



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD
LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS:

**PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO: FACTORES PERSONALES
Y SOCIO-ECONÓMICOS. CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO -
CAJAMARCA 2009.**

**Para optar el grado de
MAESTRO EN CIENCIAS**

**Presentado por:
Maestría: Flavio Rojas Tafur**

Cajamarca - Perú

Marzo de 2015

COPYRIGHT 2015 © by
FLAVIO ROJAS TAFUR
Todos los derechos reservados



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD
LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**PARTO INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO: FACTORES PERSONALES
Y SOCIO-ECONÓMICOS. CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO -
CAJAMARCA 2009.**

**Para optar el grado de
MAESTRO EN CIENCIAS**

Presentado por:

Maestría: Flavio Rojas Tafur

Comité Científico:

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez

Presidente del Comité

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Primer Miembro Titular

Dr. Carlos Rosales Loredo

Segundo Miembro Titular

M.Cs. Juan Carlos Noriega Licham

Asesor

Fecha: Marzo del 2015

A:

*Dios, mi hijo Andrés Esteban, esposa Filomena Milagros,
mis padres José Melanio y Clemencia, mis hermanos
Lilia, Junior, Marcos, José Rogelio y Ronald Javier, por
brindarme su amor y apoyo incondicional para lograr mi
desarrollo profesional.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi esposa e hijo, mis padres, mis hermanos, compañeros y amigos de toda la vida.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por abrirme sus puertas y contribuir con mi formación profesional.

A la Escuela de Post grado y docentes, por haberme brindado sólidos conocimientos, logrando de esta manera enriquecer mi desarrollo personal y profesional.

A mi asesor, por su incondicional apoyo brindado, su acertada asesoría, conocimientos y gran esmero en la realización de la presente investigación.

El autor.

CONTENIDO

	Página
AGRADECIMIENTOS	v
LISTA DE ILUSTRACIONES	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	07
2.1. Antecedentes de la Investigación	07
2.2. Bases Teóricas	13
2.2.1. HISTORIA DEL PARTO	13
2.2.2. EL PARTO INSTITUCIONAL	16
2.2.3. EL PARTO DOMICILIARIO	24
2.3. Definición de términos básicos	31
CAPÍTULO III. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	33
3.1. Definición operacional de variables	33
3.2. Población, muestra y unidad de análisis	35
3.3. Tipo y descripción del diseño de contrastación de la hipótesis	37
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	37
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	39
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO V.	88
5.1. CONCLUSIONES	88

5.2. RECOMENDACIONES.....	89
LISTA DE REFERENCIAS.....	90
APÉNDICES	103

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tabla	Página
1. Lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	40
2. Opiniones sobre el parto institucional según lugar de ocurrencia del parto en mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	44
3. Opiniones sobre el parto domiciliario según lugar de ocurrencia del parto en mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	49
4. Acompañamiento según lugar de ocurrencia de parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	53
5. Edad según lugar de ocurrencia de parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	57
6. Nivel educativo según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	60
7. Estado civil según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	63
8. Lugar de residencia según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	65
9. Paridad según lugar de ocurrencia de parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	68
10. Tipo de familia según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	71
11. Jefe de familia según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	74
12. Ocupación de la mujer según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	76

13. Ocupación del esposo según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	79
14. Ingreso económico familiar según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	81
15. Afiliación al seguro integral de salud según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.	85

LISTA DE ABREVIATURAS

CLAP	:	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
DISA	:	Dirección de Salud
ENDES	:	Encuesta Demográfica y Salud Familiar
MINSA	:	Ministerio de Salud
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
OR	:	Odds Ratio
SGSSS	:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIS	:	Seguro Integral de Salud
UNC	:	Universidad Nacional de Cajamarca
WHO	:	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

RESUMEN

La presente investigación titulada Parto institucional y domiciliario: Factores personales y socio-económicos, Centro de Salud Magna Vallejo - Cajamarca 2009; tuvo como objetivo comparar los factores personales y socio-económicos relacionados con el parto institucional y domiciliario; es descriptiva-comparativa y transversal, con una muestra de 75 mujeres que tuvieron su parto institucional como domiciliario. Se determinó que la mayoría de partos en la jurisdicción fueron institucionales. Como factores personales: *opiniones de las mujeres sobre el parto institucional*, existe diferencia altamente significativa entre mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario, en las opiniones: un ambiente seguro, confianza en el personal, no cuesta la atención, buen trato del personal y respeto del pudor; además, existe diferencia significativa en: no demora la atención e información al paciente. *En cuanto a las opiniones de las mujeres sobre el parto domiciliario*, existe diferencia altamente significativa entre mujeres de parto domiciliario y las de parto institucional, en las opiniones: trato adecuado durante la atención, ambiente beneficioso, ambiente seguro, no demora la atención y reduce costos. *Otro factor personal considerado fue el acompañamiento*, solo existe diferencia altamente significativa entre mujeres de parto domiciliario y las de parto institucional, en el acompañamiento por la partera. Respecto a los Factores Socio-económicos que presentan diferencia altamente significativa entre mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario, fue la edad, lugar de residencia, paridad, tipo de familia, jefe de familia e ingreso económico familiar; los que presentan diferencia significativa es el nivel educativo, estado civil, y la ocupación del esposo; y las que no presentan diferencia son la ocupación de la madre y afiliación al SIS.

