispositivo que la usuaria presiona si necesita más analgesia). Las drogas administradas suelen ser combinaciones de anestésicos locales (Lidocaína, Bupivacaína) y opioides (Fentanyl).

Anestesia peridural: no prolonga la fase de dilatación del trabajo de parto (ni la fase latente y ni la fase activa), de modo que puede ser administrada cuando la usuaria lo requiera. La anestesia peridural sí prolonga significativamente la duración del expulsivo y dificulta el pujo materno, siendo esto causa importante de parto con fórceps.

Anestesia local: se usa lidocaína subcutánea en caso de episiotomía, permitiendo hacer la incisión y su reparación sin generar dolor a la usuaria (26).

➤ **Deambulación durante el trabajo de parto:**

Se recomienda la deambulación alterna con reposo, posición sentada y decúbito lateral izquierdo, a fin de mejorar el trabajo de parto, respetando las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación.

➤ **Tactos vaginales:**

Efectuar tacto vaginal cada dos horas en condiciones de asepsia, utilizar guantes descartables o estériles (según estado de membranas). Si las membranas están rotas, limitar el número de tactos vaginales. De acuerdo con el criterio clínico si se requieren tactos vaginales más frecuentes, deberá justificarse la razón en el expediente clínico.

➤ **Acompañamiento de persona significativa:**

La participación de la pareja, esposo u otro miembro de la familia, que la gestante desee durante el parto, deberá ser promovido en los casos que esto sea posible, de acuerdo con la capacidad instalada del establecimiento que brinda la atención. Se debe promover la participación activa de la gestante y del miembro de su grupo familiar que la acompaña (27).

➤ **Uso de balón kinésico:**

El Balón Kinésico también es conocido como pelota suiza, bola de nacimiento, pelota bobata, balón de gimnasia, ballness, bola de prana, bola pezzi, balones de equilibrio, pelotas de ejercicios, pelotas físicas, entre otros términos.

El uso de los balones como complemento terapéutico remonta a principios del siglo XX. En Suiza fueron utilizados en el tratamiento de problemas articulares y para la rehabilitación de usuarios/as neurológicos/as, más tarde en Estados Unidos para estudios de los reflejos, reacciones de enderezamiento y respuestas de equilibrio que componen patrones básicos de postura, movimiento y para tratar lesiones de la espina dorsal entre otros trastornos de la estructura ósea.

Actualmente su uso está en general, muy difundido por sus beneficios, como: aumento de la movilidad, fuerza, resistencia, para trabajar la capacidad cardiovascular, coordinación, equilibrio, propiocepción, etc. Así como también su aprobación por kinesiólogos, psicomotricistas y terapeutas ocupacionales en distintos tipos de tratamientos, ocupándose también en ámbitos deportivos.

Las tres posiciones básicas son: sentada, hincada y parada recargándose sobre ella; estas posiciones son más cómodas con la pelota que sin ella.

El uso de la pelota durante el trabajo de parto, con estas tres posiciones brinda los siguientes beneficios:

- Promueve el descenso fetal.
- Ayuda a que el feto rote cuando se encuentra en posición posterior.
- Aprovecha la ventaja de la gravedad durante y entre contracciones.
- Puede hacer que el trabajo de parto sea más rápido.
- Ayuda a que las contracciones sean menos dolorosas y más productivas.
- Fomenta la relajación de la región pélvica.
- Ayuda a aliviar el dolor en la región lumbar.
- Provee apoyo a los músculos pélvicos sin presión innecesaria.
- Facilita las posiciones fisiológicas que se requieren durante el parto.
- Facilita moverse o mecerse con ritmo.
- Se puede utilizar a pesar de tener colocado el monitor electrónico.
- Ayuda a la movilidad de las articulaciones pélvicas.
- Distribuye el peso del cuerpo para sentirse más cómoda.
- Permite posiciones fisiológicamente adecuadas durante el reposo.

Además, después del parto la pelota tiene estas ventajas (28):

- Sentarse y brincar suavemente sobre la pelota y sosteniendo al bebé sobre los muslos o sobre el hombro cuando este incomodo, suele calmarlo.
- La pelota es un maravilloso instrumento para realizar ejercicios postnatales con objeto de restablecer fuerza y flexibilidad.

➤ **Episiotomía:**

No realizar episiotomía en forma rutinaria. Se ha demostrado que conviene más limitar la episiotomía que practicarla en forma sistemática. Se debe considerar cuando exista indicación precisa como:

- Distocia de hombros.
- Parto podálico.
- Feto macrosómico.
- Posición occipito-posterior persistente.
- Parto instrumental con fórceps o extracción en vacío
- Cicatrizaciones de mutilaciones de genitales femeninos o desgarros de tercero o cuarto grado mal cicatrizados.
- Sufrimiento fetal agudo con parto inminente.
- Cuando el periné sea muy resistente y con riesgo de desgarro.

➤ **Posición materna en el período expulsivo:**

Para las mujeres con o sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.

➤ **Duración del trabajo de parto activo:**

El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.

La duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.

➤ **Duración del período expulsivo:**

El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.

Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas (29).

➤ **Apego precoz:**

Se debe mantener a los recién nacidos/as sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.

➤ **Parto humanizado:**

Toda mujer en trabajo de parto deben ser tratadas con respeto, asegurando su privacidad y evitando la agresión física, verbal y psicológica. La participación del compañero, esposo u otro miembro de la familia, que la gestante desee durante el parto, deberá ser promovido en los casos que esto sea posible, así mismo se debe promover la participación activa de la mujer gestante y el miembro de su grupo familiar que la acompaña. También se debe promover el contacto precoz inmediato al nacer de la madre y el padre con su hijo/a (25).

Una experiencia de las mejores prácticas para la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave es ejecución de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal en el Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” de Cojutepeque, del MINAL. Para el año 2018 atendió 2595 partos hospitalarios, fomentando el parto institucional con el apoyo de la RISS (Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud) y con el objetivo de mejorar la

humanización en la atención del parto, iniciando con la implementación de ejercicios psicoprofilácticos en la atención del parto.

El principal objetivo de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal es preparar a la gestante y su pareja, con proyección a familia, de manera integral, es decir, física, cognitiva y psicológicamente, a través de actividades educativas, técnicas de relajación neuromuscular, técnicas de actividad respiratoria, ejercicios gestacionales, posiciones antálgicas, técnicas de autoayuda y estimulación prenatal, acorde a sus condiciones obstétricas, para lograr en ella conocimientos, actitudes y prácticas saludables, que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, post parto y lactancia, de esta manera, mejorar su calidad de vida y condiciones generales y obstétricas.

La Psicoprofilaxis Obstétrica, pretenden favorecer el desarrollo de tres dimensiones:

- a) *Dimensión actitudinal y emocional* relacionada con cada fase del proceso del parto: predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, disposición para ayudar al recién nacido/a a establecer el vínculo afectivo, así como para atender sus necesidades dentro de un clima emocional positivo.
- b) *Dimensión comportamental*, que contempla el desarrollo de habilidades que permiten afrontar de una manera competente el proceso de la gestación, parto y posparto; estrategias ante los temores y molestias (dolores), técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación.
- c) *Dimensión cognitiva*, relacionada con el proceso del nacimiento y sus implicaciones en las diferentes etapas: gestación, parto y posparto. Conocimiento de los signos de alarma, cuidados especiales, señales del inicio del trabajo de parto, recuperación postnatal, plan de nacimiento entre otros componentes.

Las medidas psicoprofilácticas ofrecen una serie de beneficios a la madre, a su hijo/a, la familia e incluso al equipo de salud, ventajas que han sido resultados de investigaciones científicas publicadas en diferentes latitudes, y la Organización Mundial de la Salud lo incluye en la lista de prácticas recomendables, como la importancia de la educación materna (30).

3.3 RELACIÓN PROVEEDOR/A – USUARIA

3.3.1 PROVEEDOR/A DE SALUD

➤ **Profesional sanitario que proporciona atención prenatal:**

Control Prenatal básico: este tipo de control está dirigido para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, Licenciada en Salud Materno-Infantil (nombre de la carrera con competencias del área de partería profesional en El Salvador), enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.

Control Prenatal especializado: este tipo de control está dirigido para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, según la normativa de atención del Ministerio de Salud de El Salvador, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

➤ **Profesional sanitario que proporciona atención durante el trabajo de parto y parto:**

El personal sanitario que puede proporcionar atención en el trabajo de parto y parto es amplio, entre ellos se encuentran: Licenciadas y Licenciados en Salud Materno Infantil, ya que como se escribió previamente, esta profesión cuenta con conocimiento sobre el manejo de parto, puerperio y recién nacido/a (aunque el Ministerio de Salud Pública no sea su principal empleador en este país), así mismo médicos generales, ginecólogos, obstetras y otro personal calificado. (23)

3.3.2 COMUNICACIÓN PROVEEDOR/A – USUARIA

➤ **Toma de decisiones durante el embarazo y parto:**

La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. El cuidado basado en la evidencia y el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial de la atención humanizada en

el parto; sin embargo, no se debe confundir el modelo humanizado con un movimiento antitecnológico, ni tampoco con un regreso al pasado que implique una visión idealizada del parto tradicional, sino simplemente comprende la atención humanizada: es decir respetando los ideales de la mujer embarazada y en estado de parto; para conseguirlo, se necesita basar los conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar principalmente algunas competencias ético-actitudinales por parte del personal de salud: Respeto, Empatía, Escucha activa y Respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto.

En la atención humanizada del parto, las mujeres deben experimentar una vivencia enriquecedora y las decisiones sobre este especial momento deben ser producto de una consejería integral con enfoque de derechos y género. Además, es importante la prevención de violencia y que no se apliquen procedimientos basados en medidas rutinarias, en forma indiscriminada, así como la estigmatización y revictimización en las mujeres que han enfrentado algún tipo o forma de violencia, el personal de salud debe actuar de acuerdo con lo establecido en los “Lineamientos Técnicos de Atención a Todas las Formas de Violencia” con la persona usuaria que el embarazo sea producto de violencia sexual. Ningún procedimiento en la atención del parto debe existir simplemente por la comodidad del personal que atiende el parto.

En fin, el parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir a las necesidades individuales y particulares de cada mujer.

➤ **Cuidado respetuoso (Trato):**

Los derechos de la usuaria establecen los siguientes requerimientos:

- Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna, respetuosa en el embarazo y en el parto.
- El derecho a no sufrir violencia ni discriminación.
- Recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información.
- Respeto a las costumbres y modos particulares de percibir la seguridad del parto.
- Respeto a la confidencialidad y pudor.

- Atención restringida al personal en formación.
- Evitar manipulaciones innecesarias con fines docentes.
- Resolución adecuada y oferta de tratamiento oportuno y eficaz.
- Aplicación de técnicas al servicio de la madre.
- Información veraz, oportuna, clara y completa sobre la evolución del parto y las condiciones de salud del feto, trato cordial y de respeto.

De lo anterior, se considera que el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. El parto humanizado también debe incluir la oferta adecuada de tratamientos y técnicas, al servicio de la madre y el feto, evitando su utilización rutinaria e indiscriminada; brindando información completa, oportuna y sencilla acerca de todos los procedimientos que le aplicarán a ella o su recién nacido/a.

CAPÍTULO IV: MARCO LEGAL

En El Salvador existen diferentes marcos normativos jurídicos en los cuales se hacen referencias al cuidado materno infantil, dentro de los cuales tenemos: La Constitución de la República, Código de Salud, Código de Trabajo y Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia.

4.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR (31):

Artículo 1. El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.

Artículo 2. Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos.

Artículo 34. Todo menor tiene derecho a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado. La ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia.

Artículo 42. La mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto, y a la conservación del empleo.

Artículo 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

4.2 CÓDIGO DE SALUD (32):

Artículo 48. Es obligación ineludible del Estado promover, proteger y recuperar la salud de la madre y del niño, por todos los medios que están a su alcance.

Artículo 49. El Estado fomentará la creación, mantenimiento y desarrollo de centros, entidades y asociaciones altruistas cuyos fines sean la protección de la madre y el niño.

Artículo 50. El Ministerio dictará las normas que se observan en las instituciones públicas y privadas destinadas a la atención o enseñanza de niños de edad pre-escolar y escolar; éstas quedarán sujetas a inspección en lo referente a saneamiento ambiental y asistencia médica.

4.3 CÓDIGO DE TRABAJO (33):

Artículo 309. El patrono está obligado a dar a la trabajadora embarazada, en concepto de descanso por maternidad dieciséis semanas por licencia, diez de la cuales se tomar obligatoriamente después del parto; y, además, a pagarle anticipadamente una prestación equivalente al 75% del salario básico durante dicha licencia.

En caso de enfermedad que, de acuerdo con un certificado médico sea consecuencia del embarazo la trabajadora tendrá derecho a un descanso prenatal supletorio cuya duración máxima será fijada por la reglamentación del presente Código.

Cuando el parto sobrevenga después de la fecha presunta el descanso tomado anteriormente será siempre prolongado hasta la fecha verdadera del parto y la duración del descanso puerperal obligatorio no será reducida.

4.4 LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (34):

Artículo 23. Cualquier niña, adolescente o mujer embarazada que se encuentre en peligro inminente de muerte o de sufrir daños irreparables para su salud o la del niño o niña por nacer y por ello requiera atención médica de emergencia, será atendida en la institución de salud pública o privada más cercana del lugar donde se encuentre... La insolvencia del requirente o la falta de recursos de la institución requerida no eximirán la atención de la embarazada en trabajo de parto.

Artículo 24. Embarazo precoz. Toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto, deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. El Estado, con la colaboración de la sociedad, deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes. A la niña o adolescente embarazada no se le podrá obligar al sometimiento de exámenes o interrogatorios denigrantes.

CAPÍTULO V: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

<p>VARIABLE:</p> <p>Percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a – usuaria.</p>		
<p>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</p> <p>Interpretación de las sensaciones apreciadas por las usuarias durante los cuidados que le fueron prestados y la relación apreciada con el o la profesional de salud que le proporcionó la atención prenatal, del trabajo de parto o parto.</p>		
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR
Información socio-demográfica de la usuaria	Datos demográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Lugar de residencia
	Aspectos sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Nacionalidad - Estado civil - Nivel educativo - Ámbito laboral - Seguridad social
Cuidados maternos durante el evento obstétrico	Control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> - Formula obstétrica - Asistencia a controles - Nivel de riesgo - Consumo de vitaminas y minerales prenatales - Vacunación prenatal - Pasantía hospitalaria antenatal - Plan de parto
	Trabajo de parto y parto	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de parto - Tipo de parto - Edad gestacional al parto - Alimentación durante el trabajo de parto - Hidratación parenteral - Rasurado de periné

		<ul style="list-style-type: none"> - Enema evacuante - Monitorización cardiaca fetal intraparto - Estado de membranas ovulares - Conducción del trabajo de parto - Alivio del dolor farmacológico y no farmacológico - Deambulación durante el trabajo de parto - Tactos vaginales - Acompañamiento de persona significativa - Uso de balón kinésico - Episiotomía - Posición materna en el período expulsivo - Duración del trabajo de parto activo - Duración del período expulsivo - Apego precoz
Relación proveedor/a – usuaria	Proveedor/a de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional sanitario que proporcionó atención prenatal - Profesional sanitario que proporcionó atención durante el trabajo de parto y parto
	Comunicación proveedor/a – usuaria	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones durante el embarazo y parto - Oportunidad de hacer preguntas o externar inquietudes - Cuidado respetuoso (Trato)

CAPÍTULO VI: DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal realizado en maternidades locales de los países latinoamericanos que acepten participar en el estudio. En el caso de El Salvador se obtuvieron datos de las 28 maternidades de los hospitales de la red pública del país.

6.2 PARTICIPANTES

Usuaris ingresadas en el servicio de puerperio de 28 hospitales con maternidades en El Salvador, que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Puérperas primíparas y multíparas.
- Usuaris que se encuentran en las salas de puerperio, que hayan finalizado el embarazo, trabajo de parto y parto.
- Puérperas que deseen participar en la investigación.

No se aplican criterios de exclusión.

6.3 MÉTODO

Las participantes usuarias fueron seleccionadas según criterios de inclusión durante su estadía en el servicio de puerperio, en quienes se utilizó la técnica de la entrevista previo consentimiento informado.

La recolección de la información utilizó 2 instrumentos estandarizados:

- El primero consiste en una guía de entrevista específica para recoger los principales antecedentes biosociodemográficos de las participantes, que consta de 42 preguntas divididas en 4 secciones: 1) Información general del establecimiento de salud (preguntas 1-3), 2) información sociodemográfica de la usuaria (preguntas 4-11), 3) información del

embarazo (preguntas 12-18), 4) información del trabajo de parto y parto (preguntas 19-42). (Anexo 1).

- El segundo consiste en una guía de entrevista que contempla la aplicación de una escala especialmente diseñada para medir el índice de respeto materno, “The Mothers on Respect index”, (MoRi) por sus sigla en inglés, que evalúa aspectos de la comunicación proveedor-usuaria a través de 15 preguntas, midiendo 3 dimensiones relacionadas con la calidad de la atención otorgada: 1) la toma de decisiones (preguntas 2-8), 2) el cuidado prenatal (preguntas 9-11) y 3) cuidado respetuoso o trato (preguntas 12-15). Este instrumento ha sido previamente traducido al español y posteriormente a inglés, técnica de backguard translate, su traducción adaptada culturalmente al contexto Latino Americano y validado por el equipo investigador del Centro Colaborador de la OPS en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, arrojando una confiabilidad superior a 0.70 de Coeficiente de Cronbach para todas sus secciones (A: 0.74; B: 0.77 y C: 0.78) (Anexo 2).

Plan de recolección de la información: La información fue recolectada por las estudiantes egresadas y la docente asesora designada a la investigación por la Carrera Salud Materno Infantil de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, en las 28 maternidades de los hospitales de la red nacional de establecimientos del Ministerio de Salud de El Salvador, quienes fueron previamente capacitadas para este fin.

La recolección de datos se hizo por parte de las egresadas Yasmín Martínez y Claudia Alfaro. Algunos Hospitales se visitaron por parte de ambas estudiantes y también se realizó recolección individual, a conveniencia de la zona de residencia de cada una de las investigadoras, se recolectaron los datos en cada uno de los hospitales en el siguiente orden y fechas:

- Recolección en dúo:

5 de septiembre - 12 de septiembre del 2021: Hospital Nacional de La Mujer, Hospital Nacional de Sonsonate, Hospital Nacional de Sensuntepeque y Hospital Nacional de Nueva Concepción.
2 de octubre: Hospital Nacional de Ahuachapán.

7 de octubre - 12 de octubre: Hospital Nacional de Santa Ana.

17 de octubre: Hospital Nacional de Metapán, Hospital Nacional de Chalchuapa y Hospital Nacional de Chalaténango.

21 de octubre - 27 de octubre: Hospital Nacional de Ilobasco, Hospital Nacional de Usulután, Hospital Nacional de Jiquilisco y Hospital Nacional de Santiago de María.

30 de octubre - 1 de noviembre: Hospital San Juan de Dios de San Miguel y Hospital Nacional de Ciudad Barrios.

5 de noviembre - 9 de noviembre: Hospital Nacional San Francisco Gotera, Hospital Nacional de La Unión y Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

- Recolección individual Bachiller Claudia Alfaro:

14 de septiembre: Hospital Nacional de San Bartolo y Hospital Nacional de Soyapango.

19 de septiembre: Hospital Nacional de Suchitoto y Hospital Nacional de San Vicente.

21 de septiembre: Hospital Nacional de Cojutepeque.

- Recolección individual Bachiller Yasmín Martínez:

16 de septiembre - 23 de septiembre: Hospital Nacional San Rafael.

25 de septiembre: Hospital Nacional Zacamil.

28 de septiembre: Hospital Nacional de Neumología Saldaña.

30 de septiembre: Hospital Nacional de Zacatecoluca.

Así se completa la recolección de la información, dividiendo la cantidad de instrumentos entre las dos investigadoras, cada una debía recolectar información de 191 guías de entrevista 1 y 2.

Universo: Todas las mujeres en edad reproductiva que se encontraban embarazadas en el periodo en el que se desarrolló la investigación.

Población y muestra: La población de estudio fueron 63,257 partos atendidos en la red de servicios hospitalarios del MINSAL, tomados como referencia del año 2019. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, estableciendo un tipo de

muestreo por conveniencia considerando el cumplimiento de los criterios de inclusión y la firma del consentimiento informado.

Cálculo del tamaño muestral:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde:

N= Tamaño de muestra

Z²= Nivel de confianza (1.96)²

P= Probabilidad de acertar (0.50)

Q= Probabilidad de fallar (0.50)

N= Población total (63,257)

E² = Margen de error (0.05)²

Calculando:

$$n = \frac{(3.8416)(0.50)(0.50)(63,257)}{(63,256)(0.0025) + (3.8416)(0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{60,752.0228}{159.1004}$$

$$n = 381.8470 = \mathbf{382}$$

Por tanto, el tamaño de la muestra que representó la población de este estudio son 382 usuarias ingresadas en el servicio de puerperio de 28 hospitales del MINSAL a nivel nacional.

Para determinar la cantidad de usuarias por hospital, se estableció por medio de la fórmula matemática siguiente: Número de hospitales con servicio de maternidad x número de usuarias atendidas por el hospital a calcular / la muestra total de la investigación, de esta forma, se calculo las usuarias clave en cada uno de los 28 hospitales, tomando en cuenta la cantidad de atenciones que brindó cada uno durante el año 2019.

Con el objeto de garantizar la calidad de los datos, todo el proceso de recolección de la información fue supervisado y cautelado sistemáticamente por la docente asesora de la Carrera Salud Materno Infantil.

El análisis cuantitativo de los datos se realizó luego de introducir los datos y obtener las frecuencias relativas y porcentuales, a través del programa estadístico computacional STATA versión 14.0. y con el apoyo de las gráficas diseñadas en Microsoft Excel que aportan a la interpretación que se debe realizar.