Palabras clave: Parto institucional, parto domiciliario, factores personales, factores socio-económicos.

ABSTRACT

This research titled institutional and home delivery: Personal and Socio-economic, health center Magna Vallejo - Cajamarca 2009; It aimed to compare the personal and socio-economic factors related to institutional and home delivery; It is descriptive-comparative and transversal, with a sample of 75 women who had institutional delivery as a house. It was determined that most births were institutional jurisdiction. And personal factors: **women's views on institutional delivery**, There is highly significant difference between women of institutional delivery and birth at home. In the opinions: a safe environment, confidence in staff, Costs of care, Good treatment of staff and respect of modesty; Good treatment of staff and respect of modesty; moreover, there is significant difference in: not delay care and patient information. **As for the opinions of women on the home birth**, there is highly significant difference between women of home birth and institutional delivery, on the views: proper treatment during care, beneficial environment, safe environment, not delay care and reduce costs. **Another personal factor considered was the accompaniment**; there is one highly significant difference between women give birth at home and institutional delivery, in the accompaniment by the midwife. Regarding the socio-economic factors that have highly significant difference between women of institutional delivery and birth at home, it was the age, place of residence, parity, family Guy, head of household and family income; those with significant difference is the level of education, marital status, and occupation of husband; and those without difference is the occupation of the mother and SIS affiliation.

Keywords: Institutional delivery, homebirth, personal factors, socio-economic factors.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son un proceso natural, es propio de la mujer en la que la fisiología humana está perfectamente adaptada. Cuando se habla de parto natural no tiene mucho sentido, si no es, en pro de los derechos a recuperar por parte de los padres, todo su protagonismo, a devolver a la mujer la dignidad de este bello proceso sexual, como es el parto, y sobre todo, a recuperar la confianza en la naturaleza, que ha dotado a la mujer de todo un arsenal hormonal, estructural y emocional para afrontar el parto con total seguridad (1).

En Inglaterra, Holanda y Suecia, las mujeres que han optado por el parto en casa, tal como fue el de sus progenitoras, lo hicieron con total satisfacción y éxito; en este marco, se puede entender al parto como un proceso físico, emocional y espiritual, y no como enfermedad, y es tal vez el primer gran conflicto al que la humanidad se enfrenta. Todo ser humano lleva en su interior la huella de este acto y tiene derecho a ser respetado desde el primer día de su nacimiento. Hablar de crecimiento emocional y espiritual, debe pasar por hablar de la llegada al mundo de uno (1).

Eso se evidencia a nivel internacional, ya que algunos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto, los factores sociales y económicos de la mujer, lugar a dónde recurrir en caso de complicación durante el embarazo, parto o puerperio (2).

Esto hace pensar que, hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido de un parto institucional que de un domiciliario (2); pese a ello, en la atención al parto en hospitales se suele recurrir a una serie de medicaciones, maniobras, posiciones artificiales de la madre y otras intervenciones (cesárea), que dificultan la natural evolución del proceso (3). Algunas de estas intervenciones son necesarias para corregir o evitar complicaciones que se producen en partos patológicos. Lamentablemente se han generalizado y se emplean también en los partos normales, donde son innecesarias y muchas veces perjudiciales, además de aumentar el costo. En cambio, en el parto en casa se adopta la postura de normalidad y se ve como un hecho fisiológico (4).

Asociado a lo negativo de la institución, existen algunos factores que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional (5).

El ser atendida en una institución o casa, depende de variadas circunstancias asociadas a la parturienta, esto permite tomar la decisión para el lugar de resolución del embarazo.

En este sentido, existen factores que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, así como barreras para la atención del parto institucional, entre ellas la corta edad, bajo nivel educativo, condición de no unida, embarazo no deseado, antecedente de parto domiciliario y procedencia rural; es bajo estas circunstancias donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente. Asimismo, existen factores referentes a la institución como la distancia y costos, atención por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, percepción

del tacto vaginal como señal de violencia, temor a la episiotomía, rechazo al lavado y rasurado perineal, rechazo a la posición ginecológica, sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto (5).