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación cuenta con permisos y visto bueno de dos comités de ética según se describe a continuación. Primero se cuenta con el Aval del Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud del Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador, Acta No. 33/2021 (Anexo 4) así como con la Autorización de la Dirección Nacional de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador, No. 2021-6003-0708 (Anexo 5). En segundo lugar, se cuenta con el permiso ético para realizar este estudio, aprobado por el Comité Ético-Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Central, Acta N° 76/07 N° 475/2019 (Anexo 6) de Santiago de Chile, Chile.

Para proteger la identidad de las participantes, todos los datos son manejados confidencialmente, garantizando a las participantes que ninguna información respecto su identidad será evidenciada en cualquier informe o publicación posterior, a través de leer y otorgar el consentimiento informado para participar (Anexo 3). El estudio no contempló ningún tipo de manejo de sustancias ni procedimientos, por lo que no ha representado ningún riesgo para las participantes.

CAPÍTULO VII: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio sobre la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria proporcionados durante la atención prenatal, el trabajo de parto y el parto, en servicios de maternidad, en los meses de septiembre a noviembre del 2021, contempla los siguientes resultados:

7.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

En El Salvador existen 28 hospitales de la Red Nacional de Salud, pertenecientes a cinco diferentes Regiones de Salud (Central, Paracentral, Metropolitana, Oriental y Occidental), que brindan el servicio de atención obstétrica, es decir, que proporcionan la atención al parto y al recién nacido/a en sus primeras horas de vida. Estas maternidades fueron tomadas en cuenta para el desarrollo de la presente investigación y la cantidad de usuarias participantes se determinó en proporción a la cantidad de partos atendidos por cada hospital, tomando de referencia el año 2019, las cuales se detallan en tabla 1.

La cantidad total de participantes del estudio fueron 382 usuarias. Durante el análisis y discusión de los resultados, se consideró el hecho que 6 usuarias no asistieron a controles prenatales, por tanto, en los aspectos relacionados al embarazo se establece la diferencia de las usuarias que sí recibieron sus controles prenatales y las que no recibieron, esta situación no aplica en las atenciones del trabajo de parto y parto, ya que todas esas atenciones fueron hospitalarias para el total de participantes.

Tabla No. 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS 382 USUARIAS PARTICIPANTES EN LOS 28 HOSPITALES

REGIÓN DEL MINSAL	NOMBRE DEL HOSPITAL	CANTIDAD DE PARTICIPANTES
Región Occidental	Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán. Ahuachapán.	19 Usuaris

	Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", Santa Ana.	27 Usuarías
	Hospital Nacional "Arturo Morales", Metapán.	4 Usuarías
	Hospital Nacional de Chalchuapa.	7 Usuarías
	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate.	37 Usuarías
Región Central	Hospital Nacional General de Nueva Concepción, Chalatenango.	8 Usuarías
	Hospital Nacional General "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango.	8 Usuarías
	Hospital Nacional General "San Rafael", La Libertad	35 Usuarías
Región Metropolitana	Hospital Nacional de La Mujer, "Dra: María Isabel Rodríguez" San Salvador	45 Usuarías
	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández". Zacamil.	17 Usuarías
	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña". Planes de Renderos.	11 Usuarías
	Hospital Nacional General "Enfermera Angélica Vidal de Najarro" San Bartolo.	8 Usuarías
	Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez". Soyapango.	5 Usuarías
Región Paracentral	Hospital Nacional General de Suchitoto, Cuscatlán.	3 Usuarías
	Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque.	15 Usuarías
	Hospital Nacional General "Santa Teresa", Zacatecoluca.	17 Usuarías
	Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani Sensuntepeque.	8 Usuarías
	Hospital Nacional de Ilobasco	6 Usuarías
	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente	10 Usuarías
Región Oriental	Hospital Nacional General "San Pedro", Usulután	14 Usuarías
	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Arturo Mena", Santiago de María	5 Usuarías
	Hospital Nacional de Jiquilisco	4 Usuarías

Hospital Nacional "Monseñor Óscar Arnulfo Romero" Ciudad Barrios	5 Usuaris
Hospital Nacional San Juan De Dios de San Miguel	30 Usuaris
Hospital Nacional de Nueva Guadalupe	6 Usuaris
Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera	12 Usuaris
Hospital Nacional General de la Unión	8 Usuaris
Hospital Nacional General de Santa Rosa de Lima	8 Usuaris

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Considerando los datos anteriores, la Región de Salud con mayor cantidad de atenciones es la Región Metropolitana, debido a que cuenta con 5 Hospitales Nacionales y, por tanto, tiene una mayor cantidad de usuarias atendidas; mientras que algunos departamentos cuentan solamente con 1 hospital para atender a la población total de la zona de influencia, con la característica de que la demanda del servicio es mínima, tal es el caso del Departamento de San Vicente.

En el presente estudio, el municipio con mayor población seleccionada es San Salvador, con un total de 47 usuarias, y el municipio con menor cantidad es Jucuapa, solamente 1 usuaria, lo cual es coincidente con el hecho que en El Salvador el 60% de la población vive en zona urbana: accesible a servicios de salud, y el 40% en zona rural, quienes tienen menos acceso a servicios de salud.

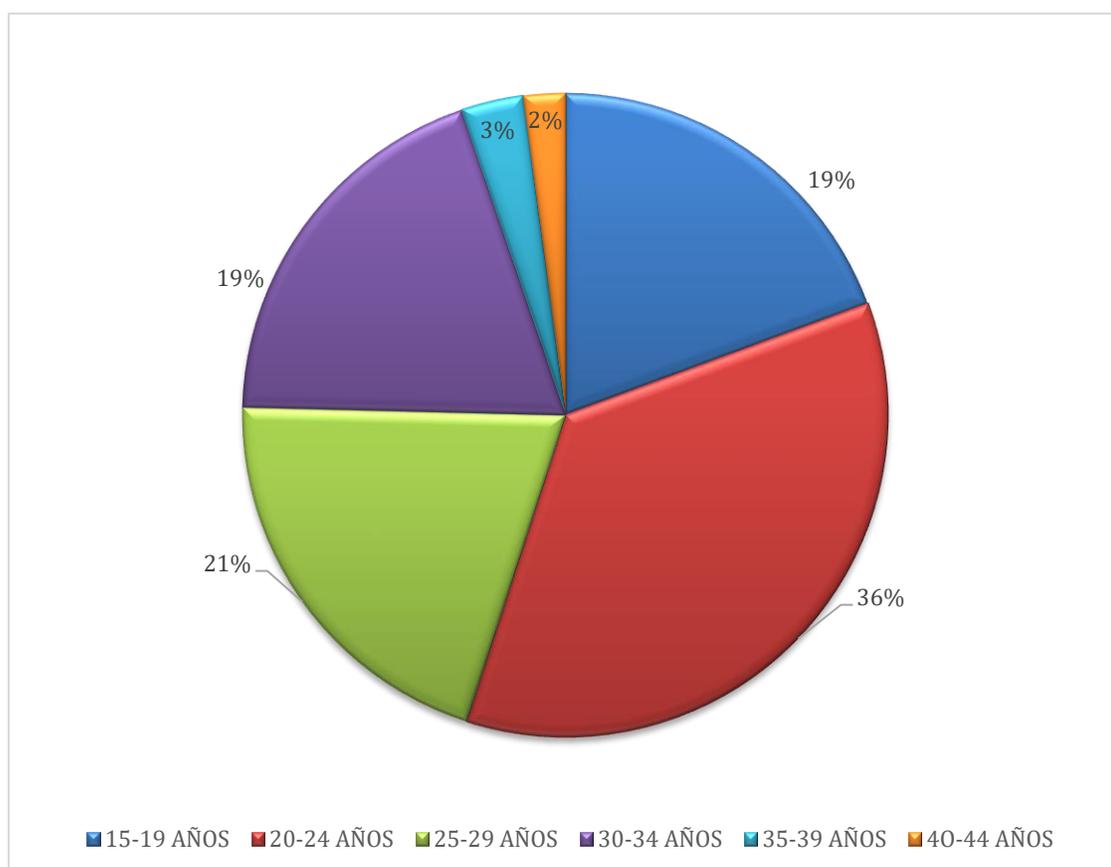
7.2 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS USUARIAS.

El 95% de las personas que se incluyeron en el estudio, son salvadoreñas; sin embargo, se puede evidenciar que, si, hay un porcentaje del 5% usuarias de diversas nacionalidades, en este caso de Guatemala, Honduras y Nicaragua, y son precisamente municipios de los departamentos colindantes con estos países, entre los cuales están: Nueva concepción (Chalatenango), Metapán (Santa Ana), Sensuntepeque (Cabañas) y Cacaopera (Morazán).

La edad reproductiva según la Organización Mundial de la Salud, se define entre los 15 a 49 años de edad, de los datos obtenidos más de la cuarta parte de la población son mujeres que

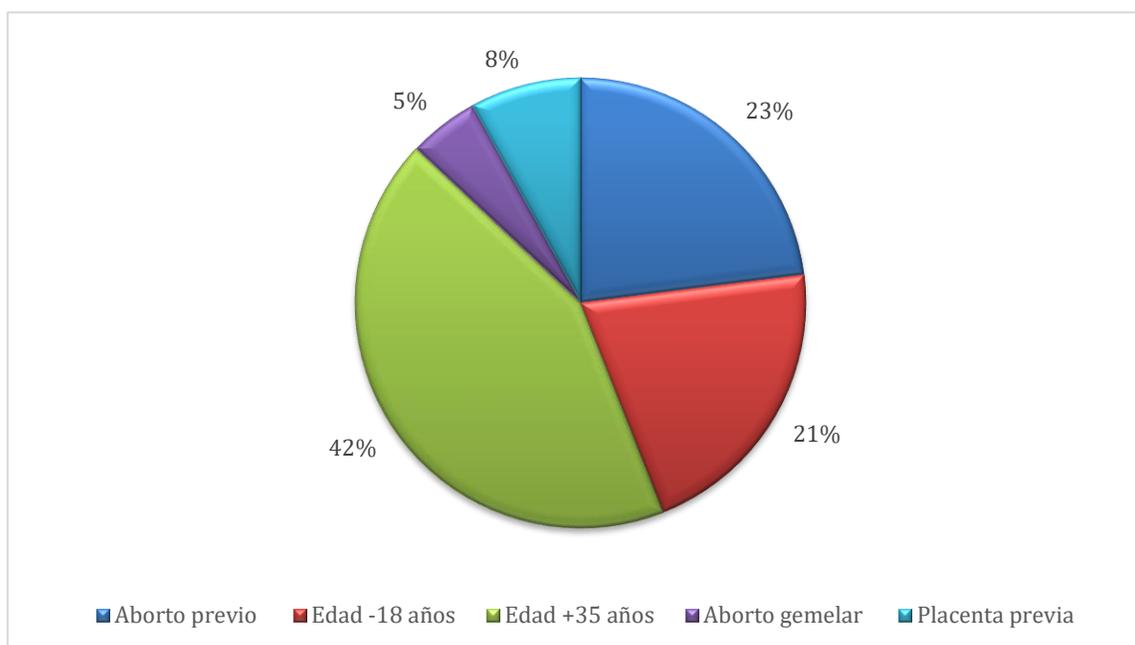
oscilan entre los 20 y 24 años de edad, el 21% son mujeres entre los 25 y 29 años de edad, y un 2% y 3% se encuentran fuera del rango considerado seguro para llevar un embarazo de bajo riesgo (Gráfico 1), lo que lleva a un proceso más complicado de la gestación, pudiendo presentar riesgos diversos como: parto prematuro, aborto, preeclampsia, eclampsia, anomalías congénitas, entre otros. Los riesgos identificados en los controles prenatales de las usuarias son: aborto previo, edad fuera de rango y placenta previa (Gráfico 2).

Gráfico No. 1
EDAD DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Gráfico No. 2
RIESGOS DURANTE LA GESTACIÓN Y PARTO

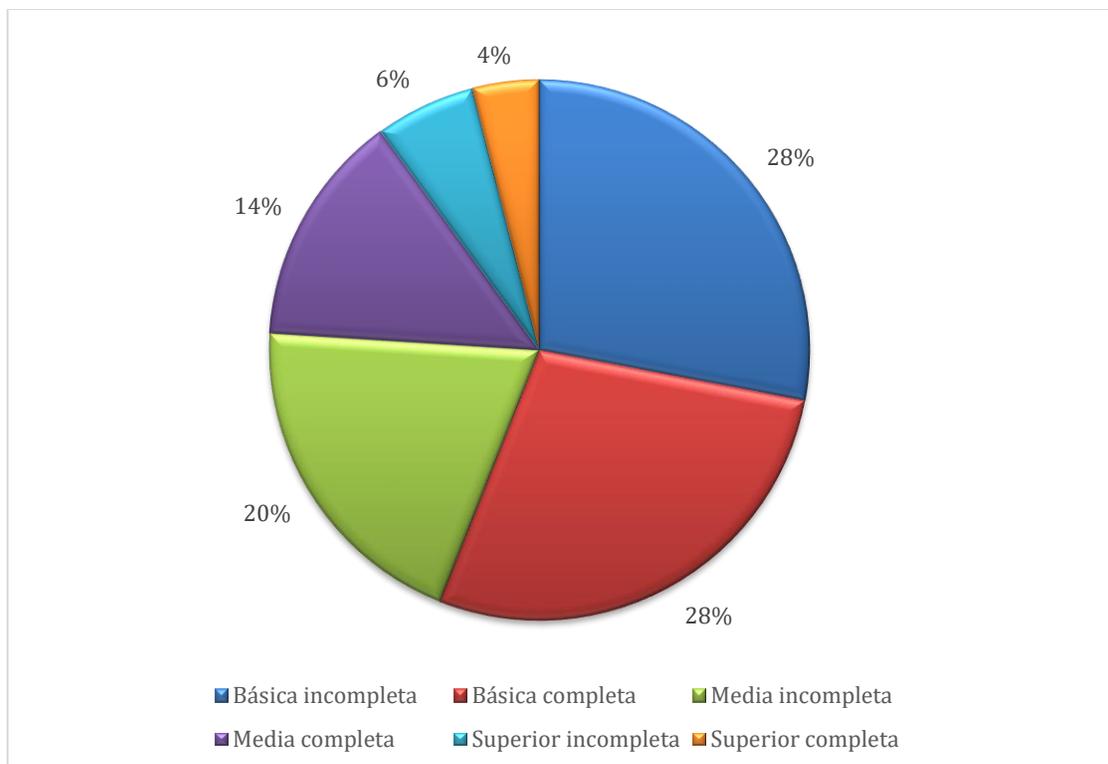


Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

El estado civil del 45% de las usuarias es acompañada, sin haber contraído ningún tipo de ceremonia civil o religiosa. Solamente un cuarto de la población ha contraído matrimonio, un 24% es madre soltera y el 6% viuda.

En El Salvador, la población invisibilizada y sometida siempre ha sido desde décadas pasadas, la femenina; sin embargo, a lo largo del tiempo, muy poca cantidad de mujeres han logrado sobresalir cuando de nivel educativo se trata, en este caso se puede evidenciar que sólo el 4% de la población incluida en este estudio posee una educación superior completa, es decir, que han roto las brechas culminando sus estudios universitarios, aunque existe un 6% que se retiró de la universidad por diversas razones, entre ellas están: falta de apoyo de la familia y/o pareja, dificultad para concentrarse o no pudieron sobrellevar una vida académica y laboral de forma simultánea. La educación media completa sólo la lograron alcanzar el 14%, y el 20% no la completó mientras que la educación básica completa la posee el 28%, también un 28% de usuarias no pudo completar la educación básica, es decir, culminar sus estudios de 1ro a 9no grado (Gráfico 3).

Gráfico No. 3
NIVEL EDUCATIVO DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Con respecto al ámbito laboral, 166 participantes son amas de casa, es decir, que no reciben un salario por las labores que realizan, y otra buena parte de ellas, se desempeña en el área de comercio informal. La menor cantidad de mujeres, tienen una profesión: 9 son comunicadoras y 3 enfermeras. El resto son empleadas domésticas, trabajan en maquila, son emprendedoras o costureras (Tabla 2). Por tal razón, el 82% de las mujeres entrevistadas no tienen un salario base establecido, tampoco cuenta con servicios de seguridad social ni cotización a las Aseguradoras de Fondo de Pensiones (AFP).

Tabla No. 2
EMPLEOS DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES

ÁMBITO LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	166	43%
Comercio informal	58	15%
Auto emprendimiento	23	6%
Empleada en Maquila	39	10%
Empleada doméstica	73	19%
Comunicadora	9	2%
Enfermera	3	1%
Maestra	6	2%
Secretaria	3	1%
Costurera	2	1%
Total	382	100%

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

7.3 INFORMACIÓN DEL EMBARAZO.

El 33% de las usuarias no tiene antecedentes previos de gestación, es decir, que presenta su primer embarazo. El 41% presenta su segundo embarazo y un 2% presenta su cuarto embarazo.

El control prenatal es de estricta necesidad e importancia para llevar un embarazo en óptimas condiciones; sin embargo, existe una pequeña porción de las usuarias que no asistió a controles, conformando un 2% de las participantes.

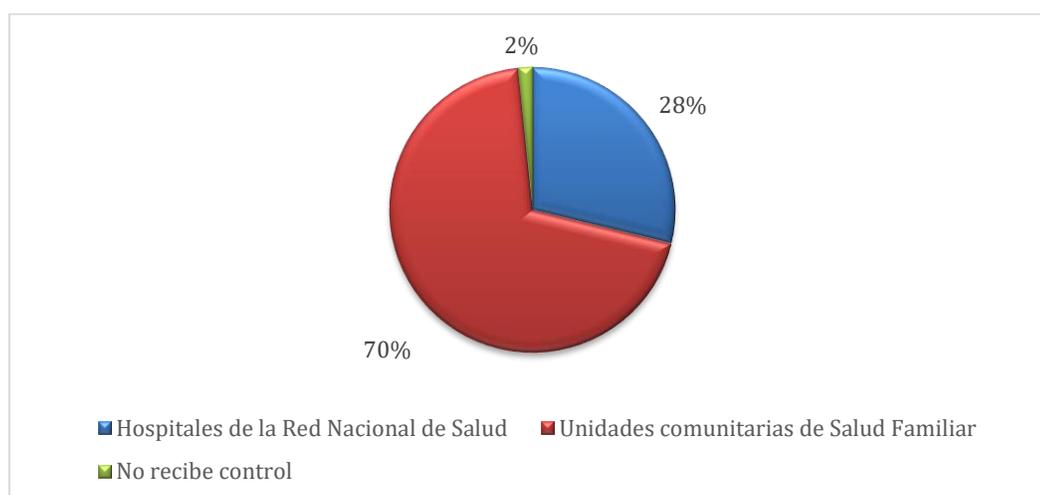
Tabla No. 3
CONTROL PRENATAL DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES

RECIBE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	376	98%
No	6	2%
Total:	382	100%

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

El control prenatal se divide en básico o especializado, el control básico se puede brindar en unidades de salud y el especializado, o de alto riesgo, se debe proporcionar en hospitales de segundo o tercer nivel, por tanto, se puede evidenciar que: el 28% de la población recibió su control en hospitales de la Red Nacional de Salud, mientras el 70% lo recibió en las UCSF de todo el país.

Gráfico No. 4
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE RECIBIÓ EL CONTROL PRENATAL

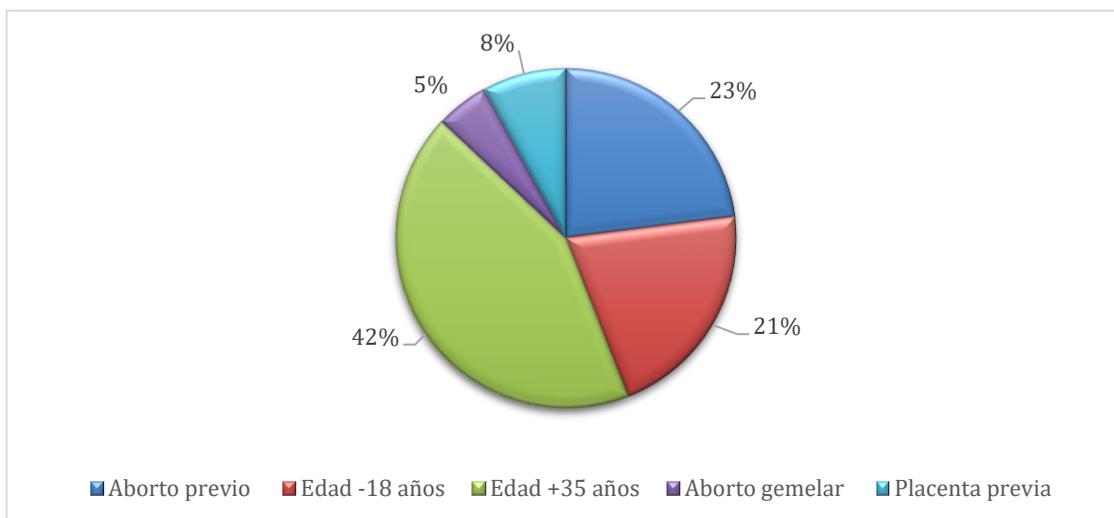


Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

La cantidad de controles, según el Ministerio de Salud de El Salvador, para un embarazo óptimo es de mínimo 5, distribuidos según semanas de gestación. Sin embargo, los resultados de la investigación evidencian la existencia de usuarias que han recibido 1, 2 ó 3 controles, considerándose una deficiente atención prenatal, e inclusive, el 2% de las usuarias no recibió controles prenatales.

Todo embarazo se considera de riesgo, y se divide en riesgo alto y bajo. En el presente estudio, la mayoría de las usuarias presentó un riesgo bajo, es decir, que no presentaban ninguna patología que fuese a incidir en el desarrollo de la gestación. En contraposición, las usuarias de alto riesgo representan un 29% de la población, por lo que fue necesario tener un cuidado más estricto en el transcurso de esta etapa, ya que presentaron: placenta previa (8%), aborto previo único o gemelar (28%) y edad fuera de rango (63%). Razón por la cual llevaron sus controles en hospitales de la Red Nacional de Salud, instituciones encargadas de brindar atención de segundo y tercer nivel por cualquier complicación que pueda presentarse. Sin embargo, siempre se mantienen 6 usuarias a las que no se les diagnosticó riesgo por inasistencia a sus controles prenatales.

Gráfico No. 5
TIPOS DE RIESGOS OBSTÉTRICOS



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En el embarazo, la prescripción de vitaminas y minerales son de estricto cumplimiento, y se trabaja día con día para poder dar la cobertura al máximo; sin embargo, una pequeña porción de la población no las consumió, esto representa un 3% de la población total, mientras que el 95% si las ingirió, y un 2% que no recibió control prenatal por ende no se indicó ni tampoco expresaron haberlas consumido y/o obtenido de venta libre por iniciativa propia.

Del 3% de las entrevistadas que no las consumió, el 31% de usuarias olvidó tomarla y el 48% no sabe por qué no las consumió. Esto significa que las embarazadas que no las consumieron, durante el primer trimestre del embarazo, corrieron el riesgo de presentar defectos de tubo neural en los fetos, mal formación de feto y placenta, retardo del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, entre otras alteraciones.

Tabla No. 4

CONSUMO DE VITAMINAS Y MINERALES DURANTE EL EMBARAZO

CONSUMO DE VITAMINAS Y MINERALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	356	95%
No	20	3%
No recibió control	6	2%
Total	382	100%

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En cuanto a la vacunación durante la etapa prenatal, que se administra para la protección de la madre y el feto en los centros de salud, se encontró que el 100% de las embarazadas las recibieron; incluso aquellas mujeres que no recibieron control, manifiestan haberlas recibido. Es de resaltar, que la vacunación es de suma importancia, ya que con la inmunización se generan anticuerpos en la embarazada, que protegerán a la madre y al feto de enfermedades como: Tétanos y Difteria, Tosferina, Influenza y Covid-19.

Tabla No. 5
VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

VACUNACIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	382	100%
No	0	0%
Total	382	100%

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Durante la atención prenatal, 2 actividades a destacar son: las visitas o pasantías de las usuarias al servicio de atención de partos en los hospitales y la elaboración del Plan de Parto.

En cuanto a las pasantías hospitalarias, estas se realizan con la finalidad que las usuarias se familiaricen con el lugar donde se atenderá su parto, realizándose generalmente en el tercer trimestre de la gestación, en compañía de profesionales sanitarios del primer nivel de atención. Como resultado del estudio, se obtuvo que ninguna usuaria realizó esta pasantía, y la razón es la supresión de ésta en los centros de salud debido a la pandemia Covid-19. Lo que, si se puede rescatar, es que el 45% de las usuarias conocía dicha actividad, con lo cual se intuye que en algunos centros sanitarios se les proporciona información sobre estas actividades de atención durante el embarazo.

El Plan de Parto es un documento legal, en el cual las usuarias tienen representada su planificación de la labor de parto, y es de rigor proporcionarlo en su primer acercamiento al establecimiento de salud, una mínima parte de la población, es decir un 3% no lo recibió, mientras que el 95% de la población si lo tenía.

Entre los motivos por el cual el 3% no tiene el plan de parto, el 1% de las usuarias manifestaron que no sabe que es o que no se lo dieron en los controles y el otro 2% corresponde a usuarias que no recibieron sus controles prenatales y, por tanto, no tuvieron acceso a este documento.

7.4 INFORMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

En la presente investigación, la recolección de datos se realizó en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2021, siendo diferenciada la cantidad de usuarias captadas: para el mes de septiembre, contabilizamos 235 usuarias de atención de parto, en el mes de octubre 78 usuarias y en noviembre 69 usuarias.

Sobre las vías del parto de las usuarias incluidas en el estudio, lo cual depende de las condiciones maternas y fetales, 297 usuarias presentaron un parto vaginal espontáneo y 85 usuarias finalizaron su embarazo con una cesárea.

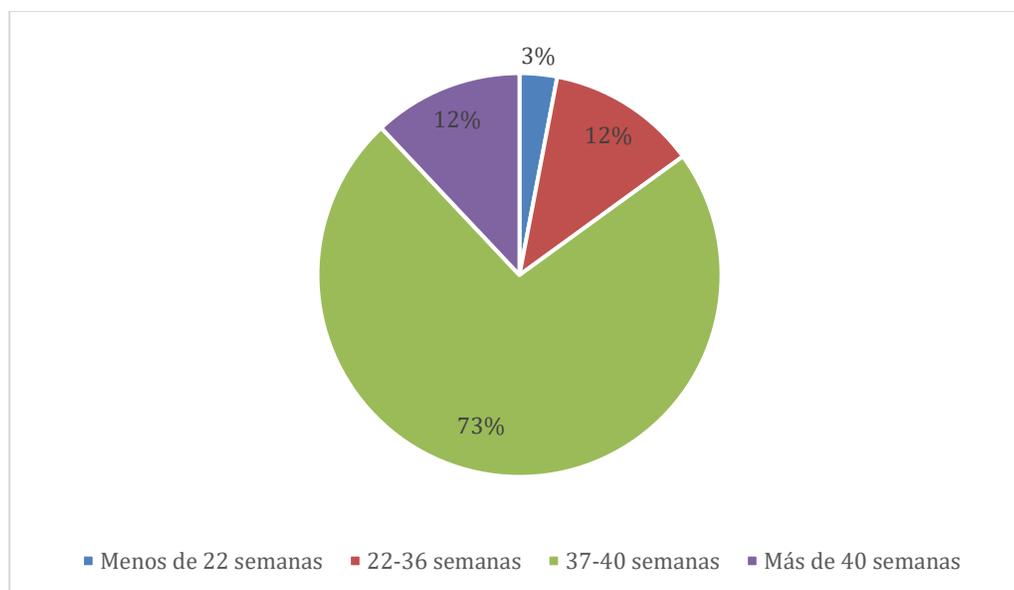
Tabla No. 6
VÍAS DEL PARTO DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES

VÍA DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal espontáneo	297	78%
Vaginal instrumentalizado	0	0%
Cesárea	85	22%
Total	382	100%

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En cuanto a la edad gestacional en la que finalizaron los embarazos, un 73% fue de las 37 a 40 semanas de gestación (de término), un 12% oscila entre las 22 y 36 semanas de gestación (pretérmino) y un 3% sobrepasan las 40 semanas de gestación (posttérmino). Así mismo, se encontró que un 3% de las gestaciones tuvo una interrupción espontánea antes de las 22 semanas de gestación (aborto).

Gráfico No. 6
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO

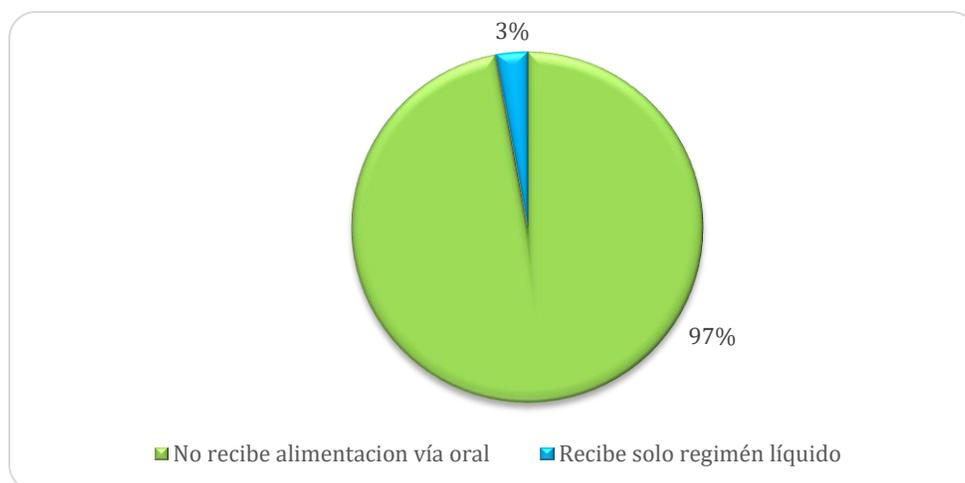


Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Durante la atención del parto, uno de los aspectos fundamentales es la alimentación. Según recomendaciones de la OMS, para mujeres de bajo riesgo puede incluir líquidos y alimentos; sin embargo, 371 usuarias no recibieron ningún tipo de alimentación, mientras que 11 de ellas, recibe régimen de líquidos, a pesar de que en su mayoría son parturientas de bajo riesgo.

Otro aspecto importante es la hidratación de la mujer durante su trabajo de parto y parto, y la hidratación parenteral debería utilizarse solamente en los casos que se amerite, apostándole más a la hidratación oral. Se puede evidenciar que el 100% de las usuarias recibieron hidratación de tipo parenteral, sin fundamentación que determine el por qué se realiza de manera general.

El procedimiento de rasurado perineal no tiene beneficio alguno, al contrario, el uso rutinario puede causar riesgo de infección además de las incomodidades que se presentan cuando el vello vuelve a crecer. Se encontró que el 11% de las usuarias experimentaron este procedimiento, mientras que la mayoría no la vivenciaron.

Gráfico No. 7**USUARIAS QUE RECIBEN ALIMENTACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Tabla No. 7**USUARIAS QUE RECIBIERON HIDRATACION PARENTERAL**

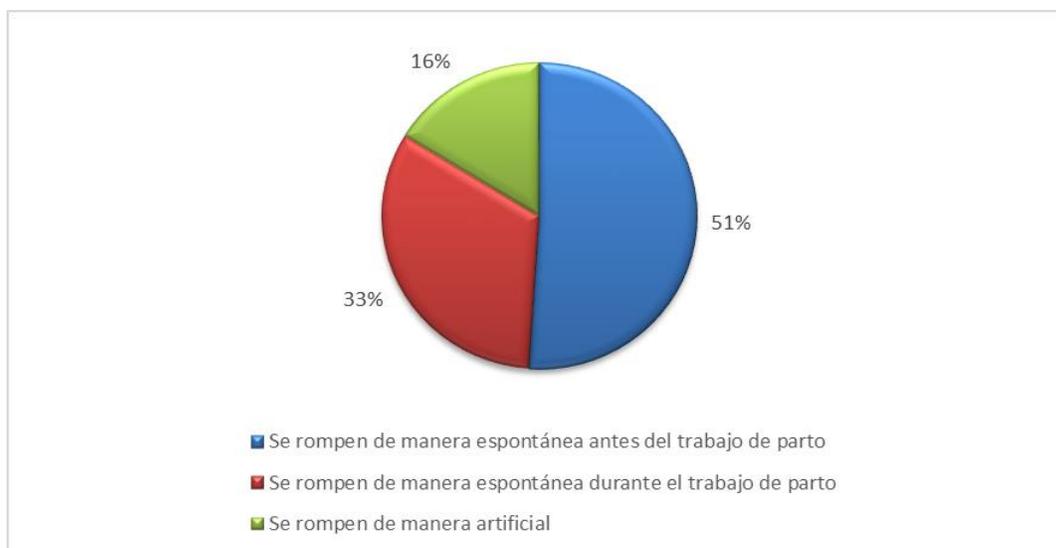
HIDRATACIÓN PARENTERAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	382	100%
No	0	0%
Total	382	100%

Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En cuanto a la ruptura de membranas ovulares, que en la mayoría de los casos ocurre durante el trabajo de parto o 24 horas antes, más de la mitad de las usuarias presentó ruptura antes del

inicio del trabajo de parto, al 33% se le rompe durante el trabajo de parto y a un 16% se le rompe de forma artificial según datos proporcionados por las usuarias.

Gráfico No. 8
RUPTURA DE MEMBRANAS EN LAS USUARIAS

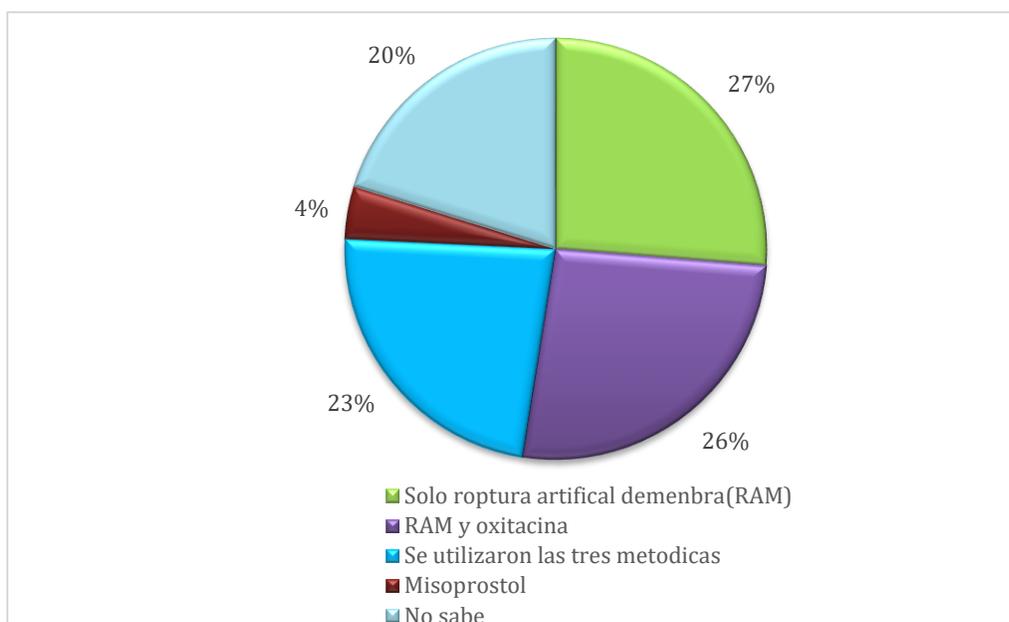


Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

La amniorrexis es una forma de apresurar la labor de parto, ya que parece que acorta el periodo de expulsión. Pero no está exenta de riesgos. La OMS aconseja no romper la bolsa a no ser que haya una detención del proceso, se establece un aproximado de unas cuatro horas de detención del trabajo de parto, para ello se utiliza el partograma, a fin de poder verificar la curva y los tiempos adecuados en los que se lleva a cabo este proceso.

En el total de las usuarias se realiza cuando ya ha presentado contracciones, dilatación, ha habido salida de tapón mucoso y no ha presentado salida de líquido transvaginal, este procedimiento no tiende a ser doloroso, por lo cual las usuarias no presentaron ninguna reacción negativa.

Gráfico No. 9
CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

También es de destacar, que al indagar lo que las usuarias conocen sobre la conducción de su trabajo de parto, en el estudio se evidencia la utilización de la ruptura de membranas sola como una forma de conducción del trabajo de parto (27% de los casos), la ruptura de membrana más el uso de oxitocina (26% de los casos) y ruptura de membrana más oxitocina y anestesia (23% de los casos). Otra forma de conducción del trabajo de parto es el uso de misoprostol (4% de los casos). Existiendo un 20% de las usuarias que responde no saber sobre ello. Además, existe un porcentaje mínimo (que corresponde a las 10 mujeres que presentaron un aborto) que no aplican para este ítem.

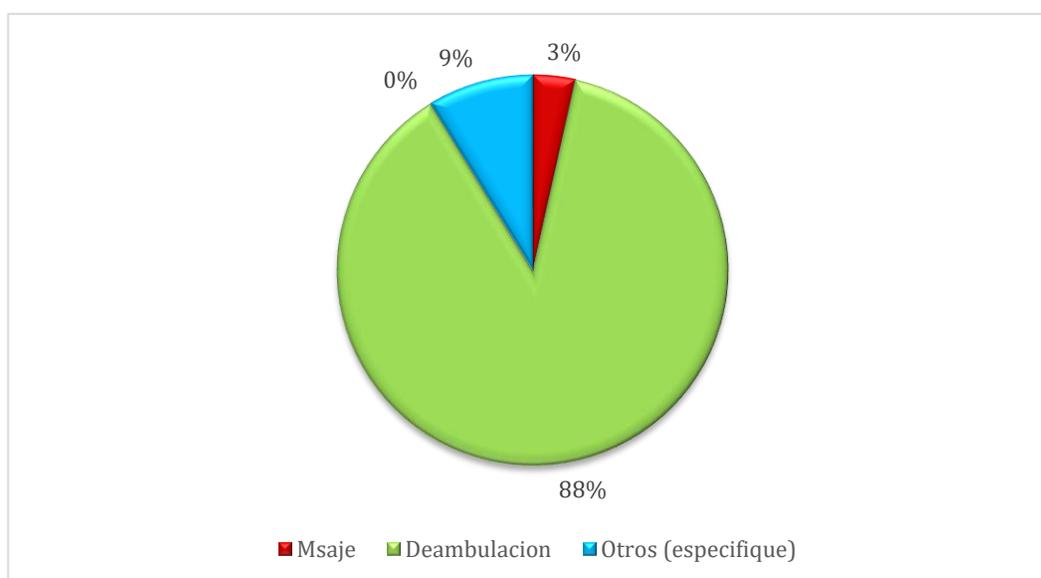
Por otra parte, el monitoreo del trabajo de parto que se realiza para verificar el bienestar fetal, según las respuestas de las usuarias, no se les realizó en el 4% de los casos, el 14% manifestó que le realizaron 1 monitoreo al ingreso, el 49% establece que se le realizó de forma intermitente y el 33% en forma continua.

Durante el trabajo de parto, el dolor es inevitable, y dependerá su intensidad del umbral de dolor de cada usuaria. Para su manejo hay diferentes formas, según el 19% de las usuarias se les proporcionó un manejo farmacológico, un 75% no farmacológico y un 6% mixto.

Al indagar en las usuarias acerca del manejo farmacológico del dolor el 19% manifestó que se le proporcionó Acetaminofén, ello a pesar de que sanitariamente se conoce que este fármaco no tiene beneficios para el dolor de las contracciones uterinas, un 31% no sabe lo que le administraron, y al 54% de las usuarias, que finalizaron su embarazo con cesárea, se le administro anestesia epidural.

El método no farmacológico, consistente en acciones encaminadas a disminuir el dolor por medio de la relajación o de la secreción natural de endorfinas, entre ellas el masaje en el área lumbar, el cual se le realizó al 3% de las usuarias; los ejercicios respiratorios fueron realizados por el 9% de las usuarias; y la acción más utilizada es la deambulacion, realizada por el 88% de las mujeres en el trabajo de parto.

Gráfico No. 10
MÉTODO NO FARMACOLÓGICO PARA DISMINUIR EL DOLOR



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

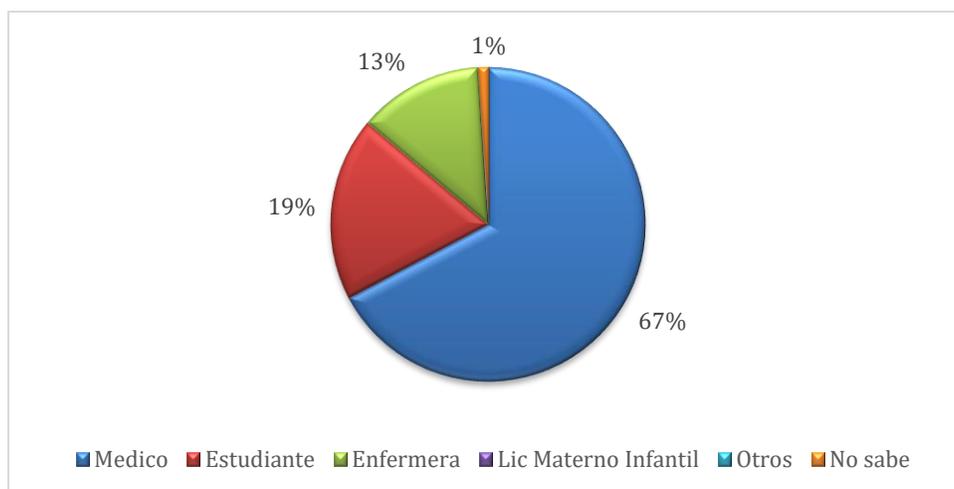
La deambulación se recomienda según el nivel de riesgo que exista en el embarazo, y beneficia al tiempo de dilatación y al descenso fetal. Al indagar en las usuarias, el por qué le indicaron el deambular, el 47% de las usuarias responde que es para ayudar al descenso de su bebé, el 20% mencionó que para disminuir el dolor de las contracciones y un 27% no sabe para que se lo indicaron, sólo lo realizó.

Otra actividad recomendada para disminuir las sensaciones dolorosas de las contracciones y que relaja los músculos pélvicos es el uso del balón kinésico; sin embargo, a la fecha de realización de este estudio, en la red nacional de salud, no se garantiza el acceso a su utilización durante el trabajo de parto, solamente el 21% de las usuarias manifestó que si lo utilizó, en contraste con el 79% que estableció que no lo utilizó, y es específicamente en el oriente del país, donde se cuenta con este tipo de elementos físicos que disminuyen de manera natural el umbral del dolor.

En el estudio también se indagó acerca del uso del enema evacuante y los tactos vaginales. Con relación a los enemas, teniendo presente que su utilización no es recomendada en forma rutinaria, se estableció que solamente el 2% de la población manifestó haber experimentado el uso de éste, y el 98% de la población no lo utilizó.