Así mismo, se ha diseñado una estrategia de salud que trata de mantener cerca al establecimiento de salud a la gestante durante el trabajo de parto, evitándose el rechazo por parte de ésta a los servicios de salud, brindando servicios acordes al entorno cultural donde se trabaja, además de contar con mecanismos de referencia comunitarios y niveles de resolución ante cualquier emergencia obstétrica (6).

En Perú, el Ministerio de Salud en el marco de los lineamientos de Políticas de Salud y en cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y proponer intervenciones asistenciales de calidad, tendientes a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, facilita instrumentos técnicos normativos de cumplimiento en las instituciones de salud en el ámbito nacional. Por ello, la Dirección General de Salud de las Personas ha considerado necesario el desarrollo de una norma técnica que facilite la adecuación de los servicios, para la atención del parto, con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto a los derechos de la población alto andinas y amazónicas, para mejorar la calidad, accesibilidad y satisfacción de los/las usuarias y proveedores. Asimismo, el abordaje de la atención de salud con estos enfoques, pretende empoderar a la población en especial de la zona rural al reconocimiento de su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, respeto, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios (7).

En el Perú, de acuerdo a los resultados del informe anual de avances de las metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2002-2010, uno de los departamentos con menor atención profesional del parto, es la Región Cajamarca (53,3%), estando relacionada a ciertas prácticas para cuidar su salud. La mujer andina se enfrenta a numerosos factores que la separan de los servicios sanitarios, de los cuales no se tiene conocimiento adecuado y en otros casos se tiene pleno desconocimiento (8). Por tal razón, es de mucha relevancia e importancia identificar los factores socio-económicos y personales que están relacionados con el lugar de atención del parto, en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, con vista a lo que se podría mejorar en base a esta información, además se podrá contribuir a reforzar los conocimientos en el campo de la salud de la mujer en esta etapa tan importante de la vida y sirva de insumo para el trabajo de los profesionales de la salud, particularmente de los que tienen como objeto la atención del parto en las instituciones públicas de nuestro contexto.

Por lo que en el presente estudio se planteó la pregunta ¿Cuál es la diferencia de los factores personales y socio-económicos entre las mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario. ¿Centro de Salud Magna - Cajamarca 2009?

Las hipótesis planteadas fueron: Existe diferencia significativa de los factores personales entre las mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario, en la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo – Cajamarca 2009 y; existe diferencia significativa de los factores socio-económicos entre las mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario, en la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo – Cajamarca 2009.

Así mismo, se tuvo como objetivo general, comparar los factores personales y socio-económicos entre las mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario en la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo - Cajamarca 2009. Los objetivos específicos fueron: identificar el lugar de ocurrencia del parto; determinar la diferencia de los factores personales entre las mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario y; determinar la diferencia de los factores socio-económicos entre las mujeres de parto institucional y las de parto domiciliario.

La investigación fue descriptiva-comparativa y transversal; usándose la técnica de la observación y como instrumento el cuestionario, que permitió la recopilación de la información de acuerdo a los objetivos, para luego procesarlos en el paquete estadístico SPSS V. 17.0.

La investigación se llevó a cabo a partir de la revisión del libro de registro de partos, historias clínicas, libro de seguimiento de las mujeres en estudio en el año 2009.

Los resultados de la investigación permitieron establecer la diferencia de las variables en estudio entre las mujeres que tuvieron su parto institucional y las que tuvieron su parto domiciliario; además de ello, no se podrá generalizar a la población cajamarquina ya que solamente se hizo el estudio en las mujeres de la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo – Cajamarca, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

El presente documento se presenta en cinco capítulos, el *primero* que corresponde a la introducción donde se consigna la problemática, pregunta, hipótesis, objetivos, alcances y limitaciones, diseño, técnicas e instrumentos para la recolección de la información y el tratamiento de los datos; el *segundo*, contiene antecedentes, bases

teóricas y definición de términos básicos que le dan sustento a la investigación; el **tercero**, corresponde al diseño de contrastación de la hipótesis, donde se tiene la definición operacional de variables, población, muestra y unidad de análisis, tipo y descripción del diseño de contrastación de hipótesis, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de los datos, los que permitieron decidir la aceptación o rechazo de la hipótesis; el **cuarto**, son los resultados y discusión donde se tiene la información obtenida de manera estadística; y el capítulo **cinco** conclusiones y recomendaciones; finalmente, lista de referencias y apéndices.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2005). El programa de Maternidad Segura, encontró que la tasa de mortalidad materna es mucho mayor en departamentos más pobres, en 2003 se produjeron la mayor cantidad de muertes maternas a nivel nacional incluido Cajamarca (Chota), representando el 35% de muertes maternas a nivel nacional. En relación al lugar donde se produce el parto, el informe revela que el 56% de las mujeres embarazadas de esta zona lo hace en su casa. Esto se explica, principalmente, por las grandes limitaciones en cuanto al acceso a servicios de salud, pues estos no existen en su localidad (46%), y también por cuestiones socioculturales predominantes en dicho valle, como es el hecho que un grupo importante prefiera atenderse con una partera (8).