Gráfico No. 11

PROFESIONALES DE SALUD QUE REALIZAN TACTOS VAGINALES

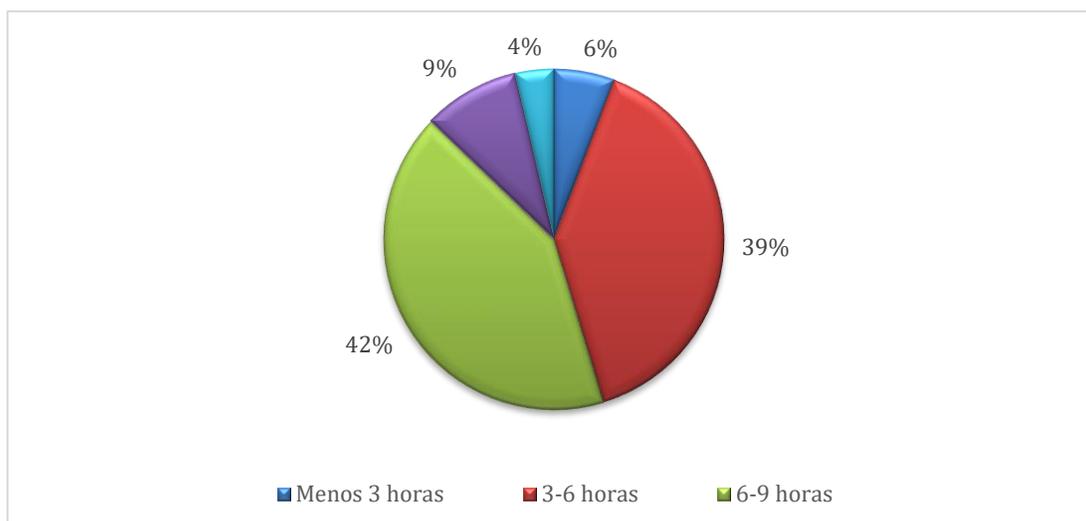


Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En cuanto a los tactos vaginales, que son de suma importancia y necesidad para determinar la dilatación y borramiento cervical en el trabajo de parto, pero que deben realizarse por profesionales competentes y no ser realizados en forma excesiva, el 98% de la población manifestó que: si se lo realizaron, y el 2% no. También es de considerar el tiempo transcurrido entre tacto y tacto con todas las medidas de higiene, que es de dos horas como mínimo. En relación con ello, el 2% de las usuarias manifiestan que sólo se realizó 1 tacto vaginal, un 3% que les realizaron 2 tactos y el restante 95% responde que la cantidad de tactos vaginales oscila de 3 a 5 o más tactos. Los cuales fueron realizados en su mayoría por personal médico de turno (67%), seguido por médicos internos (19%) y enfermeras (13%).

En lo relacionado a la duración de la fase activa del trabajo de parto, las usuarias del estudio describieron que osciló entre 3 a 10 horas o más, desglosándose de la siguiente forma: un 42% manifestó que duró de 6 a 9 horas, el 39% de 3 a 6 horas, un grupo pequeño oscila entre 3 horas y más de 10 horas, y el 4% no sabe cuánto duró.

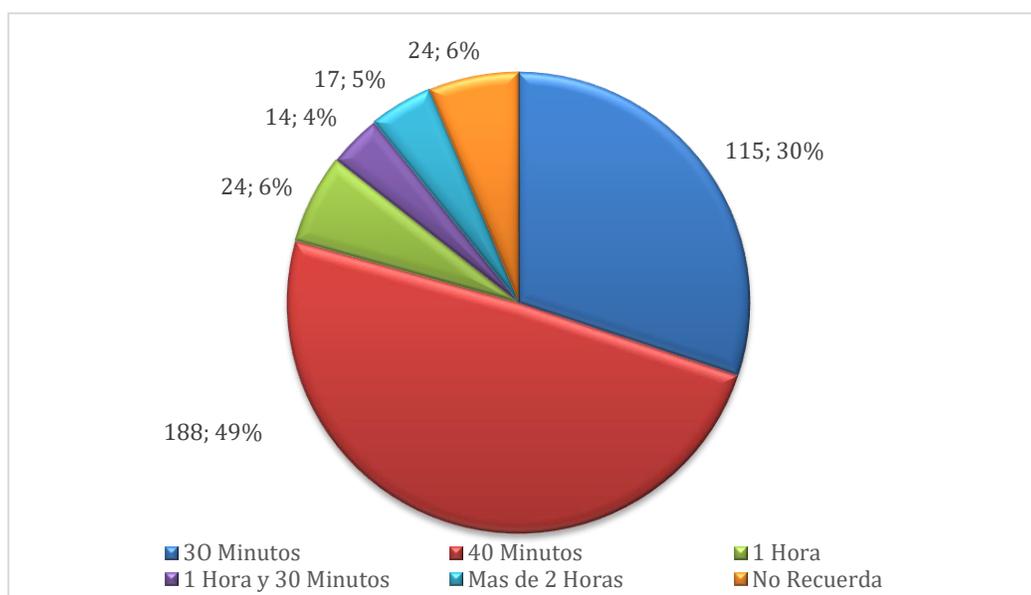
Gráfico No. 12
DURACION DE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En cuanto al período expulsivo, que comprende desde que el cuello del útero ha dilatado por completo hasta el nacimiento del feto, en las usuarias entrevistadas, este periodo tuvo una duración de 49 minutos en el 49% de las usuarias, 30 minutos en el 30% y pocas usuarias tuvieron una duración de más de una hora.

Gráfico No. 13
DURACIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO



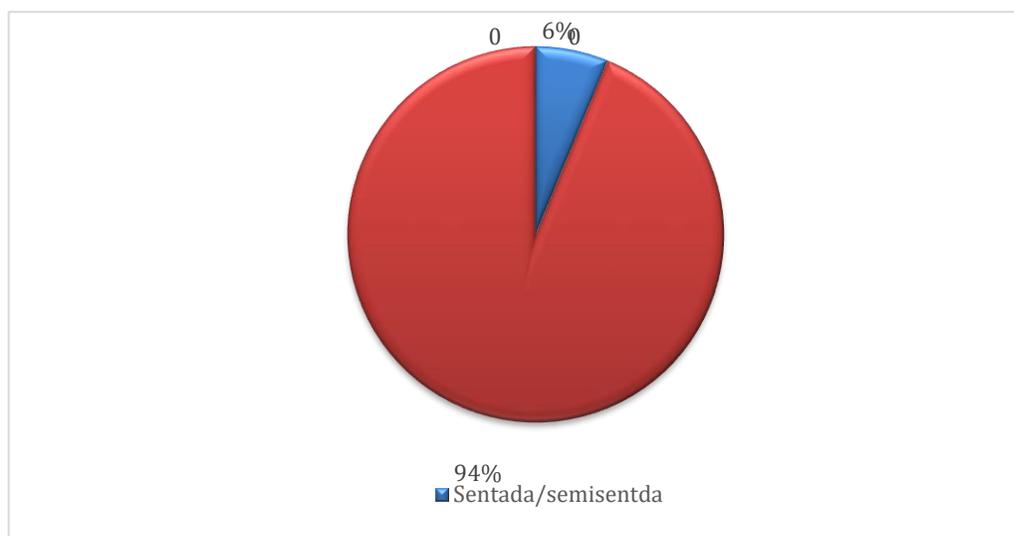
Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

La episiotomía se realiza con la finalidad de ampliar el canal por medio del cual el recién nacido/a saldrá, no se realiza de manera rutinaria, tiene sus indicaciones claras, como, por ejemplo: evitar sufrimiento fetal y evitar desgarros perineales, más de la mitad de las usuarias manifestaron que si se les realizó, y un 47% mencionó que no.

La postura de la madre también influye mucho en cómo será el parto, por ejemplo, si la madre está en litotomía, es más probable que exista un desgarro, existen diversas posturas que se pueden adoptar y que sean más eficientes para un parto vaginal. En el sistema nacional de salud se puede observar que solamente se utilizan 2 posiciones, una más que otra, reflejándose ello en

los resultados obtenidos, en donde el 94% de las usuarias su parto fue atendido en posición de litotomía y 6% de las usuarias tuvieron su parto en posición semisentada.

Gráfico No. 14
POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO VAGINAL

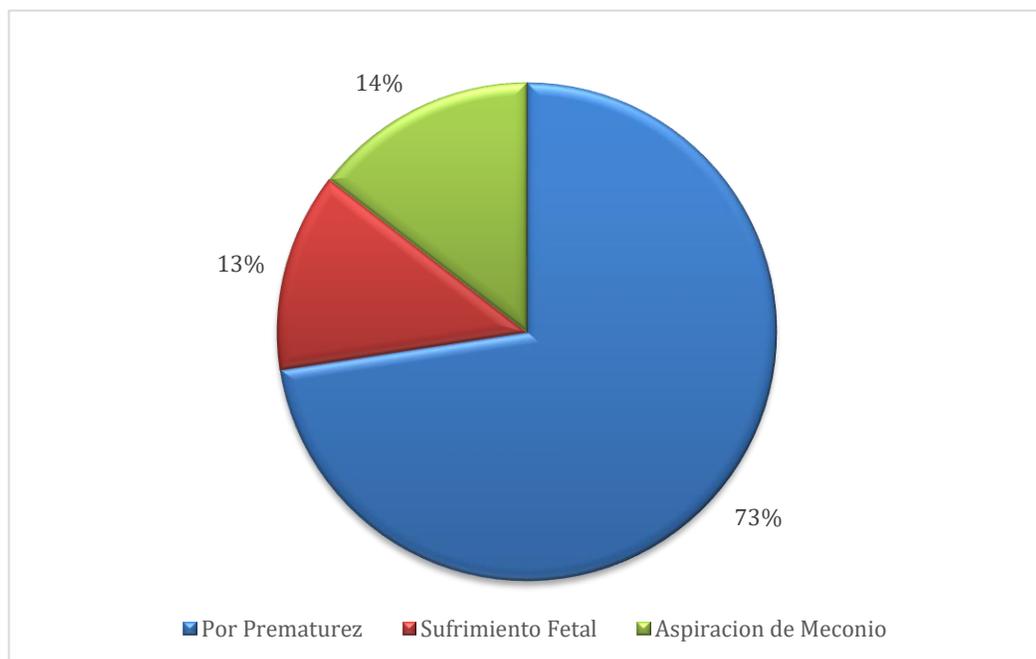


Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Muy relacionado al nacimiento se encuentra el apego precoz, una actividad que logra fomentar el vínculo de madre a recién nacido/a, después del trabajo de parto, donde se reencuentran los dos seres que han estado unidos durante las semanas de gestación, efectuándose en la mayoría de los casos sin alteración materna o del recién nacido/a, en este caso se evidencia que el 87% de las mamás tuvieron apego precoz con sus recién nacidos/as, frente a un 13% de los casos en que no fue posible su realización.

Del 13% de usuarias que no recibieron apego precoz, el 73% de los recién nacidos/as fueron prematuros/as, el 14% aspiraron meconio y el 13% tuvieron sufrimiento fetal.

Gráfico No. 15
MOTIVOS DE NO REALIZACIÓN DEL APEGO PRECOZ



Fuente: Guía de entrevista socio-demográfica y de salud. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

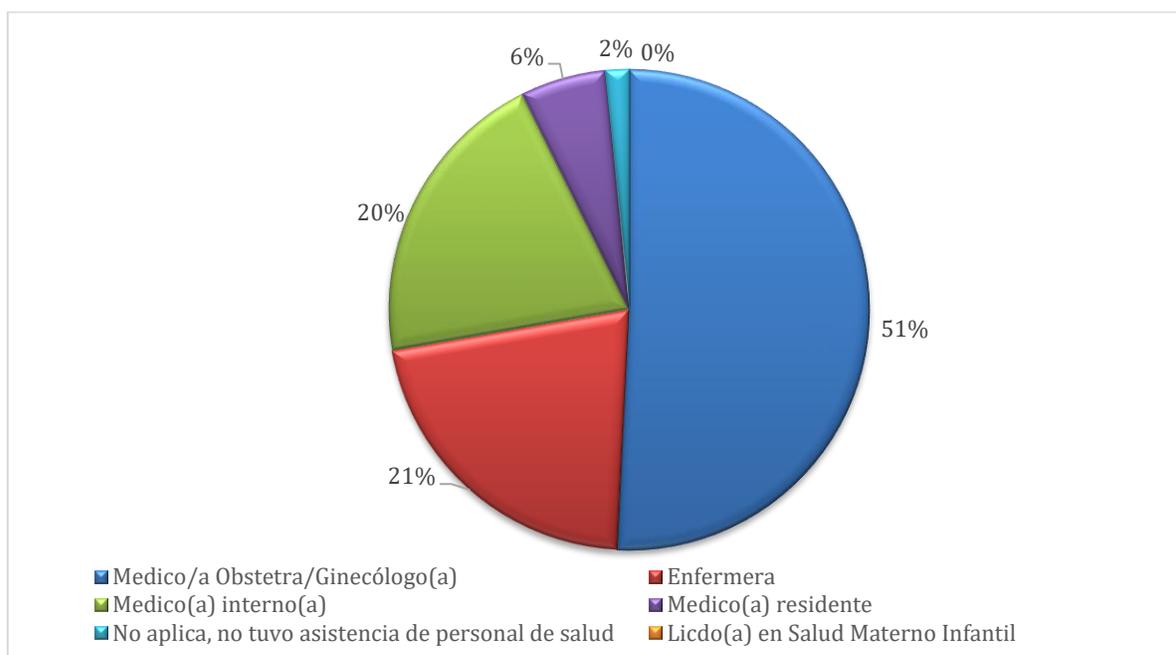
En el sistema público de salud, debido a la pandemia Covid-19, no se acepta el acompañamiento de familiares durante el trabajo de parto; por lo que, en los resultados de la investigación, se evidencia que el 100% de las usuarias llevaron este proceso sin acompañamiento de la pareja, algún familiar o persona que la usuaria decidiese.

7.5 DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE DE MADRES EN RESPETO.

Se realizaron una serie de preguntas a las usuarias, solicitando sus respuestas lo más cercanas a la realidad posible, acerca de las conversaciones y experiencias con el personal de salud que le atendió durante su control prenatal y trabajo de parto y parto sobre sus opciones de cuidado, con la finalidad de determinar la percepción de cada una respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Más de la mitad de los controles prenatales son brindados por Médicos/as Gineco-obstetras, seguido por Enfermeras capacitadas en atención básica; así mismo, los Médicos Internos que realizan sus prácticas en los establecimientos de salud, atienden a una pequeña parte de las embarazadas, y las/os profesionales en Salud Materno Infantil, que están comprometidas/os con el bienestar de la población en periodo de gestación, no han atendido a ninguna usuaria que se encuentre en el presente estudio.

Gráfico No. 16
PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE EL CONTROL PRENATAL
DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES

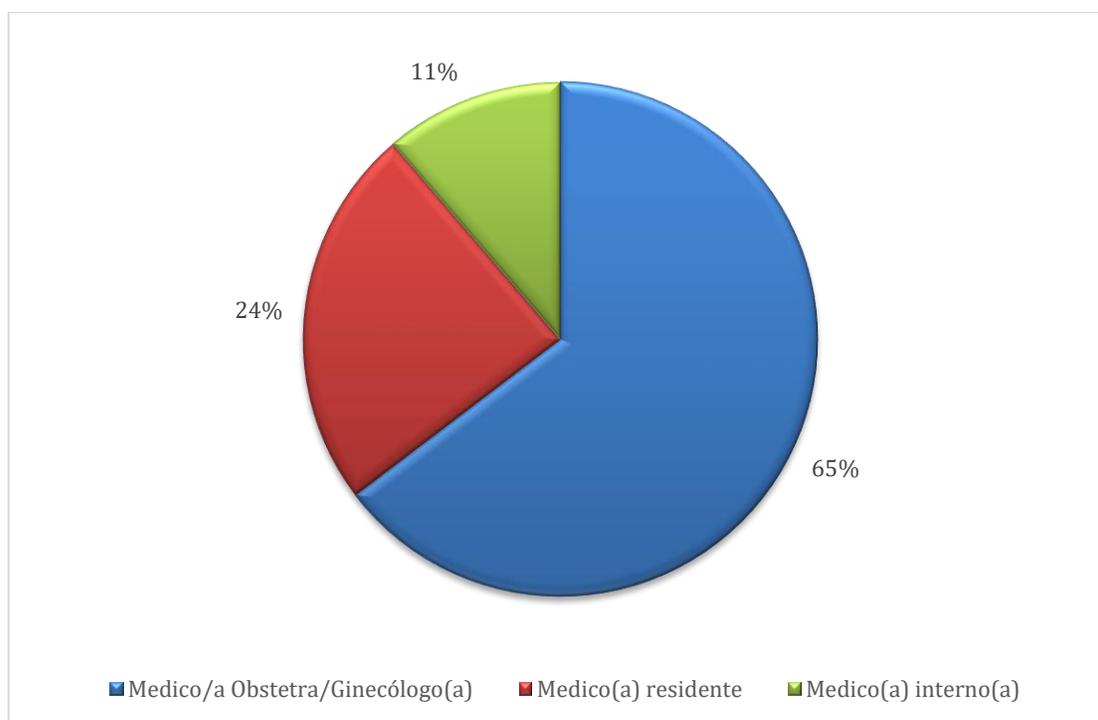


Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

En cuanto a la atención del trabajo de parto y parto, es estrictamente hospitalaria; por ello, se evidencia que más de la mitad de los partos son atendidos por Médicos Gineco-obstetras, una cuarta parte por Médicos Residentes de Gineco-obstetricia y solamente una pequeña cantidad por Médicos Internos Generales.

Existe personal capacitado para poder desarrollar la atención del proceso del trabajo de parto, parto y atención al recién nacido/a, sin embargo, es invisibilizado en el Sistema Nacional de Salud, ya que no se le permite realizar esas atenciones, y se denomina Licenciados o Licenciadas en Salud Materno Infantil, quienes, durante el desarrollo de la investigación, se evidencia que no han tenido papel protagónico en la atención de los 382 partos, y en ningún control prenatal.

Gráfico No. 17
PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES



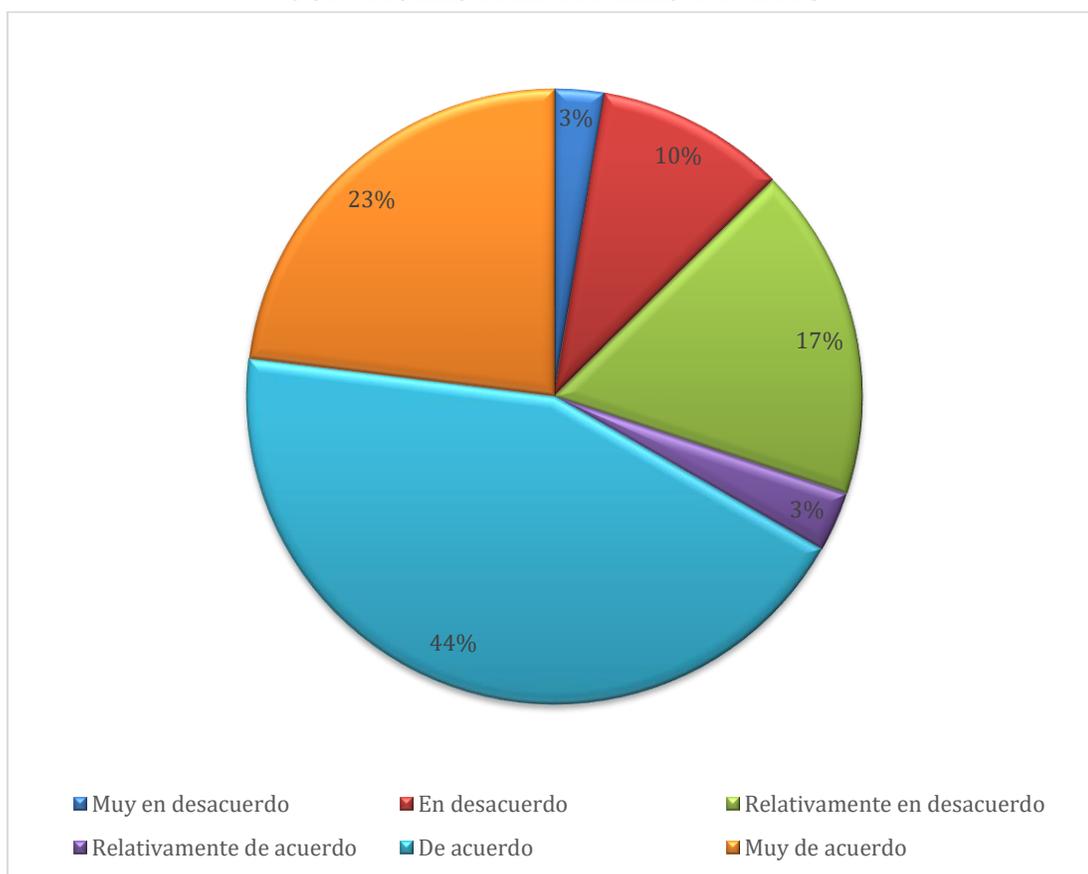
Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Las usuarias manifiestan haberse sentido cómodas al recibir la atención brindada por el personal de salud y mayoría de ellas no tuvo que negarse alguna actividad que se desarrolló, tanto en el control prenatal como a la hora del parto, debido a que confían plenamente en que el personal que se les atendió es el capacitado.

En los controles prenatales, se realizaron preguntas necesarias para satisfacer dudas e inquietudes de las futuras madres, sin embargo, a la hora del parto un 30%, no se sintieron cómodas haciendo preguntas, ya que no se les brindaba la oportunidad porque el personal de salud parecía apresurado por tener actividades pendientes, unos de los comentarios de las usuarias manifiestan que, al hacer preguntas, el personal responde: “ahorita no puedo ver eso”, “más tarde lo revisamos”, “en un momento regreso” o “tengo más pacientes que atender”.

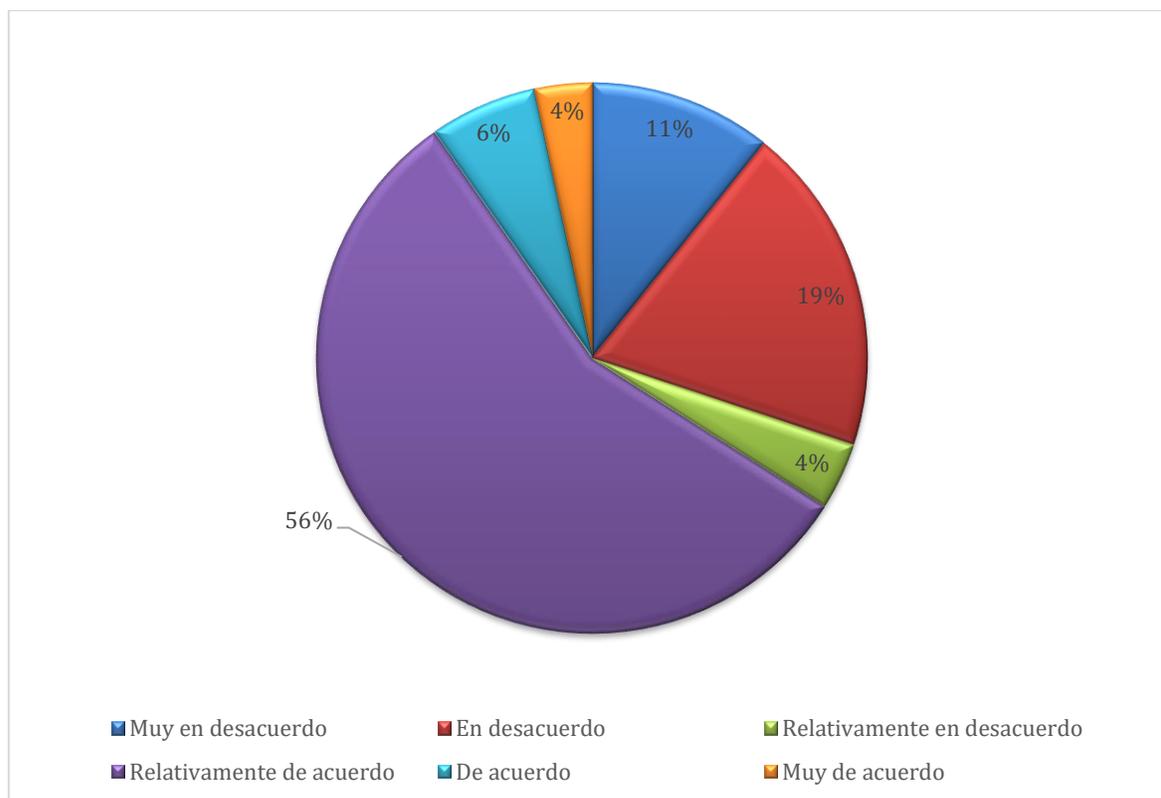
Gráfico No. 18

**COMODIDAD AL REALIZAR PREGUNTAS AL PERSONAL DE SALUD EN
CONTROLES PRENATALES Y PARTO**



Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Gráfico No. 19
PERSONAL DE SALUD PARECIA APRESURADO



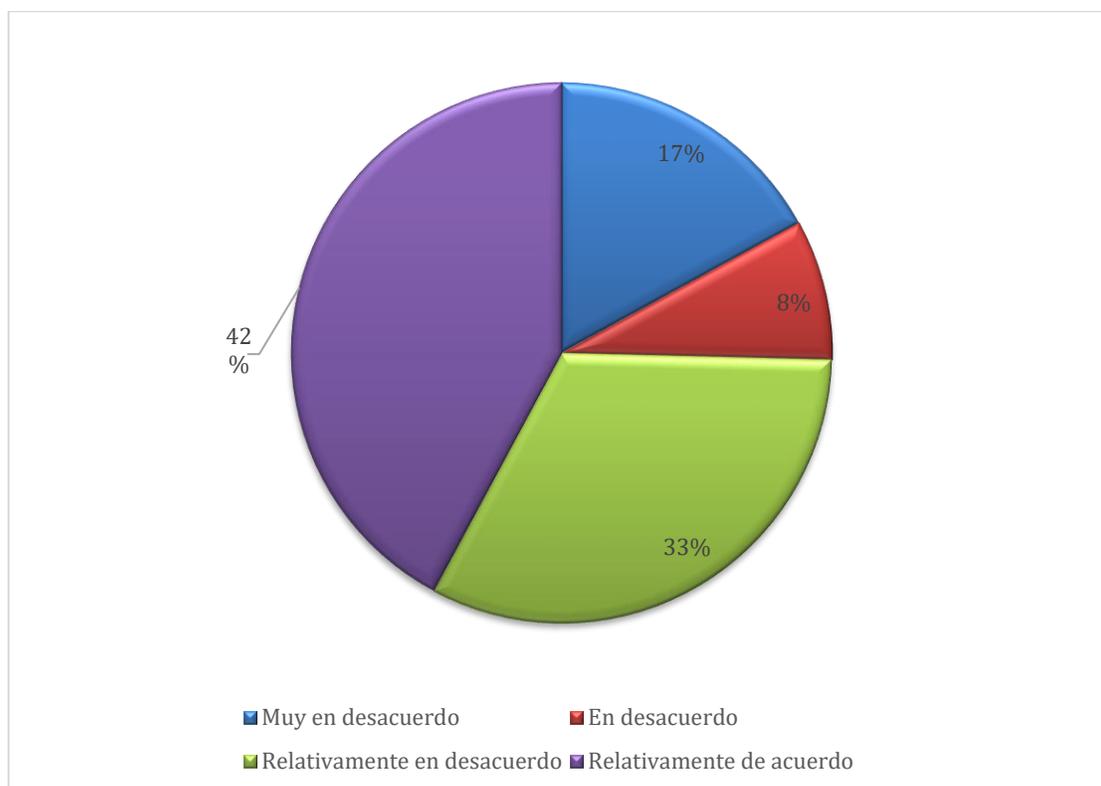
Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

La mayoría de las participantes mencionan que no eligieron las atenciones que se brindaron en el proceso del parto, como, por ejemplo: alimentación, hidratación, realización de episiotomía, posición para el parto, pero que se sintieron cómodas y sus preferencias culturales fueron respetadas. También mencionan que no recibieron ningún tipo de atención o comentario negativo.

Sin embargo, un 23% de las usuarias manifiesta haberse sentido discriminada por su posición social y también por sus recursos económicos, siendo algunos comentarios expresados por las usuarias que recibieron por parte del personal de salud los siguientes: “si querían un trato mejor paguen en un hospital privado”, “para eso salió embarazada para estar llorando a la hora del

parto”, “no es primero mamita, tranquila”. Así como estos comentarios hay muchos que las madres manifiestan haber escuchado por parte del personal de salud.

Gráfico No. 20
ELECCIÓN DE ATENCIONES RECIBIDAS

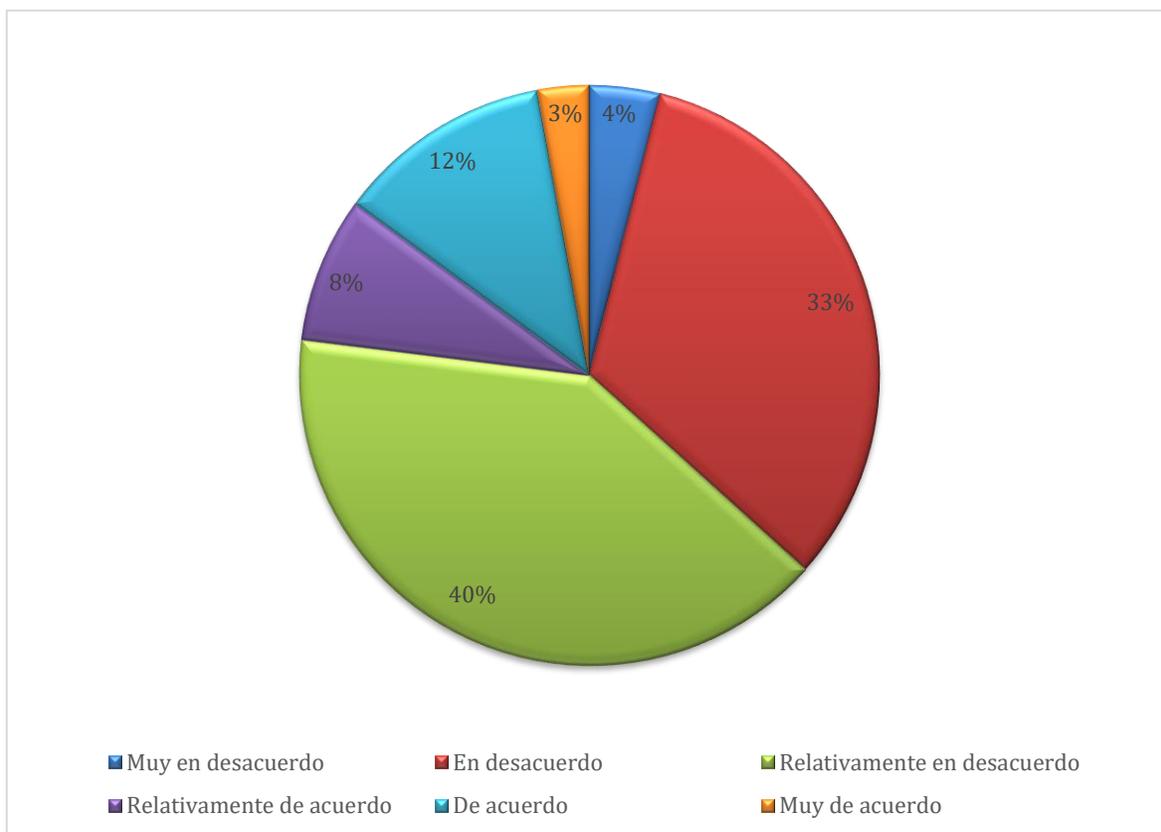


Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

El nivel de respeto percibido por las usuarias entrevistadas con un nivel de confiabilidad, adaptabilidad y validación por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, de 0.82 a 0.75, se ha verificado individualmente según las respuestas que cada una brindó, con el puntaje perteneciente a cada uno de los ítems de cada sección, formando así el total de las secciones, se puede evidenciar que de las 382 usuarias, la percepción de respeto muy bajo ha sido identificada por el 0%; respeto bajo, por el 0%; respeto moderado por el 73%; y respeto alto, por el 27%.

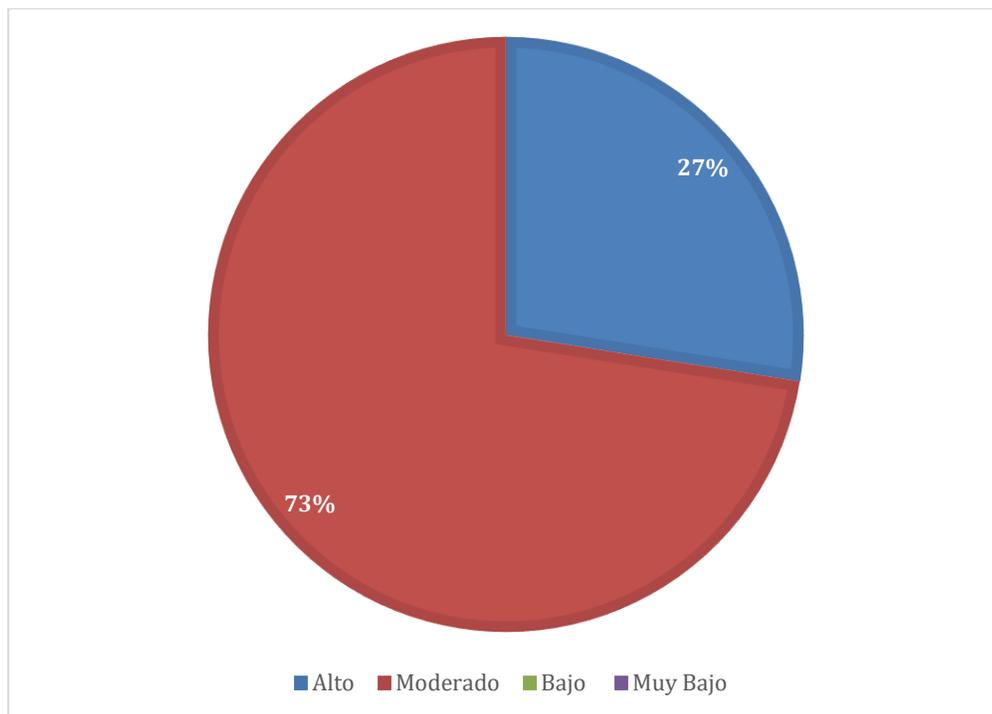
Gráfico No. 21

DISCRIMINACIÓN O MAL TRATO EN EL PARTO, DEBIDO A POSICIÓN SOCIAL,
ACCESO A LA SALUD O RECURSOS ECONÓMICOS



Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

Asociando las categorías de respeto bajo y alto, el 0% asume que el personal de salud ha brindado un trato negativo y el 100% aprueba todas las atenciones y trato que ha recibido durante su embarazo y trabajo de parto, a pesar de haber realizado acusaciones sobre algunas atenciones o acciones no apropiadas por el personal de salud.

Gráfico No. 22**ÍNDICE DE RESPETO PERCIBIDO POR LAS USUARIAS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

Fuente: Guía de entrevista Mori: Índice de Madres en Respeto. Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, las 382 mujeres participantes se caracterizan principalmente por lo siguiente:
 - Dos tercios de las mujeres sus edades oscilan entre los 20 y 34 años, pero también cabe destacar que 1 de cada 5 mujeres tiene entre 15 a 19 años de edad.
 - 3 de cada 4 mujeres convive en pareja, ya sea con o sin vínculo matrimonial, y 1 de cada 4 mujeres es madre soltera.
 - Aproximadamente 6 de cada 10 mujeres tiene estudios de nivel básico (completo o incompleto) y solamente 4 de cada 100 mujeres ha completado estudios universitarios.
 - La mitad de las mujeres se dedican a trabajos informales, domésticos, en maquila o autoemprendimiento, seguido por las mujeres dedicadas a ser amas de casa. Es de destacar que solamente 6 de cada 100 mujeres desempeñan trabajos formales como maestras, comunicadoras, enfermeras o secretarias.
 - Entre las usuarias se encuentran un 5% de mujeres con nacionalidad guatemalteca, nicaragüense u hondureña, lo cual evidencia que la prestación de servicios gineco-obstétricos del MINSAL no se limita a las mujeres salvadoreñas.

2. Respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria brindados durante la atención prenatal y el parto, se establece lo siguiente:
 - 6 usuarias no recibieron controles prenatales.
 - 10 usuarias terminaron su embarazo en un aborto espontáneo
 - 26 mujeres entrevistadas aseguraron no haber tomado ningún tipo de vitaminas durante el desarrollo del embarazo.
 - Todas las usuarias aseguraron que durante el embarazo se les aplicó el esquema completo de vacunación que necesitan, independientemente de recibir control prenatal o no.

- Cabe mencionar que debido a la pandemia COVID-19, todas las pasantías hospitalarias fueron suspendidas a nivel nacional, así como también el acompañamiento de un familiar durante el parto.
- El 100% de las usuarias aseguraron recibir hidratación parenteral sin ninguna explicación, esto a pesar de que 297 usuarias tuvieron partos vaginales sin ningún riesgo, a las cuales se pudo haber proporcionado rehidratación oral.
- Un 95 % de las usuarias manifestaron haber recibido más de 3 tactos vaginales durante el trabajo de parto, los cuales fueron realizados por médicos de turno o médicos internos.
- A pesar de que el procedimiento de la episiotomía no es una práctica considerada necesaria en todos los partos vaginales, más del 50% de las usuarias manifestaron que se les realizó dicha práctica sin tener una explicación alguna del porque dicho procedimiento se les fue realizado.
- El apego precoz es un procedimiento muy importante en la vida de la o el recién nacido o nacida, el cual fue realizado en 87% y al restante 13 % no se pudo realizar por alguna complicación durante el trabajo de parto.
- Del 100% de las usuarias entrevistadas, 6 mujeres es decir un 2% no obtuvieron ningún tipo de control prenatal; al indagar por qué no recibieron controles, algunas de ellas respondieron que no veían necesario porque sus embarazos fueron sanos, y otras contestaron que debido a la pandemia COVID19 tuvieron temor de acercarse a un centro de salud.
- Al revisar marginalmente los instrumentos aplicados en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, se puede evidenciar que: durante la recolección de información, no se estaba llevando a cabo la estrategia de parto humanizado debido a la pandemia por Covid-19, momento en el cual, se trabajaba arduamente para establecer medidas de bioseguridad para protección de la madre y el recién nacido/a.

3. La opinión percibida por las usuarias relacionadas al índice de respeto, destaca por:

- La gran mayoría de las mujeres participantes del estudio manifestaron que se sintieron cómodas por la atención brindada por el personal de salud que las atendieron tanto en el control prenatal como en el trabajo de parto. Pero cabe mencionar que un 30% de ellas manifestaron que durante el trabajo de parto no pudieron realizar o despejar algunas dudas, ya que el personal de salud se mostraba apresurado o atrasado en algunas de sus actividades.
- Un 23% de las usuarias manifestaron haberse sentido discriminadas por su posición social y condición económica, y que algunos de los comentarios del personal de salud fueron demasiados discriminativos.
- El nivel de respeto percibido por las usuarias es alto en el 27% de los casos y moderado en el 73%.
- Asociando las categorías de respeto bajo y alto, ninguna usuaria determina que el personal de salud les ha proporcionado un trato negativo y el 100 % aprueban las atenciones y tratos recibidos durante su embarazo, trabajo de parto y parto.
- Ninguna atención de bajo riesgo prenatal o parto fue proporcionada por Licenciados/as en Salud Materno Infantil en instituciones del Ministerio de Salud.

4. Las posibles asociaciones entre la opinión percibida en la relación usuaria-proveedor y algunas variables biosociodemográficas enfatizan en:

- La edad gestacional es uno de los factores de riesgo que se ve reflejada en esta investigación, ya que un 2% de la población es mayor de 35 años y el 3% son usuarias menores de 19 quienes fueron atendidas en hospitales para poder darles un mejor seguimiento en el desarrollo del embarazo y un buen manejo a la hora del parto, siendo la misma población que podría representar algún riesgo a la hora del parto. Es de destacar el hecho que al preguntarles a las usuarias si entendían el motivo del porque era necesario darles una atención hospitalaria establecieron que no sabían, posiblemente debido a que

no se les proporcionó mayor información del riesgo que se corre al estar en los dos extremos de la edad reproductiva.

- El nivel educativo de las de las usuarias entrevistadas refleja que sólo un 4% de la población termino sus estudios académicos universitarios, con un 28% que no concluyo sus estudios básicos, y otro 28% si concluye sus estudios básicos. Del 4% de la población que termino sus estudios superiores, algunas de ellas eran profesionales de la salud (enfermeras) la cuales manifestaron que el trato durante el embarazo y la atención del parto fueron de su total agrado y confianza, ya que entendían el lenguaje técnico que algunos prestadores de salud utilizaban a la hora de ser atendidas y porque también sus trabajos eran dentro del sector salud y se veían familiarizadas con todo el desarrollo del embarazo y la conducción del parto. Mientras el 73% que obtuvieron un nivel de respeto moderado, se sintieron más cómodas en los controles prenatales ya sus dudas eran despejadas y tuvieron un trato más personalizado, aunque algunas de ellas establecieron, por el contrario, que en la atención del trabajo de parto y parto los prestadores de salud que les atendían no respondían algunas de sus interrogantes y se mostraban apresurados y atrasados con otras actividades o usuarias que tenían que atender.
- En cuanto a la duración de las fases del parto un 42% manifestó que duro de 6 a 9 horas mientras que otro 39% manifiesta que duro 3 a 6 horas y un grupo muy reducido manifiesta que duro 3 horas o más de 10 horas. Pero cabe resaltar que un 4% no supo decir cuánto duro la fase del parto, ya que era demasiado fuerte el dolor que presentaban y no lograron llevar la noción del tiempo. La mayoría de las usuarias manifestaron que el manejo usado para el alivio del dolor fue no farmacológico ya que solo ofrecían la deambulacion para ayudar a la dilatación del cuello uterino y aliviar el dolor de las contracciones que tenían.
- Un dato muy relevante que las usuarias manifestaron es que al momento del parto un 87% recibieron un apego precoz con sus recién nacidas o nacidos. El otro 13% no recibió apego precoz, porque al momento del parto se presentó alguna complicación como: parto

prematureo, aspiración de meconio o sufrimiento fetal. Por lo que se infiere que el personal de salud sabe la importancia y práctica adecuadamente el apago madre-hijo/a.

- Según el 100% de las usuarias manifestaron fue que recibieron rehidratación parenteral sin brindarles ninguna información del porque se les realizaba dicha práctica, situación que va en contra de recibir un trato digno, respetuoso y humanizado.
- Más del 50% de las usuarias que tuvieron su parto vía vaginal indicaron que se les realizó episiotomía sin consentimiento alguno y que, a algunas de ellas, el personal de salud a cargo del nacimiento sólo les dijo que realizarían “un pequeño corte” para ayudar a que saliera la niña o el niño, sin mayor explicación.