Knupp R, Meneses I, Rangel L. (Río de Janeiro – Brasil; 2008). En su investigación “La elección de parto domiciliario: Relato de vida de las mujeres que pasaron por esta experiencia”, el análisis temático, de donde emergió una categoría: La construcción de una elección. Todas las entrevistadas hicieron referencia a las experiencias de parto de sus madres, lo que demuestra la influencia en la construcción de su elección. El grupo buscó información; se enfrentaron tanto el actual modelo tecnócrata con sus familias; se encuentra la prestación de servicio humanizado en un cálido ambiente del hogar. Se concluyó

que el vínculo entre la enfermera obstetra y su cliente, así como el respeto de sus decisiones, las expectativas y la cultura proporcionaron seguridad y credibilidad a las mujeres. Así, la elección informada debe ser considerada como un derecho. La satisfacción con la experiencia fue unánime (9).

Colacioppo P, Duarte M, González M, Schneck C, Hitomi R. (Coímbra – Brasil; 2010). En su estudio “Parto domiciliario planificado: resultados maternos y neonatales”, manifiestan que la hospitalización de todas las parturientas, en el nombre de la seguridad y el bienestar de la madre y bebé, introdujo una asistencia mecánica, impersonal e intervencionista en el parto, haciendo resurgir el parto domiciliario. Se recogieron datos de 70 partos atendidos por enfermeras obstétricas. Los resultados indicaron: 61,4% de las mujeres tenían 30 años; 71,4% tenían educación superior; 97,1% vivían con la pareja; 64,3% eran empleadas; 54,3% eran primíparas; tasa de transferencia materna al hospital de 5,7% por indicación obstétrica y de 14,3% por demanda de la mujer; 92,9% fueron partos normales; 63,6% optaron por posiciones verticales. El uso juicioso de intervenciones obstétricas y neonatales en los partos domiciliarios y la producción de evidencias científicas sobre su seguridad pueden contribuir a la transformación del modelo actual de atención del parto en Brasil (10).

Cavalcanti T, Pelloso S. (Porto Alegre – Brasil; 2013). En su investigación “La percepción de los profesionales acerca de la atención al parto domiciliario planeado”, el mencionado trabajo aunque, no es tema específico de la investigación, da luces de manera indirecta sobre la idea que pueden presentar las mujeres que dan a luz. En este sentido, el análisis reveló que el domicilio como un lugar de atención posibilita el protagonismo de la mujer y de la familia por la

tranquilidad, calma y autonomía. El ambiente es seguro cuando se siguen los requisitos tales como bajo riesgo gestacional, evaluación adecuada de la evolución del parto, presencia de materiales adecuados, red transdisciplinaria y local predefinido para encaminamientos. Los profesionales apuntan también como fundamental la participación familiar en el proceso. Se concluyó que el parto domiciliario es una excelente estrategia para transformar y mejorar la calidad de la atención obstétrica (11).

Silveira I, Monticelli M, Eggert A, Kotzias E. (Brasilia – Brasil; 2013). En su investigación “Rituales de cuidados realizados por las familias en la preparación para la experiencia del parto domiciliario planeado”, por medio de la recopilación de información, síntesis, teorización y recontextualización, emergieron dos categorías: La casa para el nacimiento y preparación para la llegada del bebé. El parto en casa es una experiencia construida en la pareja embarazada. La casa está diseñada para las familias como un lugar sagrado para la experiencia de una experiencia existencial que añade valor al proceso fisiológico del nacimiento. La comprensión de estos rituales contribuye a la prestación de cuidados de profesional de salud culturalmente adecuado (12).

Pimenta G, Azevedo M, de Andrade T, de Oliveira C, Mourão X. (Murcia – Brasil; 2013). En su investigación “El parto realizado por matronas: una revisión integradora”, se evidenció las siguientes categorías: "El reconocimiento social de las parteras", "La elección del parto en casa para las mujeres", "La atención de las parteras con la madre y el niño". Para las mujeres embarazadas, el parto en casa permite varias ventajas como la comodidad, la autonomía, intimidad, y sobre todo la libertad de movimiento (13).

Temer M, Komura L, Magnoni L. (Río de Janeiro – Brasil; 2013). En su estudio “Relatos de las mujeres en la atención médica recibida en un centro de maternidad”, el análisis inductivo e interpretativo de las narraciones de 17 mujeres resultó en las siguientes categorías descriptivas: distintas experiencias en la atención recibida durante la llegada al hospital; diversidad de experiencias en relación con las prácticas de autocuidado y procedimientos realizados por profesionales; divergencia de opiniones con respecto a la presencia de compañero; satisfacción con la supervisión continua, con la relación interpersonal establecida por profesionales y con la orientación recibida. La atención al parto fue evaluada positivamente por las mujeres (14).

Nacionales

Salas W, Matos D. (Huancavelica – Perú; 2003). En su investigación “Factores condicionantes del parto domiciliario en Huachocolpa, Tayacaja. Huancavelica, Perú”, diferenció tres grupos de factores condicionantes: influencias culturales, factores socioeconómicos y percepción de la calidad de servicio del puesto de salud; obteniéndose como resultados los siguientes: De las 100 mujeres, la edad promedio fue 31,5 años, de ellas el 66% tuvo instrucción primaria y el 14% analfabetas. La influencia cultural más frecuente fue “temor al desnudarse en presencia de hombres” en un 82%. Entre los factores socioeconómico, el más frecuente fue la “falta de recursos económicos” en 76% de los casos. En relación con la atención de servicios, el 74% refirió “miedo a la posta y al personal de salud”. Se concluyó que el grado de instrucción de las entrevistadas es de bajo nivel. La mayoría refiere desconfianza y temor al personal de salud. Además de

los factores socioeconómicos, la falta de recursos favorece la decisión del parto domiciliario (15).

Medina A, Silva J, Mayca J. (Huancavelica – Perú; 2003). En el estudio “Embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Aguarunas y Huambisas”, obtuvieron resultados respecto al embarazo, parto y puerperio implicando que los mismos se desarrollan dentro de un contexto cultural que refleja un respeto por la naturaleza; durante este proceso la mujer se somete a una serie de condicionamientos a fin de llegar con éxito al parto; infringir las normas culturalmente establecidas, conlleva a la enfermedad y a la muerte. En las comunidades nativas se encuentran especialistas tradicionales: los vegetalistas y las parteras que han desarrollado un profundo conocimiento de la naturaleza que les rodea y las inmensas posibilidades terapéuticas que ésta ofrece. Para la cosmovisión Aguaruna y Huambisa, la concepción del mundo tiene características vivas y vivificantes, todo lo que existe tiene vida propia, y emiten señales, que solo ellos pueden comprender, porque manejan un código de símbolos cargados de mensajes, que orientan su diario vivir. Y las conclusiones fueron que el embarazo parto y puerperio se desarrolla dentro de un contexto cultural diferente al occidental. La cultura moldea la conducta humana de los pueblos Aguarunas y Huambisas. Las leyendas, mitos y tabúes se establecen como normas que regulan el embarazo, parto y puerperio. La población hace uso de una gran variedad de plantas medicinales y relaciona su efectividad terapéutica en contextos rituales (16).

Tarqui C, Barreda A. (Callao – Perú; 2005). En su investigación “Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú”, se obtuvo los siguientes resultados: la edad promedio de los casos fue de $28 \pm 6,5$ años y los controles $26 \pm 6,1$ años. El análisis bivariado demostró la asociación significativa de diversos factores. Al aplicar el análisis multivariado estos no fueron confirmados. Finalmente los factores de riesgo fueron: la poca continuidad del personal que tiene a su cargo la atención del parto $W=25,14$ ($p=0,00$); $OR=25,48$; el poco entendimiento en el diálogo del proveedor- usuaria durante la atención de salud $W=7,61$ ($p=0,06$); $OR=4,34$; el domicilio como lugar previsto de parto $W=25,14$ ($p=0,00$); $OR=16,84$. Se concluye que la continuidad que tiene el personal a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento con el proveedor – usuaria durante la atención de salud y el domicilio como lugar previsto de parto, son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario (5).

Locales

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Perú; 2005). Refiere que en el año 2000 en la Región Cajamarca y en otros departamentos del Perú, se han realizado diferentes estudios para investigar los factores que condicionan a las mujeres a no acceder a los servicios de salud para su control prenatal y atenderse el parto por personal calificado. Los resultados coinciden con un aspecto medular: La resistencia de las mujeres para no acudir al control prenatal y la atención del parto, son básicamente de carácter cultural. El análisis de la situación de la salud materna en Cajamarca revelaba hasta hace poco las siguientes características: Una tasa de mortalidad que superaba casi el doble de la tasa nacional, baja cobertura de atención prenatal, porcentajes mínimos de atención de parto

institucional, para lo cual consideraron cuando menos tres razones que tenían que ver con esta situación: La primera, el precario estado de salud de la mujer durante el embarazo; la segunda, la inadecuada atención obstétrica y finalmente el no acceso de la mujer a los servicios de salud (17).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. HISTORIA DEL PARTO

2.2.1.1. Evolución del Parto en la Historia y su Proceso en el Ser Humano

Al comienzo de la humanidad, probablemente 40,000 a.C., el parto era atendido por el esposo; sin embargo, ya en el año 6,000 a.C., algunas mujeres adquieren mayor experiencia que otras en el arte de la ayuda al nacimiento, por lo que son llamadas con más frecuencia durante el trabajo de parto en lo que se cree fue el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona. La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro Naturaleza del Niño. Él tenía la teoría que el feto se acomodaba con más frecuencia con la cabeza hacia abajo, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo, desde el ombligo a la cabeza, era mayor que el peso de la parte inferior, desde el ombligo a los pies. También aseguraba que la bolsa de las aguas se rompía porque el feto hacía movimientos de sus manos o pies para romperlas (18).