RECOMENDACIONES

- Se debe seguir promocionando los servicios de control prenatal, ya que todavía hay un porcentaje de mujeres que no asisten a estos, y realizar una mayor sensibilización en usuarias en edad reproductiva para que conozcan los beneficios y ventajas del control prenatal, qué actividades se desarrolla en cada uno, y qué posibilidades tiene de llevar un embarazo saludable; así mismo, que conozcan las desventajas de no asistir y no cumplir con cada una de las actividades necesarias para garantizar un óptimo desarrollo prenatal.
- Trabajar para disminuir la brecha en la educación en las mujeres, promoviendo espacios de concientización sobre la importancia de la educación a niñas y mujeres en los centros asistenciales. Estos espacios pueden ser escritos (murales, carteleras, etc.) o en forma de talleres presenciales o virtuales (por ejemplo, en clubs de embarazadas).
- Educar a las mujeres embarazadas o no embarazadas, sobre sus derechos para que puedan tener decisión sobre su cuerpo y sobre las atenciones que recibe, y así poder cuestionar al personal de salud en caso que no desee aceptar alguna de las actividades que se van a desarrollar, con conocimiento científico para que no se realicen episiotomías de rutina, cesárea para no esperar dilatación completa porque exista mucha demanda de servicio, o simplemente el realizar tactos vaginales frecuentemente sin razón justificada o el uso de enema evacuante o rasurado de periné.
- Promover la capacitación continua sobre técnicas y/o mecanismos de comunicación sanitaria al personal de salud que presta sus servicios en el área de obstetricia, para que desarrolle empatía, y así contribuir a garantizar un trato digno en ese proceso que marca la vida de todas las mujeres.
- Desarrollar talleres de formación sobre métodos de alivio del dolor no farmacológicos, función, forma de realizarse y ventajas al personal sanitario del primer nivel de atención y también a nivel hospitalario, para que puedan realizarlos y orientar a la usuaria y su pareja

sobre este proceso; así mismo, equipar los establecimientos sanitarios con balón kinésico, compresas frías o calientes, lugar específico para lograr una relajación, equipo de sonido para realizar musicoterapia, y otros elementos que puedan ser útiles y necesarios para una atención humanizada.

- Dar seguimiento a esta investigación, sirviendo de punto de partida para otros estudios, que vayan encaminada a conocer la atención y la percepción de las usuarias en los meses/años posteriores, ya que en El Salvador se está desarrollando una nueva estrategia convertida en Ley, denominada “Nacer con Cariño”, en la cual se establece un parto humanizado que contemple la participación del acompañante de la embarazada, un trato justo y digno, y una atención humanizada-respetada, que tome en cuenta como parte del equipo profesional de atención a la mujer durante en el embarazo y parto a las y los profesionales de la Licenciatura en Salud Materno Infantil, quienes son formados/as para proporcionar atenciones asistenciales y educativas de calidad y calidez.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization. Women's Health. Position Paper for the IV World Conference on Women, Beijing, China, 1995. WHO/FHE/95.8. Geneva.
2. World Health Organization. Health, Population and Development. Position Paper for the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. WHO/FHE/94.2. Geneva
3. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September New York, United Nations, 1994.
4. United Nations Human Rights Council. Resolution 11/8. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. New York: United Nations Human Rights Council; 2009.
5. Improvement of maternal and newborn health through midwifery, The Lancet 2014. [citado en abril de 2021]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31470-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31470-2/fulltext)
6. Maternal Health The Lancet, 2016. [citado en abril de 2021]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/series/maternal-health-2016>
7. United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York: United Nations Human Rights Council; 2012.

8. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington (District of Columbia): White Ribbon Alliance; 2011.
9. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. Geneva: World Health Organization; 2014.
10. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014;11:71.
11. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2015;122(8):1045–9. DOI: [10.1111/1471-0528.13451](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451)
12. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016. Internet Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=997E867BD83D716AE537FE5EB88472A5?sequence=1>
13. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Internet Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=1469743FFF0336E4E263E83CCC0B9B40?sequence=1>
14. Federation I, Confederation I. International Journal of Gynecology and Obstetrics Mother – baby friendly birthing facilities . *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015; 128(2):95–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>

15. WHO, 2016. World Health Statistics. Bárcena, A., Prado, A., 2016. El imperativo de la igualdad: por un desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Ministerio Salud Chile, Ministerio Salud Perú
16. Taljaard, M., Donner, A., Villar, J., et al., 2009. Understanding the factors associated with differences in caesarean section rates at hospital level: the case of Latin America. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 23, 574–581, doi: PPE1072 [pii] 10.1111/j.1365-016.2009.01072.x.
17. Umenai, T., Wagner, M., Page, L.A., et al., 2001. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *The International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75, S3–S4.
18. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, Maganha E Melo CR, da Silva LC, Lima MO, Hernández LV, Schlenker Rm R, Sánchez V, Rojas MS, Huamán BC, Chauca ML, Cillo A, Lofeudo S, Zapiola S, Weeks F, Foster J Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*. 2016 Jul 15;40:218-225. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.010. [Epub ahead of print] PMID: 27476027.
19. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Hospitales. Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez.” Informe de Resultados de enero a diciembre 2020 [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Apr 5]. Available from: http://file:///C:/Users/princ/Downloads/INFORME_DE_RESULTADOS_ENERO_DICIE_MBRE_2020_HNM.pdf
20. Vedam S, Stoll K et al. The mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. [Internet] 2017 [Consultado 20-06-2018]; 3:201-210. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>

21. Ciencias Sociales CM. Demografía - COMECOSO [Internet]. Comecso.com. [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.comecso.com/disciplinas-demografia>
22. Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) [Internet]. 2019. Disponible en: [file:///C:/Users/princ/Downloads/PUBLICACION_EHPM_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/princ/Downloads/PUBLICACION_EHPM_2019%20(1).pdf)
23. Universidad de San Sebastián. Estado civil [Internet]. Universidad de San Sebastián. Septiembre 2016 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/princ/Downloads/Estado-Civil.pdf>
24. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos prenatal, parto, puerperio y recién nacido [Internet]. 2010. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf
25. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres [Internet]. 2021. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcion_al_v2.pdf
26. OMS. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
27. Ministerio de Salud de El Salvador. Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología [Internet]. 2019 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en:

[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias de atencion de enfermeria en ginecoo bstetricia y perinatologia marzo2019.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoo_bstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf)

28. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
29. Brown KOB, Pizarro MCD, Benavente LMV. Uso de Balón Kinésico en el Trabajo de Parto de Primigestas y Multíparas asistidas en la maternidad del Hospital de Paillaco [Internet]. [Valdivia, Chile]: Universidad de Chile; 2012. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmb452u/doc/fmb452u.pdf>
30. MINSAL, EL SALVADOR. Humanización de la atención del parto en las mujeres embarazadas con la aplicación de medidas Psicoprofilácticas en los servicios de Gineco-Obstetricia y partos del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque 2016-2018. [Internet]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2022/02/5-RIMP-2019-HNCOJUTEPEQUE-2019-HUMANIZACION-DE-LA-ATENCION-DEL-PARTO.pdf>
31. Constitución de la República de El Salvador (15/12/ 1983) [Internet]. [cited 2021 Apr 5]. Available from: https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_072857074_archivo_documento_legislativo.pdf
32. Código de Salud de la República de El Salvador (28/04/ 1988) [Internet] 2021. [cited 2021 Apr 5]. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf
33. Código de Trabajo de la República de El Salvador (23/06/ 1972) [Internet] 2021. [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://www.asamblea.gob.sv/decretos/details/2150>

34. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. República de El Salvador (26/03/2009) [Internet] 2021. [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://www.asamblea.gob.sv/decretos/details/329>

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto

GUÍA DE ENTREVISTA 1 SOCIO-DEMOGRÁFICO Y DE SALUD

OBJETIVO:

Establecer la percepción de las usuarias sobre los cuidados y la relación proveedor/a-usuaria que proporcionan las maternidades de la red pública de El Salvador durante la atención del embarazo, trabajo de parto y el parto.

No. DE ENTREVISTA: _____

I. Información General del Establecimiento de Salud.

1. Nombre del establecimiento de salud: _____
2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____

II. Información Socio-Demográfica de la Usuaria.

4. Nacionalidad: _____
5. Fecha nacimiento: _____
6. Edad actual: _____
7. Lugar de residencia: _____
8. Estado civil al momento del Parto:
1. Casada: _____ 2. Soltera: _____ 3. Acompañada: _____ 4. Viuda: _____
9. Nivel educativo al momento del Parto:
1. Educación básica incompleta: _____ 2. Educación básica completa: _____
3. Educación media incompleta: _____ 4. Educación media completa: _____

5. Educación superior incompleta: _____ 6. Educación superior completa: _____

10. **Ámbito laboral:**

1. Ama de casa: _____ 2. Comercio informal: _____ 3. Autoemprendimiento: _____ 4. Maquila: _____

5. Empleada doméstica: _____ 6. Otro (especifique): _____

11. **Seguridad social:**

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta afirmativa: ISSS: _____ Bienestar Magisterial: _____ Otro (especifique): _____

III. Información del Embarazo.

12. Fórmula obstétrica: G _____ P _____ P _____ A _____ V _____

13. **Control prenatal:**

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta afirmativa, nombre del establecimiento de salud: _____

Número de controles asistidos: _____

14. **Nivel de riesgo:**

1. Bajo: _____ 2. Alto: _____

En caso de alto riesgo, especifique: _____

15. **Consumo de vitaminas y minerales prenatales:**

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta negativa, especifique: _____

16. **Vacunación prenatal:**

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta negativa, especifique: _____

17. **Pasantía hospitalaria antenatal:**

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta negativa, especifique: _____

18. **Uso del plan de parto:**

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta negativa, especifique: _____

IV. Información del Trabajo de Parto – Parto.

19. Fecha de parto: _____ / _____ / _____
20. Tipo de parto:
1. Vaginal espontáneo: _____ 2. Vaginal instrumentalizado (Fórceps): _____ 3. Cesárea: _____
21. Edad gestacional obstétrica: Semanas: _____ Días: _____
22. Ingesta alimentos durante el trabajo de parto:
1. No recibe alimentación vía oral: _____
2. Recibe solo régimen líquido (agua, jugo, té, leche): _____
3. Recibe régimen liviano (postres de leche, sopas, frutas): _____
4. Otro (especifique): _____
23. Hidratación parenteral durante el trabajo de parto:
1. NO: _____ 2. SI: _____
24. Rasurado del periné:
1. NO: _____ 2. SI: _____
25. Uso de enema evacuante:
1. NO: _____ 2. SI: _____
26. Tipo de monitorización cardiaca fetal intraparto:
1. No se realiza: _____
2. Se realiza sólo una al ingreso: _____
3. Se realiza de manera Intermitente durante el trabajo de parto: _____
4. Se realiza de manera continua durante todo el trabajo de parto: _____
27. Estado de las membranas:
1. Se rompen de manera espontánea antes del trabajo de parto: _____
2. Se rompen de manera espontánea durante el trabajo de parto: _____
3. Se rompen de manera artificial: _____
4. Se mantienen íntegras hasta el período expulsivo: _____
28. Conducción del trabajo de parto:
1. NO: _____ 2. SI: _____
29. En caso de respuesta afirmativa a pregunta anterior, establecer el tipo de conducción:
1. Sólo rotura artificial de membranas (RAM): _____ 2. Sólo uso de oxitocina: _____

3. Sólo uso de anestesia: _____
4. RAM y oxitocina: _____
5. RAM y anestesia: _____
6. Oxitocina y anestesia: _____
7. Se utilizaron las tres metódicas: _____
30. Método de alivio del dolor:
1. Usó solamente manejo farmacológico: _____
2. Usó solamente manejo NO farmacológico: _____
3. Usó un manejo mixto (Farmacológico y no farmacológico): _____
31. Si el manejo del dolor fue farmacológico indicar el tipo:
1. Epidural: _____
2. Óxido Nitroso: _____
3. Otro (especifique): _____
32. Si el manejo del dolor fue NO farmacológico indicar el tipo:
1. Masaje: _____
2. Calor local: _____
3. Frío local: _____
4. Deambulación: _____
5. Musicoterapia: _____
6. Hidroterapia: _____
7. Técnica de visualización: _____
8. Otro (especifique): _____
33. Deambulación durante el trabajo de parto:
1. NO: _____ 2. SI: _____
- En caso de respuesta afirmativa, especifique: _____
34. Acompañamiento por persona significativa durante el trabajo de parto:
1. NO: _____ 2. SI: _____
- En caso de respuesta afirmativa, especifique: _____
35. Acompañamiento por persona significativa durante el período expulsivo:
1. NO: _____ 2. SI: _____
- En caso de respuesta afirmativa, especifique: _____
36. Tactos vaginales durante el trabajo de parto:
1. NO: _____ 2. SI: _____
- En caso de respuesta afirmativa, especifique el número de tactos vaginales: _____
- Quién o quiénes realizaron tactos vaginales: _____
37. Uso del balón kinésico:
1. NO: _____ 2. SI: _____

38. Episiotomía:

1. NO: _____ 2. SI: _____

39. Posición materna en el periodo expulsivo:

1. Sentada/semisentada: _____

2. Litotomía: _____

3. Lateralizada: _____

4. Otra (especificar: cuclillas, rodilla, etc.): _____

40. Duración del trabajo de parto en la fase activa: _____

41. Duración del período expulsivo: _____

42. Apego precoz:

1. NO: _____ 2. SI: _____

En caso de respuesta negativa, especifique: _____

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE ENTREVISTADORA: _____

FECHA DE ENTREVISTA: _____

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor-usuaria establecida durante el embarazo, trabajo de parto y el parto

GUÍA DE ENTREVISTA 2 MORi: ÍNDICE DE MADRES EN RESPETO

Traducido, validado y adaptado culturalmente al contexto Latino Americano.

OBJETIVO:

Establecer la percepción de las usuarias sobre los cuidados y la relación proveedor/a-usuaria que proporcionan las maternidades de la red pública de El Salvador durante la atención del embarazo, trabajo de parto y el parto.

No. DE ENTREVISTA: _____

Leer a usuaria:

A continuación, le hare una serie de preguntas. Por favor, respóndalas para contarnos acerca de las conversaciones y experiencias con el personal de salud que le atendió durante su trabajo de parto y parto sobre sus opciones de cuidado (Por ejemplo: exámenes prenatales, comienzo del trabajo de parto, medicamentos, cesárea, lugar para dar a luz, cuidado del bebé, etc.).

1. Las respuestas en esta sección describen sus conversaciones o experiencias con un(a)... (Elija una opción por cada atención):

Profesional sanitario	En la atención prenatal	En la atención del trabajo de parto y parto
Medico(a) interno(a)		
Medico(a) residente		
Medico/a Obstetra/Ginecólogo(a)		
Licdo(a) en Salud Materno Infantil		
Otro(a) personal de salud (especifique):		
No aplica, no tuvo asistencia de personal de salud:		

SECCIÓN A

En general, mientras tomaba decisiones durante mi embarazo y parto:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Relativamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Me sentí cómoda haciendo preguntas	1	2	3	4	5	6
3. Me sentí cómoda si tuve que rechazar la atención que me fue ofrecida	1	2	3	4	5	6
4. Me sentí cómoda aceptando la atención que el personal de salud me sugirió	1	2	3	4	5	6
5. Me sentí presionada a aceptar las atenciones que el personal de salud me sugirió *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
6. Escogí las atenciones que recibí	1	2	3	4	5	6
7. Estas preferencias de atención fueron respetadas	1	2	3	4	5	6
8. Mis preferencias culturales fueron respetadas	1	2	3	4	5	6
Puntuación total:						

COMENTARIOS DE USUARIA:

SECCIÓN B

Durante mi embarazo me contuve de hacer preguntas o discutir mis inquietudes PORQUE:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Relativamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9. El personal de salud que me atendió parecía apurada/o *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
10. Quise una atención diferente de lo que me recomendaba *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
11. Pensé que el personal de salud que me atendió podría pensar que yo era una usuaria difícil *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
Puntuación total:						

COMENTARIOS DE USUARIA:

SECCIÓN C

Durante mi parto, sentí que el personal de salud que me atendió me trató mal:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Relativamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Debido a mi raza, etnia, origen cultural o idioma *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
13. Debido a mi orientación sexual y / o identidad de género *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
14. Debido a mi posición social, recursos económicos, acceso a la salud. *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
15. Debido a una diferencia de opinión con el equipo de salud sobre la atención adecuada para mí o para mi bebé. *Puntaje inverso	6	5	4	3	2	1
Puntuación total:						

COMENTARIOS DE USUARIA:

TABLA DE PUNTUACIÓN	
Puntuación total sección A	
Puntuación total sección B	
Puntuación total sección C	
A + B + C = Puntuación Total:	

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE ENTREVISTADORA: _____

FECHA DE ENTREVISTA: _____

El rango de puntuación es de 14 a 84; la puntuación más alta indica una atención más respetuosa.

Nivel de Autonomía (por cuartiles):	
Puntuación total	Nivel de respeto
14-31	Respeto Muy bajo
32-49	Respeto Bajo
50-66	Respeto Moderado
67-84	Respeto Alto

Autorización uso: *Birth Place Lab. University of British Columbia

MOR CITATION:

Vedam, S., Stoll, K., Rubashkin, N., Martin, K., Miller-Vedam, Z., Hayes-Klein, H., & Jolicoeur, G. (2017). The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Population Health*, 3, 201-210. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>.

Confiabilidad: Adaptación Cultural y Validación

Sección	Alfa de Cronbach
A	0,755
B	0,784
C	0,847
TOTAL	0.824

ANEXO 3**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

La presente investigación es conducida por la Licenciada Silvia M. Martínez, Claudia Alfaro y Yasmin Martínez estudiantes de la Licenciatura en Salud Materno Infantil, de la Universidad de El Salvador. El propósito de este estudio es: conocer la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a-usuaria brindados durante la atención prenatal y el parto, a través de la aplicación de 2 guías de entrevista, la primera está relacionada a aspectos socioeconómicos y de salud, y el segunda es sobre el índice de respeto en la atención (“Mothers on Respect index – MORi”) en los servicios de salud maternos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará responder preguntas elaboradas en las dos guías de entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación, igualmente puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacerlo saber a la investigadora o de no responderla.

De antemano, agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Se me ha indicado también que tendré que responder preguntas en 2 guías de entrevista. Reconozco que: la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decido, sin que esto me perjudique.

Nombre de la participante

Firma de la participante

ANEXO 4

AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA. EL SALVADOR.



COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD
OHRP IRB No. 0005660, FWA No. 00010986



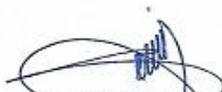
Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud
ACTA No: 33/2021
ACTA DE EVALUACIÓN

En Sala de Reuniones del Consejo Superior de Salud Pública, del día diez de agosto del año dos mil veintiuno, el Honorable Consejo del Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud, con asistencia de sus miembros permanentes: Doctor Mario Ernesto Soriano Lima, presidente; Doctor David Francisco Torres, vicepresidente; Licenciada Yeny Danila Acosta Melgar, secretaria; Doctor Gerardo Godoy, Vocal; Licenciada. Sonia Margarita Siciliano, Vocal; Licenciada. Irene Meléndez, Vocal; Licenciada Amanda García, Vocal; Licenciada Katia Sermeño, Vocal; Licenciada Aydee Rivera, Vocal han revisado los documentos presentados por la Licenciada. Silvia Mercedes Martínez Gómez, Investigadora Principal, del estudio:

CNEIS/2021/18: “Evaluación de la percepción de las usuarias respecto al cuidado materno centrado en la persona y la relación proveedor/a – Usuaría establecida durante la atención prenatal y el parto. El Salvador, 2021”.

- 1) Los miembros del Comité declararon: no tener conflicto de interés.
- 2) Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticamente aceptables.
- 3) Observaciones y recomendaciones no hay de acuerdo a la evaluación individual y en consenso de este Comité.

En consecuencia, el Comité de Ética de Investigación en Salud de El Salvador, **APRUEBA** por unanimidad el estudio.


Dr. Mario Soriano
Presidente



- Secretaría C.E.I.S.

ANEXO 5

AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES DEL MINSAL. EL SALVADOR.



MINISTERIO
DE SALUD

N°2021-6003-0708
San Salvador, 22 de junio de 2021

Msc. Rocío Elena Linares de Trujillo
Directora de Carrera Salud Materno Infantil
Universidad de El Salvador
Presente

Estimada Msc. Linares de Trujillo.

Reciba un cordial saludo.

Hago referencia a oficio LSMI-REF. 156-2021, en el cual solicita autorización para realizar el estudio denominado **“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS RESPECTO AL CUIDADO MATERNO CENTRADO EN LA PERSONA Y LA RELACIÓN PROVEEDOR/A USUARIA ESTABLECIDA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO. EL SALVADOR 2021”** en los 28 hospitales de la Red Nacional de Hospitales de El Salvador que cuentan con servicio de maternidad.

Al respecto le comunico que esta Dirección da su autorización para que realicen dicho estudio y puedan realizar los trámites ante el Comité Nacional de Ética para la realización del estudio.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



DIOS UNIÓN LIBERTAD

Dra. Carmen Guadalupe Melara de García
Coordinadora Nacional de Hospitales

CGMdeG/vdea

ANEXO 6

**CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO (CEC) DEL
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL, ACTA N° 76/07
N° 475/2019 DE SANTIAGO DE CHILE, CHILE.**



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
Teléfono: 25746958, 5743520
ESR/CGS/matv
(Acta N°76/07 N°475/2019)

CERTIFICADO

DR. EMILIANO SOTO ROMO, en calidad de Presidente del Comité Ético-Científico (CEC), del Servicio de Salud Metropolitano Central, constituido por resolución exenta N°1303 de fecha 26 de septiembre del 2002 de la Dirección de dicho Servicio y Acreditado por la SEREMI-RM mediante resolución N° 048975 del 30 de Julio del 201 y Re Acreditado el año 2018, certifica que en sesión expedita del 17 de Mayo de 2019, el CEC SSMC acusa recibo de carta fechada el 10 de Mayo del 2019 y recibida el 13 de Mayo del 2019, de las alumnas de V año de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, **Srta. Carolina Céspedes Sotomayor y Srta. Constanza Salcedo Riffo**, investigadoras principales de la Tesis de pregrado denominada: **"Validación de instrumento MORI para medir el cumplimiento de los derechos Sexuales y Reproductivos en mujeres chilenas e inmigrantes de habla hispana en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico San Borja Arriarán"**, ubicado en Santa Rosa 1234, Santiago RM y donde el rol de tutora lo ejercerá la Matrona y Profesora Sra. Lorena Binfa Esbir. En esta oportunidad, las investigadoras remiten para análisis y aprobación, los siguientes documentos con los cambios solicitados por el CEC-SSMC, mediante el certificado de plenaria N° 36 del año 2019.