La comadrona se colocaba delante de los muslos de la embarazada y un ayudante se colocaba cerca de la cabeza para disminuir la ansiedad, otra ejercía presión a nivel del fondo del útero y una tercera protegía el ano para evitar que se lesionara. La mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el siglo XX, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la medicina, atendiendo sólo los casos complicados que no podían ser atendidos por las comadronas. Más tarde Soranos (138-98 a.C.), célebre médico griego, describe que el parto debe ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, que el trabajo de parto se debía realizar en una cama y que durante el período expulsivo se pasara a la silla de parto (18).

Respecto al proceso del parto, el nacimiento normal en el ser humano es considerado un hecho biológico, fisiológico y natural de la vida, cargado de significado cultural y representando satisfacción para la familia (19, 20). Sin embargo, en este proceso pueden surgir complicaciones que afecten el bienestar y la vida de la madre e hijo, acompañando la concepción de riesgo en éstas, percibiéndose como problema de salud y justificándose una intervención sanitaria (20).

En ese sentido, numerosos estudios antropológicos, demuestran la pluralidad de formas de significar la experiencia en torno al embarazo y al nacimiento de un hijo/a. En general investigan y comparan distintos sistemas culturales y enfatizan cómo a partir del hecho biológico universal de dar a luz, la cultura modela la manera de entenderlo y los medios

materiales para asistirlo, a través del análisis de las definiciones, prácticas, expectativas, dudas, miedos y relación con los/as profesionales (19-21).

La humanización en la atención del parto, es destacable el apoyo emocional continuo, pues contribuye a la reducción de las probabilidades de parto operatorio, cesárea y anestesia; así como la aplicación de métodos alternativos de alivio del dolor durante la dilatación; libertad de posición y movimiento durante todo el parto; y contacto temprano, piel a piel, de las madres y sus recién nacidos (22).

Así mismo, en la práctica médica se intenta no patologizar al embarazo, parto y puerperio, y tratarlo como un proceso fisiológico, no obstante lo controla exhaustivamente para evitar los riesgos (21); por lo tanto, un control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva, que ha estado presente en los dos últimos decenios (19).

El contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el momento histórico en el que ocurre el nacimiento, determinan entre otros aspectos la compañía que tendrá la mujer en el momento del parto, la presencia de familiares o su pareja y la figura que es considerada como experta (19). Es por ello que la presencia de la pareja proporciona bienestar físico y el buen progreso durante la gestación; éste es seguro durante todo el proceso del parto, lo que puede reducir las complicaciones durante el embarazo, el parto y puerperio, el uso de la analgesia, la oxitocina, partos por cesárea y el tiempo de hospitalización del binomio madre e hijo (23).

En esta misma realidad, en la mayoría de las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, el embarazo, parto y puerperio dejaron de ser atendidos por mujeres, parteras y comadronas sin formación médica, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser atendidos en un hospital. Se reafirman las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento. Con la transición de lo privado a lo público, este proceso deja de ser un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales, es el personal médico, principalmente obstetras, quienes dirigen, deciden y están presentes; se concibe como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las gestantes, basado fundamentalmente en su carácter biológico (19, 24).

2.2.2. EL PARTO INSTITUCIONAL

2.2.2.1. Aspectos Evolutivos del Parto Institucional

El excesivo tecnicismo de la medicina occidental ha olvidado la integralidad del ser humano, ya que lo aborda solamente desde sus aspectos fisiológicos. En este sentido, la salud ha tendido a ser vista más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual, sobre el cual intervienen factores de distinta naturaleza (20).

Las sociedades modernas ante la amenaza de la enfermedad a la salud, han adoptado la solución científica-técnica que ofrece el modelo biomédico y lo han extendido y desarrollado hasta hacerlo un sistema representativo u oficial para la asistencia del proceso salud-enfermedad (25). Actualmente

en occidente la atención al parto se realiza en el medio hospitalario, caracterizándose por altos niveles de medicalización (26).

En el entorno, la atención al parto ha seguido un discurrir progresivo tendente a la mejora de los resultados perinatales de modo que, globalmente, se puede afirmar que en el mundo desarrollado se han alcanzado tasas de morbilidad y mortalidad, maternas y fetales aceptables. En España, a partir de los años 70, la atención al parto pasó del ámbito domiciliario al hospitalario, universalizando la asistencia, aportando justicia y equidad a todas las gestantes del país, propiciando así el acceso a los recursos sanitarios a la totalidad de las mujeres, permitiendo que los avances médicos (antibioticoterapia, transfusiones...) y tecnológicos (asepsia, analgesia...) no fuesen patrimonio de unos pocos (27). En los años 90 la gran presión de las demandas judiciales dio lugar a una mala medicina defensiva y a un excesivo intervencionismo (partos instrumentados y cesáreas), que no incidieron en la mejora de los resultados perinatales. A principios de este siglo las evidencias hicieron reflexionar a todos sobre algunas de las prácticas más arraigadas (como la episiotomía) (28); así como la cesárea es una intervención quirúrgica imprescindible cuando la madre o el feto están en riesgo. El avance en las técnicas quirúrgicas, el advenimiento de los antibióticos y de los cuidados anestésicos, han minimizado sus complicaciones. La educación en el embarazo, más la protocolización de la atención del trabajo y parto redujo las intervenciones de rutina usadas en este proceso (29).

En las últimas tres décadas, el modelo médico de atención del parto por vía vaginal, sin complicaciones, ha sido objeto de creciente investigación (19,23). En el último tiempo se ha observado un aumento de publicaciones científicas que enfatizan la promoción y práctica del parto natural. Esto debido a la tendencia que surge como cuestionamiento frente a la excesiva tasa de cesáreas y de intervenciones médicas de rutina durante el trabajo de parto y parto tales como el uso de oxitocina, monitorización electrónica fetal, rotura artificial de las membranas ovulares, enema evacuante y episiotomía en primíparas (29).

2.2.2.2. Factores Personales y Socio-económicos que Influyen en la Elección del Parto Institucional

El hospital o clínica es el lugar que socialmente se considera ideal para el parto, por lo que la elección de otras opciones puede provocar juicios negativos y falta de apoyo de su entorno (30). En este sentido, es necesario realizar un adecuado diagnóstico de la fase del proceso del parto; esto permitirá evitar una cascada de intervenciones que, a la larga, pudieran ser contraproducentes, permitiendo y favoreciendo el ambiente idóneo para que el parto normal siga su curso (31-33).

Asociado a lo anterior, es relevante el trato que el personal de salud brinda a la parturienta, ya que éste cuando es personalizado durante todo el proceso, tiene buenos resultados obstétricos (31-33); por lo tanto, el trato del personal genera repercusiones en la madre y feto en el momento de la atención del parto, y a la vez, es un parámetro necesario para evaluar el rendimiento del personal. Además, una aceptación por parte de la usuaria,

asegura el éxito del establecimiento en cuanto al prestigio y afluencia de pacientes al mismo; sin embargo, las complicaciones generadas por el incumplimiento de los estándares pueden pasar desapercibidas por la madre, y hacerse evidentes mucho después, sobre todo, en cuanto al buen cuidado del recién nacido (34).

A pesar de la presencia de trato inadecuado en algunos casos, el personal de salud permanentemente presenta disposición para apoyar a la mujer en estos procesos. El equipo de salud siempre está dispuesto a brindar asistencia en domicilio en el momento adecuado; y cuando se desee un parto institucional, su traslado y este proceso se lo realizará oportunamente (30). Por lo tanto, la madre como el bebé, tienen asegurada la continua asistencia por parte del personal de salud; así mismo, el asesoramiento y control durante el postparto. Esta relación establecida entre ambas partes se caracteriza por una gran empatía, calidez y afecto (30).

Otro aspecto asociado a la elección del lugar de parto, es la alta medicalización, pues en la actual cultura intervencionista occidental se espera que las mujeres de parto acepten todas las normas y cuidados que se les brindan, y que respondan a las órdenes dadas por el personal, lo que desagrada a algunas de éstas, pudiendo no atenerse a dichas normas (26).

La excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres ha sido criticada desde diferentes ámbitos, sobre todo, al proponer alternativas para proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna (18), en la que, además de

reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho (20).

A pesar de ello, el aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica, preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud, porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios (35).

Otro aspecto referido a la elección del parto por parte de la parturienta, es el sexo de los profesionales de la salud que atienden a la mujer, pues es evidente que algunas manifiestan recelo para ser examinadas ginecológicamente por varones. El pudor no se produce sólo con profesionales sanitarios, sino que, en ocasiones se extiende a todo el sexo masculino. Sin embargo, aunque la cuestión del pudor y la preferencia de la feminización en la asistencia obstétrica, es una realidad, muchas mujeres no muestran desconfianza a ser examinadas por profesionales varones (26).