-Protocolo de investigación, versión 1, fechado el 10 de Mayo del 2019. Documento foliado de 30 páginas, incluyendo anexos.

-Consentimiento informado, versión 1 del año 2019. Documento foliado de 04 páginas.

-Instrumento MORI traducido, de recolección de datos cualitativos, versión 1, fechado el 10 de Mayo del 2019. Documento foliado de 02 páginas.

-Encuesta sociodemográfica versión 1, fechado el 10 de Mayo del 2019. Documento foliado de 05 páginas.

Luego de la presentación y la lectura de los documentos, considerando los criterios relevantes en el análisis de protocolos: utilidad social, validez científica, investigador idóneo, relación riesgo-beneficio favorable, selección equitativa de las personas, protección a la confidencialidad y la utilización de consentimiento informado, **el CEC-SSMC decide aprobar:**

-Protocolo de investigación: **"Validación de instrumento MORI para medir el cumplimiento de los derechos Sexuales y Reproductivos en mujeres chilenas e inmigrantes de habla hispana en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico San Borja Arriarán"**, versión 1, fechado el 10 de Mayo del 2019. Documento foliado de 30 páginas, incluyendo anexos.

- Consentimiento informado, versión 1 del año 2019. Documento foliado de 04 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

-Instrumento MORI traducido, de recolección de datos cualitativos, versión 1, fechado el 10 de Mayo del 2019. Documento foliado de 02 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

-Encuesta sociodemográfica versión 1, fechado el 10 de Mayo del 2019. Documento foliado de 05 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

Se recuerda a los investigadores que:

- La validación ética dura un año y que de acuerdo a la actual normativa, el investigador tiene la responsabilidad en comunicar al CEC, todo lo relacionado con el estudio: modificaciones, enmiendas, eventos adversos, desviaciones, suspensión del estudio, **término del estudio**, cierre del sitio, etc.

- **Para los estudios que duren menos de un año**, los investigadores tienen el compromiso de hacer llegar el informe de término de la investigación.

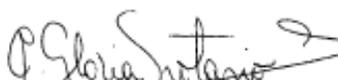
- El CEC-SSMC tiene la facultad de realizar visitas en terreno a los sitios de investigación, como parte del seguimiento de los estudios. De acuerdo a la normativa vigente, dichas visitas se avisarán con al menos 48 horas de antelación.

Para ingresar las nuevas versiones de documentos, se solicita a los investigadores hacer llegar:

- Carta conductora dirigida al Dr. Emiliano Soto Romo, solicitando la aprobación, (traer en duplicado).
- Fotocopia del presente certificado lo que permitirá facilitar el análisis y acortar los tiempos de respuesta.
- 02 ejemplares de cada documento a analizar, los cuales se someterán a revisión expedita con la asistencia de un reducido número de miembros. Los documentos deben venir impresos por ambos lados de sus hojas y dejando espacio para la correspondiente validación por parte del CEC-SSMC, donde firma, fecha y timbra cada una de las páginas que lo componen.

Se adjunta copia de carta enviada por las investigadoras, firmada, fechada y timbrada.

La sesión expedita contó con la presencia de: Dr. Rafael Mendizábal Rodríguez, Sra. Carmen Gloria Notario Sánchez y Dr. Emiliano Soto Romo.


E.U. G. GLORIA-NOTARIO SANCHEZ
SECRETARÍA EJECUTIVA CEC

2019
División Servicio de Salud Metropolitano Central
Vicaría Subseccional #301, Santiago, Chile




EMILIANO SOTO ROMO
PRESIDENTE CEC

ANEXO 7

TABLAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS INVESTIGADOS

INSTRUMENTO 1

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

1. Distribución de las 382 usuarias participantes en los 28 hospitales

Región del MINSAL	Nombre del hospital	Cantidad de participantes
Región occidental	Hospital Nacional Francisco Menéndez De Ahuachapán. Ahuachapán.	19 usuarias
	Hospital Nacional Regional "San Juan De Dios", Santa Ana.	27 usuarias
	Hospital Nacional "Arturo Morales", Metapán.	4 usuarias
	Hospital Nacional De Chalchuapa.	7 usuarias
	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate.	37 usuarias
Región central	Hospital Nacional General De Nueva Concepción, Chalatenango.	8 usuarias
	Hospital Nacional General "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango.	8 usuarias
	Hospital Nacional General "San Rafael", La Libertad	35 usuarias
Región metropolitana	Hospital Nacional De La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez". San Salvador.	45 usuarias
	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández". Zacamil.	17 usuarias
	Hospital Nacional General De Neumología Y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña". Planes De Renderos.	11 usuarias
	Hospital Nacional General "Enf. Angelica Vidal De Najarro" San Bartolo.	8 usuarias
	Hospital Nacional General Y De Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez". Soyapango.	5 usuarias
Región paracentral	Hospital Nacional General De Suchitoto, Cuscatlán.	3 usuarias
	Hospital Nacional "Nuestra Señora De Fátima" De Cojutepeque.	15 usuarias
	Hospital Nacional General "Santa Teresa", Zacatecoluca.	17 usuarias

	Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani Sensuntepeque.	8 usuarias
	Hospital Nacional De Ilobasco	6 usuarias
	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente	10 usuarias
Región oriental	Hospital Nacional General "San Pedro", Usulután	14 usuarias
	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Arturo Mena", Santiago De María	5 usuarias
	Hospital Nacional De Jiquilisco	4 usuarias
	Hospital Nacional "Monseñor Óscar Arnulfo Romero" Ciudad Barrios	5 usuarias
	Hospital Nacional San Juan De Dios De San Miguel	30 usuarias
	Hospital Nacional De Nueva Guadalupe	6 usuarias
	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera	12 usuarias
	Hospital Nacional General De La Unión	8 usuarias
	Hospital Nacional General De Santa Rosa De Lima	8 usuarias

2. Frecuencia de usuarias por departamento

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Ahuachapán	19	5%
Santa Ana	38	10%
Sonsonate	37	10%
Chalatenango	16	4%
Cuscatlán	18	5%
San Salvador	86	23%
La Libertad	35	9%
San Vicente	10	4%
La Paz	17	6%
Cabañas	14	5%
Usulután	23	3%
San Miguel	41	12%
Morazán	12	3%
La Unión	16	3%
Total	382	100%

3. Municipios de dónde provienen las usuarias

Municipios	Frecuencia	Porcentaje
Ahuachapán	19	5%
Metapán	4	1%
Chalatenango	8	2%
Nueva Concepción	8	2%
San Salvador	47	12%
Mejicanos	27	7%
Jiquilisco	4	1%
Santiago de María	5	1%
Ilobasco	6	1%
Nueva Guadalupe	6	1%
Sensuntepeque	8	2%
La Libertad	35	9%
Zacatecoluca	17	4%
Cojutepeque	15	4%
Armenia	13	3%
Cuisnahuat	5	1%
San Miguel	19	5%
Izalco	7	2%
Juayúa	3	1%
Sonsonate	9	2%
Santa Ana	14	4%
Chalchuapa	3	1%
El Congo	10	3%
Jiquilisco	7	2%
Jucuapa	2	1%
Usulután	5	1%
Morazán	3	1%
Sn Francisco Gotera	7	2%
Cacaopera	7	2%
San Vicente	19	5%
Santa Rosa de Lima	8	2%
Sn Martín	8	2%
Altavista	5	1%
La Unión	8	2%
Suchitoto	3	1%
Chirilagua	15	4%
El Tránsito	4	1%
Moncagua	3	1%
Total	382	100%

II. INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA USUARIA.

4. Nacionalidad de las usuarias

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Salvador	365	95%
Guatemala	6	2%
Honduras	8	2%
Nicaragua	5	1%
Total	382	100%

5. Año de nacimiento

Año	Frecuencia	Porcentaje
1977-1981	8	2%
1982-1986	12	3%
1987-1991	74	19%
1992-1996	78	21%
1997-2001	136	36%
2002-2006	74	19%
Total	382	100%

6. Edad actual de las usuarias

Edad actual	Frecuencia	Porcentaje
15-19 años	74	19%
20-24 años	136	36%
25-29 años	78	21%
30-34 años	74	19%
35-39 años	12	3%
40-44 años	8	2%
Total	382	100%

7. Lugar de residencia

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Ahuachapán	19	5%
Santa Ana	38	10%
Sonsonate	37	10%
Chalatenango	16	4%
Cuscatlán	18	5%
San salvador	86	23%

La libertad	35	9%
San Vicente	10	4%
La paz	17	6%
Cabañas	14	5%
Usulután	23	3%
San Miguel	41	12%
Morazán	12	3%
La unión	16	3%
Total	382	100%

8. Estado civil al momento del parto

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	94	25%
Soltera	91	24%
Acompañada	172	45%
Viuda	25	6%
Total	382	100%

9. Nivel educativo al momento del parto

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Básica incompleta	109	28%
Básica completa	107	28%
Media incompleta	77	20%
Media completa	52	14%
Superior incompleta	23	6%
Superior completa	14	4%
Total	382	100%

10. Ámbito laboral

Ámbito laboral	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	166	43%
Comercio informal	58	15%
Auto emprendimiento	23	6%
Maquila	39	10%
Empleada domestica	73	19%
Comunicadora	9	2%
Enfermera	3	1%
Maestra	6	2%
Secretaria	3	1%

Costurera	2	1%
Total	382	100%

11. Seguridad social

Seguridad social	Frecuencia	Porcentaje
Si	312	82%
No	70	18%
Total	382	100%

11.1 Tipo de Seguro

Tipo de seguridad	Frecuencia	Porcentaje
ISSS	68	97%
Bienestar Magisterial	2	3%
Total	70	100%

III. DATOS DEL EMBARAZO

12. Fórmula obstétrica

Formula obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
G0P1P0A0V1	127	33%
G0P2P0A0V2	156	41%
G0P0P1A0V1	32	8%
G0P1P1A0V2	14	4%
G0P3P1A0V4	18	5%
G0P1P0A1V1	15	4%
G0P4A0P0V4	8	2%
G0P0P0A2V0	12	3%
Total	382	100%

13. Asistencia a control prenatal

Recibe controles	Frecuencia	Porcentaje
Si	376	98%
No	6	2%
Total	382	100%

13.1 Lugar de control prenatal

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
UCSF	267	70%
Hospitales de la Red Nacional	109	28%
No recibe	6	2%
Total	382	100%

13.1 Número de controles prenatales asistidos

Numero	Frecuencia	Porcentaje
1	5	1%
2	10	3%
3	15	4%
4	58	15%
5	183	48%
Más de 5	106	28%
No recibe controles	6	1%
Total	382	100%

14 Nivel de riesgo en el embarazo

Riesgo de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	272	71%
Alto	104	27%
Riesgo no identificado por no asistir a controles	6	2%
Total	382	100%

14.1 riesgo detectado en el control prenatal

Causas de embarazo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Aborto previo	25	23%
Edad menor de 18 años	23	21%
Edad mayor de 35 años	47	42%
Aborto gemelar	6	5%
Placenta previa	9	8%
Total	110	100%

15. Consumo de vitaminas y minerales durante el embarazo

Consumo de vitaminas y minerales	Frecuencia	Porcentaje
Si	356	95%
No	20	3%
No recibió control	6	2%
Total	382	100%

15.1 usuarias que no recibieron vitaminas y minerales durante la gestación

Motivos de no ingerir vitaminas y minerales	Frecuencia	Porcentaje
No asistió a controles prenatales	6	23%
No recordaba tomarla	8	31%
No sabe	12	46%
Total	26	100%

16. Inmunización durante la gestación

Vacunación prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	382	100%
No	0	0%
Total	382	100%

17. Pasantía hospitalaria a usuarias

Pasantía hospitalaria antenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	382	100%
Total	382	100%

17.1 usuarias que no realizaron pasantía hospitalaria

Motivos porque no realizó la pasantía hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
No sabía	170	45%
No le dijeron	15	4%
Ya conocía el hospital	12	3%
Suspendida por pandemia	185	48%
Total	382	100%

18. Utilización del plan de parto institucional

Uso del plan de parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	368	95%
No	8	3%
No recibió control	6	2%
Total	382	100%

18.1 usuarias que no tuvieron acceso al plan de parto

Motivos porque no uso el plan de parto	Frecuencia	Porcentaje
No sabe lo que es	5	36%
No le dieron nada	3	21%
No recibió control prenatal	6	43%
Total	14	100%

19. Mes en el que finalizó el embarazo

Mes de parto	Frecuencia	Porcentaje
Septiembre	235	62%
Octubre	78	20%
Noviembre	69	18%
Total	382	100%

20. Tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal espontaneo	297	78%
Vaginal instrumentalizado	0	0%
Cesárea	85	22%
Total	382	100%

21. Edad gestacional de finalización del embarazo

Edad gestacional obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	10	3%
Pretermino	45	12%
De termino	281	73%
Post termino	46	12%
Total	382	100%

22. Usuaris que recibieron ingesta de alimentos durante el trabajo de parto

Ingesta de alimentos durante el trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
No recibe alimentación vía oral	371	97%
Recibe solo régimen líquido	11	3%
Recibe régimen liviano	0	0%
Otros	0	0%
Total	382	100%

23. Usuaris que recibieron hidratación parenteral durante el trabajo de parto

Hidratación parenteral durante el trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	382	100%
No	0	0%
Total	382	100%

24. Usuaris a quienes se les realizó rasurado de periné

Rasurado del periné	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	11%
No	340	89%
Total	382	100%

25. Usuaris que utilizaron enema evacuante durante el trabajo de parto

Uso de enema	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	2%
No	375	98%
Total	382	100%

26. Tipo de monitorización cardiaca intraparto

Frecuencia de monitoreo cardiaco fetal intraparto	Frecuencia	Porcentaje
No se realiza	15	4%
Se realiza solo una al ingreso	54	14%
Se realiza de manera intermitente durante el trabajo de parto	187	49%
Se realiza de manera continua durante todo el trabajo de parto	126	33%
Total	382	100%

27. Estado de membranas fetales

Estado de membranas	Frecuencia	Porcentaje
Se rompen de manera espontánea antes del trabajo de parto	195	51%
Se rompen de manera espontánea durante el trabajo de parto	125	33%
Se rompen de manera artificial	62	16%
Se mantienen íntegras hasta el período expulsivo	0	0%
Total	382	100%

28. Conducción del trabajo de parto

Inducción del parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	26%
No	283	74%
Total	382	100%

29. Tipo de conducción

Tipo de conducción del parto	Frecuencia	Porcentaje
Solo ruptura artificial de membrana	26	27%
Solo uso de oxitocina	0	0%
Solo uso de anestesia	0	0%
RAM y oxitocina	26	26%
RAM y anestesia	0	0%
Oxitocina y anestesia	0	0%
Se utilizo los 3 métodos	23	23%
Misoprostol	4	4%
No sabe	20	20%
Total	99	100%

30. Método de alivio del dolor en las usuarias

Método de aliviar el dolor	Frecuencia	Porcentaje
Uso solamente farmacológico	72	19%
Uso solamente manejo no farmacológico	287	75%
Uso un manejo mixto (farmacológico y no farmacológico)	23	6%
Total	382	100%

31. Manejo farmacológico del dolor en las usuarias

Tipo de manejo farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Epidural	0	0%
Oxido nitras	0	0%
Acetaminofén	29	%
No sabe	43	31%
Total	72	100%

32. Manejo no farmacológico del dolor en las usuarias

Manejo del dolor no farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Masaje	10	3%
Calor local	0	0%
Frio local	0	0%
Deambulaci3n	252	88%
Musicoterapia	0	0%
Hidroterapia	0	0%
T3cnica de visualizaci3n	0	0%
Ejercicios respiratorios	25	9%
Total	287	100%

33. Usuarias que realizaron deambulaci3n

Deambulaci3n durante el trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	325	85%
No	57	15%
Total	382	100%

33.1 Razón de deambulaci3n

Motivo de la deambulaci3n	Frecuencia	Porcentaje
Para que baje el beb3	152	47%
Parea disminuir el dolor	86	26%
Me lo indicaron, pero no se para que	87	27%
Total	325	100%

34. Acompa1amiento de persona significativa durante el trabajo de parto

Acompa1ante familiar durante el parto	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	382	100%
Total	382	100%

35. Acompa1amiento de persona significativa durante la expuls3n

Acompa1ante de un familiar durante el periodo de expuls3n	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	382	100%
Total	382	100%

36. Realizaci3n de tactos vaginales durante el trabajo de parto

Tactos vaginales	Frecuencia	Porcentaje
Si	378	98%
No	4	2%
Total	382	100%

36.1 Frecuencia de tactos vaginales

Numero de tactos vaginales	Frecuencia	Porcentaje
Un tacto vaginal	6	2%
Dos tactos vaginales	12	3%
Tres tactos vaginales	68	18%
Cuatro tactos vaginales	116	30%
Cinco tactos vaginales	180	47%
Total	382	100%

36.2 personal que realiza los tactos vaginales

Personal	Frecuencia	Porcentaje
Medico	257	67%
Estudiante	72	19%
Enfermera	49	13%
Lic. Materno infantil	0	0%
Otros	0	0%
No sabe	4	1%
Total	382	100%

37. Utilización del balón kinésico en el trabajo de parto

Uso del balón kinésico	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	5%
No	363	79%
Total	382	100%

38. Realización de episiotomía

Se realiza episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Si	201	53%
No	181	47%
Total	382	100%

39. Posición materna en el periodo expulsivo

Posición	Frecuencia	Porcentaje
Sentada/semisentada	22	6%
Lateralizada	0	0%
Litotomía	360	94%
Total	382	100%

40. Duración del trabajo de parto fase activa

Horas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 3 horas	22	6%
De 3 a 6 horas	151	39%
De 6 a 9 horas	160	42%
Más de 10 horas	35	9%
No sabe	14	4%
Total	382	100%

41. Duración del periodo expulsivo

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
30 minutos	115	30%
40 minutos	188	49%
1 hora	24	6%
1 hora y 30 minutos	14	4%
Más de 2 horas	17	5%
No recuerda	24	6%
Total	382	100%

42. Apego precoz

Se realiza	Frecuencia	Porcentaje
Si	333	87%
No	49	13%
Total	382	100%

42. 1 motivos del no apego precoz

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Prematurez	36	73%
Sufrimiento fetal	6	13%
Aspiración de meconio	7	14%
Total	49	100%

INSTRUMENTO 2**SECCIÓN A: TOMA DE DECISIONES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO**

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Relativamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me sentí cómoda haciendo preguntas	10	38	67	12	167	88
Me sentí cómoda si tuve que rechazar alguna atención	0	0	0	79	226	72

Me sentí cómoda aceptando la atención que el personal me sugirió	0	0	0	85	216	81
Me sentí presionada aceptando la atención que el personal de salud me sugirió	86	173	123	0	0	0
Escogí las atenciones que recibí	65	32	124	161	0	0
Mis preferencias de atención fueron respetadas	0	0	0	97	229	56
Mis preferencias culturales fueron respetadas	0	0	0	276	42	64

SECCIÓN B: ACLARAR INQUIETUDES DURANTE EL EMBARAZO

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Relativamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
El personal de salud que me atendió parecía apresurado	41	74	15	215	24	13
Quise una atención diferente a lo que me recomendaba	119	231	32	0	0	0
Pensé que el personal de salud, podía	264	115	3	0	0	0

pensar que soy una usuaria difícil						
---	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN C: MAL TRATO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Relativamente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Debido a mi raza, etnia u origen cultural	86	279	17	0	0	0
Debido a mi orientación sexual e identidad de genero	64	315	3	0	0	0
Debido a mi posición social, recursos económicos	15	125	154	31	46	11
Debido a diferencias de opinión sobre la atención adecuada para mi hijo y yo	71	265	25	21	0	0

ANEXO 8

ESTADÍSTICAS DE LA SITUACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA. EL SALVADOR 2019 Y 2020.

Causas más frecuentes de Egresos registrados en la red de Hospitales Nacionales, según Lista Internacional CIE-10

En el período de Enero a septiembre de 2020*

Todas las Edades- Sexo Femenino		
No. de Orden	Diagnóstico	Egresos
1	Parto único espontáneo	28,966
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	12,834
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad anmiótica, y con posibles problemas del parto	10,801
4	Diabetes Mellitus (E10-E14)	3,268
5	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	2,899
6	Neumonía	2,798
7	Enfermedades del apéndice	2,721
8	Colelitiasis y colecistitis	2,678
9	Otros embarazos terminado en aborto	2,508
10	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	2,366
Demás causas		57,851
Totales		129,690

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW)

*Datos Preliminares

Total consolidado de partos, atendidos en la RED de instituciones del Sistema Nacional de Salud
El Salvador, años 2015 al año 2019

Descripción	Años				
	2,015	2,016	2,017	2,018	2,019
Total de partos (institucionales + parteras)	104,705	94,298	91,286	90,563	85,522
Total de partos de 10 a 49 años atendidos por personal calificado	104,630	94,214	91,211	90,497	85,472
Partos por Cesárea	31,430	29,657	27,550	27,229	28,222
Porcentaje de partos por cesárea	30.0	31.5	30.2	30.1	33.0
Partos atendidos en adolescentes*	23,990	21,221	19,169	17,505	15,288
Porcentaje de partos en adolescentes	22.9	22.5	21.0	19.3	17.9
Porcentaje de partos institucionalmente	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
Total de nacimientos	105,921	95,412	92,673	92,237	86,985
Nacidos vivos	105,232	94,739	91,992	91,503	86,355
Nacidos muertos	689	673	681	740	630
Nacidos vivos con bajo peso	9,919	9,205	8,742	10,685	8,558
Nacidos vivos con bajo peso (Datos corregidos)	9,919	9,205	8,742	8,624	8,558
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso	9.4	9.7	9.5	11.7	9.9
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso (correccion)	9.4	9.7	9.5	9.4	9.9
Cobertura de parto**	91.1	79.8	77.2	74.6	69.5
Partos atendidos por partera	75	84	75	66	50
Porcentaje de partos por partera	0.1	0.1	0.1	0.1	0.04
Partos esperados***	116,562	118,122	119,698	121,295	122,913

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

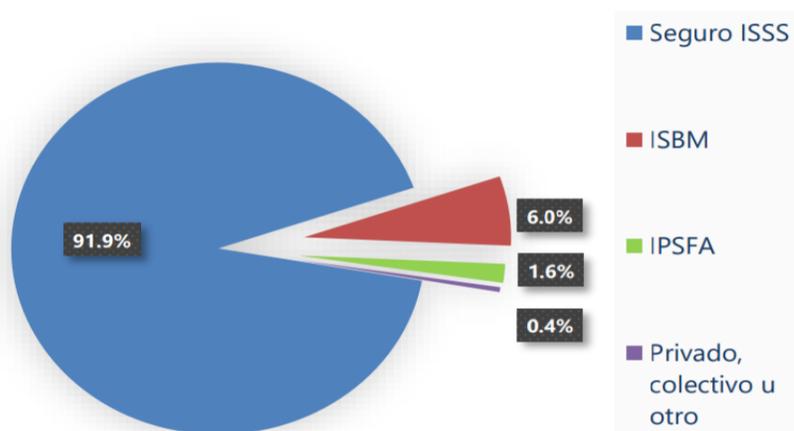
Las instituciones informantes a partir de 2010 son: MINSAL, ISSS y COSAM.

* Los partos en adolescentes están incluidos en el total de atenciones de 10 a 49 años.

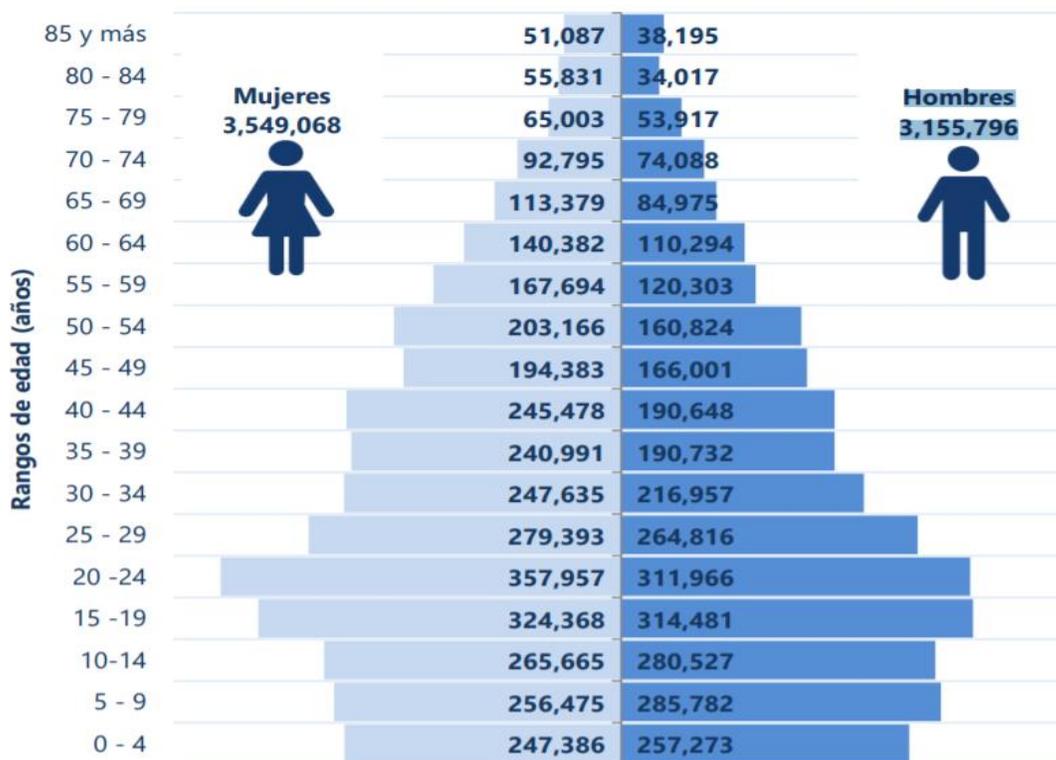
** Para el cálculo de la cobertura no incluye los partos por partera.

*** para los años 2015 y 2019 se tomó de mujeres embarazadas.

**El Salvador: Población con acceso a seguro médico
por tipo de seguro
EHPM - 2019**



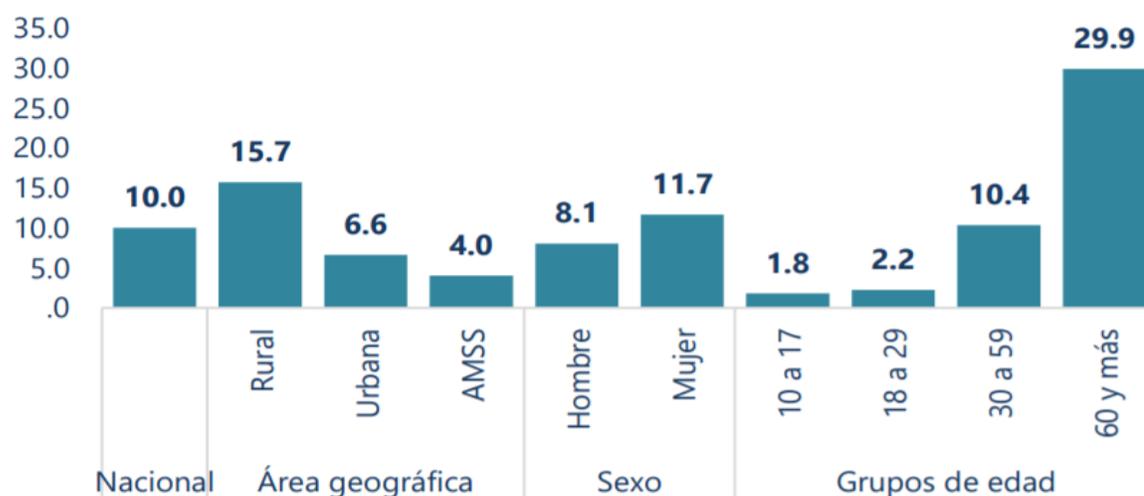
**El Salvador: Pirámide poblacional según sexo
EHPM - 2019**



**El Salvador: Población y densidad, según departamento
EHPM – 2019**

Departamento	Población	Extensión en Km ²	Habitantes por Km ²
Total	6,704,864	21,040.79	319
San Salvador	1,807,538	886.15	2040
La Libertad	822,131	1,652.88	497
Sonsonate	516,069	1,225.77	421
Cuscatlán	272,765	756.19	361
La Paz	371,191	1,223.61	303
Ahuachapán	371,685	1,239.60	300
Santa Ana	598,196	2,023.17	296
San Miguel	510,766	2,077.10	246
Usulután	382,488	2,130.44	180
San Vicente	188,104	1,184.02	159
Cabañas	171,873	1,103.51	156
Morazán	208,679	1,447.43	144
La Unión	274,548	2,074.34	132
Chalatenango	208,831	2,016.58	104

**El Salvador: Tasa de analfabetismo de la población de 10 años y más por área, sexo y grupos de edad
EHPM – 2019**



**El Salvador: Población de 10 años y más de edad por condición de alfabetización, según sexo y grupos de edad
EHPM - 2019**

Sexo y grupos de edad	Total	Alfabetas	Analfabetas	Tasa de alfabetización	Tasa de analfabetismo
Total	5,657,947	5,091,461	566,486	90.0	10.0
10 a 17	903,757	887,329	16,427	98.2	1.8
18 a 29	1,495,416	1,461,925	33,491	97.8	2.2
30 a 59	2,344,811	2,101,723	243,089	89.6	10.4
60 y más	913,962	640,484	273,478	70.1	29.9
Hombres	2,612,741	2,402,015	210,726	91.9	8.1
10 a 17	458,882	447,670	11,212	97.6	2.4
18 a 29	712,909	695,673	17,235	97.6	2.4
30 a 59	1,045,465	954,615	90,850	91.3	8.7
60 y más	395,485	304,057	91,428	76.9	23.1
Mujeres	3,045,206	2,689,446	355,760	88.3	11.7
10 a 17	444,875	439,660	5,215	98.8	1.2
18 a 29	782,508	766,251	16,256	97.9	2.1
30 a 59	1,299,346	1,147,108	152,239	88.3	11.7
60 y más	518,477	336,427	182,050	64.9	35.1

**El Salvador: Tasa de analfabetismo de la población de 10 años y más por departamento
EHPM 2019**



**EL SALVADOR: POBLACIÓN DE 6 AÑOS Y MÁS DE EDAD POR AÑOS DE ESTUDIO
APROBADO, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD**

TOTAL PAÍS

SEXO Y GRUPOS DE EDAD	TOTAL	AÑOS DE ESTUDIO APROBADOS					
		NINGUNO	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12	13 Y MÁS
TOTAL	6,092,775	852,136	960,599	1,142,478	1,129,535	1,333,091	674,936
6 - 9	434,828	240,351	193,459	1,017	-	-	-
10 - 14	546,192	10,461	146,014	307,699	82,018	-	-
15 - 19	638,849	9,143	18,873	82,953	297,738	211,422	18,719
20 - 24	669,923	9,840	24,336	68,945	146,058	272,639	148,106
25 - 29	544,209	17,064	28,496	65,844	99,019	217,647	116,137
30 - 39	896,315	58,980	90,497	142,989	179,894	277,783	146,172
40 - 49	796,510	92,096	126,055	154,558	148,166	173,951	101,685
50 - 59	651,986	107,247	121,728	140,927	102,760	103,352	75,972
60 Y MÁS	913,962	306,953	211,141	177,546	73,881	76,296	68,146
HOMBRES	2,842,661	360,900	445,842	527,407	548,691	638,998	320,824
6 - 9	229,920	126,464	102,939	518	-	-	-
10 - 14	280,527	6,463	81,057	154,724	38,283	-	-
15 - 19	314,481	5,813	10,616	42,398	148,257	99,318	8,079
20 - 24	311,966	5,129	12,850	32,171	68,888	128,090	64,837
25 - 29	264,816	7,938	13,981	30,417	49,544	109,255	53,682
30 - 39	407,689	25,181	37,993	56,493	82,994	134,461	70,567
40 - 49	356,650	35,054	52,123	66,599	72,340	82,078	48,456
50 - 59	281,127	39,483	46,878	59,154	53,040	48,075	34,496
60 Y MÁS	395,485	109,375	87,407	84,931	35,344	37,721	40,707
MUJERES	3,250,114	491,236	514,757	615,071	580,844	694,093	354,112
6 - 9	204,908	113,888	90,521	500	-	-	-
10 - 14	265,665	3,998	64,957	152,975	43,735	-	-
15 - 19	324,368	3,330	8,258	40,555	149,481	112,104	10,640
20 - 24	357,957	4,711	11,486	36,773	77,170	144,549	83,268
25 - 29	279,393	9,126	14,516	35,427	49,476	108,392	62,455
30 - 39	488,626	33,800	52,504	86,496	96,899	143,322	75,605
40 - 49	439,861	57,042	73,932	87,959	75,826	91,873	53,229
50 - 59	370,860	67,764	74,850	81,773	49,720	55,277	41,476
60 Y MÁS	518,477	197,578	123,734	92,615	38,537	38,575	27,439

FUENTE: MINISTERIO DE ECONOMÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES, 2019.

EL SALVADOR: POBLACIÓN DE 12 Y MÁS AÑOS DE EDAD POR ESTADO FAMILIAR, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

TOTAL PAÍS

SEXO Y GRUPOS DE EDAD	TOTAL	ESTADO FAMILIAR					
		ACOMPAÑADO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	SEPARADO	SOLTERO
TOTAL	5,437,232	1,082,867	1,403,437	318,587	48,493	658,359	1,925,490
12 - 14	325,477	258	-	-	-	76	325,144
15 - 19	638,849	49,803	3,633	63	57	8,442	576,851
20 - 24	669,923	156,221	52,604	1,591	-	42,627	416,880
25 - 29	544,209	165,309	96,798	1,602	1,063	54,774	224,664
30 - 34	464,592	146,016	136,014	5,010	1,763	69,794	105,995
35 - 39	431,723	133,959	150,231	6,770	3,173	69,733	67,857
40 - 44	436,126	114,893	168,733	10,181	4,768	79,930	57,622
45 - 49	360,384	77,839	160,295	12,696	6,595	70,437	32,522
50 - 54	363,990	74,708	158,583	18,594	10,612	66,639	34,854
55 - 59	287,996	56,184	127,267	22,225	5,800	55,145	21,375
60 - 64	250,676	41,134	105,351	27,780	5,150	50,868	20,392
65 - 69	198,354	26,832	82,872	34,767	4,439	34,555	14,889
70 Y MÁS	464,933	39,711	161,056	177,310	5,073	55,339	26,444
HOMBRES	2,495,469	541,931	702,306	56,387	15,154	174,590	1,005,100
12 - 14	163,255	-	-	-	-	-	163,255
15 - 19	314,481	11,539	701	-	-	616	301,626
20 - 24	311,966	64,760	16,536	-	-	7,189	223,481
25 - 29	264,816	83,213	42,467	830	223	10,455	127,628
30 - 34	216,957	72,959	65,313	166	652	18,838	59,030
35 - 39	190,732	67,925	67,812	996	1,355	17,044	35,599
40 - 44	190,648	58,155	79,408	1,042	890	20,303	30,851
45 - 49	166,001	42,272	84,696	992	2,614	20,298	15,128
50 - 54	160,824	41,214	78,893	2,058	3,743	19,189	15,727
55 - 59	120,303	30,868	62,356	2,366	1,298	14,846	8,569
60 - 64	110,294	23,767	57,293	3,401	1,138	14,817	9,877
65 - 69	84,975	16,829	44,243	5,696	1,947	10,302	5,958
70 Y MÁS	200,217	28,430	102,587	38,841	1,295	20,693	8,371
MUJERES	2,941,763	540,935	701,131	262,200	33,339	483,769	920,389
12 - 14	162,222	258	-	-	-	76	161,889
15 - 19	324,368	38,264	2,931	63	57	7,826	275,225
20 - 24	357,957	91,461	36,068	1,591	-	35,438	193,399
25 - 29	279,393	82,095	54,330	772	840	44,319	97,036
30 - 34	247,635	73,058	70,702	4,844	1,111	50,956	46,965
35 - 39	240,991	66,034	82,419	5,773	1,818	52,689	32,257
40 - 44	245,478	56,737	89,326	9,139	3,878	59,627	26,771
45 - 49	194,383	35,567	75,600	11,703	3,981	50,139	17,393
50 - 54	203,166	33,494	79,689	16,536	6,869	47,450	19,127
55 - 59	167,694	25,316	64,911	19,859	4,502	40,300	12,806
60 - 64	140,382	17,367	48,058	24,379	4,012	36,050	10,516
65 - 69	113,379	10,003	38,629	29,071	2,492	24,253	8,931
70 Y MÁS	264,716	11,281	58,468	138,469	3,778	34,647	18,073

FUENTE: MINISTERIO DE ECONOMÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES, 2019.

EL SALVADOR: OCUPADOS POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

TOTAL PAÍS

SEXO Y GRUPOS DE EDAD	TOTAL	RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA ¹⁾													OTROS ²⁾
		AGRICULT. GANADERÍA CAZA SILV.	PESCA	EXPLOTACIÓN MINAS/ CANTE.	INDUSTRIA MANUFACT.	SUMINIST. ELEC. GAS AGUA	CONSTRUCCIÓN	COMERCIO HOTE/ REST.	TRANSP. ALMACENA. COMUNIC.	INTERMED. FINANCIÉ. INMOBILI.	ADMINIST. PÚBLICA Y DEFENSA	ENSEÑANZA	SERVICIOS COMUNALES. SOC., SALUD	HOGARES C/ SERVICIO DOMÉSTICO	
TOTAL	2,908,119	448,099	25,748	1,922	432,906	22,369	198,573	901,818	138,095	180,525	114,984	92,011	190,478	160,052	539
16 - 19	150,391	47,191	1,654	77	16,891	956	11,882	49,529	4,093	1,585	632	517	6,622	8,961	-
20 - 24	357,659	52,770	3,028	222	58,734	2,743	24,770	127,342	16,006	26,982	9,098	3,327	16,532	16,106	-
25 - 29	368,421	42,627	3,589	152	58,904	2,134	24,762	113,637	22,298	34,074	13,524	9,397	25,903	17,372	47
30 - 34	336,820	38,558	4,367	224	48,181	3,834	23,802	105,048	19,163	24,054	15,709	10,215	24,933	18,672	60
35 - 39	322,766	39,221	3,098	125	54,575	2,348	23,109	97,403	17,816	19,154	12,237	10,608	26,007	17,064	-
40 - 44	337,934	41,953	3,285	70	56,282	2,983	21,473	100,263	14,145	19,678	16,508	15,521	19,805	25,577	390
45 - 49	271,780	34,653	1,857	179	42,316	1,716	21,489	79,374	13,476	16,247	14,023	12,196	16,681	17,530	43
50 - 54	255,314	34,680	1,806	-	36,978	1,863	17,206	72,355	12,237	15,136	14,054	12,136	20,708	16,156	-
55 - 59	182,870	26,273	1,857	801	19,438	1,626	12,797	56,704	8,140	12,533	10,060	11,656	12,423	8,564	-
60 - 64	140,422	30,007	738	72	17,383	1,276	8,969	39,616	5,481	6,773	5,651	4,675	11,179	8,602	-
65 - 69	79,462	20,812	352	-	9,017	489	5,593	27,094	3,298	1,873	1,370	1,011	5,117	3,436	-
70 Y MÁS	104,282	39,355	118	-	14,206	400	2,921	33,454	1,941	2,435	2,117	751	4,570	2,012	-
HOMBRES	1,703,074	409,834	23,158	1,849	231,186	16,043	194,072	366,540	120,608	121,555	83,228	40,249	75,012	19,350	390
16 - 19	104,921	42,577	1,520	77	10,812	772	11,591	25,788	3,550	990	632	471	5,210	929	-
20 - 24	221,922	49,172	2,889	222	35,296	1,754	23,970	59,646	13,606	17,621	7,579	1,649	7,344	1,174	-
25 - 29	227,472	40,209	3,449	79	37,972	1,661	24,389	54,811	18,153	21,050	9,484	3,091	11,019	2,106	-
30 - 34	195,806	34,817	4,098	224	27,770	2,348	23,585	45,748	15,720	14,043	10,777	6,294	7,379	3,002	-
35 - 39	174,850	34,014	2,400	125	27,103	2,048	22,748	36,851	15,550	10,626	9,072	3,989	8,625	1,700	-
40 - 44	176,765	37,136	2,742	70	25,755	1,807	20,656	37,603	13,287	12,463	10,772	6,275	4,971	2,837	390
45 - 49	152,704	30,404	1,719	179	20,370	1,468	20,381	29,632	11,437	13,108	10,283	5,475	5,790	2,457	-
50 - 54	140,562	31,895	1,616	-	16,396	1,297	17,014	25,543	10,779	11,603	10,864	4,894	6,902	1,760	-
55 - 59	102,859	24,106	1,663	801	9,047	1,362	12,491	20,321	8,077	9,277	6,043	3,986	4,580	1,104	-
60 - 64	85,790	28,736	591	72	7,498	864	8,733	11,407	5,481	6,596	4,495	3,101	6,824	1,394	-
65 - 69	49,085	19,354	352	-	4,133	312	5,593	9,045	3,099	1,744	1,109	693	3,168	482	-
70 Y MÁS	70,340	37,414	118	-	9,032	349	2,921	10,147	1,870	2,435	2,117	331	3,200	405	-
MUJERES	1,205,045	38,265	2,591	73	201,720	6,326	4,500	535,278	17,487	58,970	31,756	51,762	115,467	140,701	150
16 - 19	45,470	4,614	134	-	6,078	184	91	23,741	543	596	-	45	1,412	8,032	-
20 - 24	135,738	3,598	138	-	23,438	988	800	67,697	2,400	9,361	1,519	1,678	9,189	14,932	-
25 - 29	140,949	2,418	141	73	20,932	473	373	58,826	4,145	13,024	4,040	6,306	14,884	15,266	47
30 - 34	141,014	3,740	268	-	20,411	1,486	217	59,300	3,443	10,011	4,932	3,922	17,555	15,670	60
35 - 39	147,916	5,207	699	-	27,472	300	361	60,552	2,267	8,528	3,165	6,620	17,381	15,364	-
40 - 44	161,169	4,817	543	-	30,527	1,176	817	62,660	858	7,215	5,737	9,246	14,834	22,740	-
45 - 49	119,076	4,250	138	-	21,946	248	1,108	49,742	2,039	3,139	3,740	6,721	10,890	15,073	43
50 - 54	114,752	2,786	190	-	20,582	566	192	46,812	1,458	3,534	3,189	7,242	13,805	14,395	-
55 - 59	80,011	2,166	194	-	10,391	264	305	36,383	63	3,256	4,017	7,670	7,843	7,460	-
60 - 64	54,631	1,271	147	-	9,885	413	236	28,209	-	177	1,156	1,574	4,355	7,208	-
65 - 69	30,377	1,458	-	-	4,884	176	-	18,049	199	129	261	318	1,949	2,954	-
70 Y MÁS	33,942	1,942	-	-	5,174	51	-	23,307	72	-	-	420	1,370	1,607	-

FUENTE: MINISTERIO DE ECONOMÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES, 2019.

¹⁾ DE ACUERDO A CIU REVISIÓN 4.²⁾ INCLUYE ORGANIZACIONES Y ÓRGANOS EXTRATERRITORIALES.