Por otra parte, el nivel de educación superior de la mujer y el de su pareja favorecen el parto institucional, influyendo en la mayoría de mujeres el tener educación superior, para la elección del establecimiento de salud (36,37), otros aspectos a tomar en cuenta son la edad de la madre ya que aumenta la probabilidad de tener el parto en una institución de salud. Por otro lado el hecho de que la mujer conviva con la pareja, no tiene efecto estadísticamente significativo para en el uso de los servicios de salud materna en el momento del parto (37). Otro aspecto para la ocurrencia de parto, son más pronunciados por zona de residencia, ya sea rural o urbana.

En el caso de las adolescentes residentes en áreas rurales muestran una mayor tendencia a que su parto sea en una institución de salud por el riesgo que conlleva para ella y su futuro hijo. Así otro factor importante es el número de hijos de la mujer que la conlleva a optar por un parto institucional, permite disminuir los riesgos (38).

El alto costo económico que implica el hecho de acceder a los servicios de salud, es considerado como la principal fuente generadora de estas inequidades (39). Reafirmandose que el nivel socioeconómico de la madre es un predictor de la atención materna, los resultados sugieren que la probabilidad de tener parto institucional se incrementa a medida que las madres tienen un mayor estatus económico (37).

Así mismo, la ocupación de la madre, no necesariamente es un determinante significativo para el uso de los servicios de salud materna, salvo en el caso del parto institucional que presenta un efecto contrario al esperado. Así, Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J., al citar a Avilés, expone que el estatus laboral de la madre no es significativo en la explicación del uso de servicios de salud materna, puesto que se contrasta con lo encontrado en estudios empíricos para Egipto y la India donde las mujeres que trabajan remuneradamente usan con mayor frecuencia los servicios de salud (37).

Por lo tanto, el acceso de las poblaciones a una maternidad hospitalaria ha crecido asociada al desarrollo económico y humano (40). El acompañamiento de la mujer también es importante en el proceso del parto;

pues se ha demostrado que aquellas mujeres que se han sentido acompañadas durante dicho proceso, precisan de menos analgesia y tienen una vivencia más positiva de su parto (28). Por lo tanto, se debe potenciar y estimular a que las gestantes se encuentren acompañadas por una persona de su confianza, que no necesariamente pueda ser su pareja, y que esté entrenada para el acompañamiento efectivo al parto. En este sentido, es fundamental comprender que las gestantes se sientan atendidas, no solo en el aspecto clínico, sino en el emocional y psicológico; que se sientan escuchadas, acompañadas, entendidas, que sientan una asistencia individual, personalizada (41); que se les informe y asesore, que se les explique el proceso, lo que pueden sentir y cómo favorecer el mecanismo fisiológico del parto, que aprendan a diferenciar y a percibir las sensaciones (28). Respecto al acompañamiento por la familia en el parto, puede presentar matices de tipo cultural, aunque las preferencias, incluso en mujeres de la misma procedencia, presentan grandes variaciones (26).

Sin embargo, se potencia la participación del padre; filosofía que responde a nuevos valores culturales (26). En este sentido, algunos estudiosos, advierten de un nivel más alto de la unión del padre durante el embarazo, mientras se espera la llegada de su primer hijo, hay un aumento de la unión familiar, influyendo en el progreso del embarazo y en el parto (42).

Por otra parte, algunos autores defienden que hay que distinguir entre el afecto natural y el socializado, y que para entender este tipo de comportamientos hay que considerar que las manifestaciones de amor

materno, como otras emociones y sentimientos, no son naturales, sino construidas, dependientes del contexto sociocultural y económico en el que se producen (26).

Finalmente, y de manera general, los factores más importantes que limitan el acceso de la gestante a los servicios de salud, están relacionados con la dispersión geográfica poblacional, los escasos recursos económicos familiares, la deficiente orientación de los recursos del Seguro Integral de Salud (SIS) para la atención de gestantes de los quintiles más pobres (I y II), la escasa participación ciudadana - social y la gigantesca brecha cultural; por lo tanto, se requiere, entre otras, promover el control prenatal y el parto institucional, realizando acciones orientadas tanto a la mejora de la calidad de la oferta como al incremento de la demanda del servicio, para fortalecer o cambiar prácticas durante el embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido (43).

2.2.3. EL PARTO DOMICILIARIO

2.2.3.1. Aspectos Evolutivos del Parto Domiciliario

El parto domiciliario tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y control de la natalidad, al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género (44).

Aunque como se menciona en la historia del parto, los primeros que brindaron ayuda a las mujeres parturientas fueron los esposos, luego las comadronas con sus ayudantes, luego las personas especializaron para dicha atención, integrando una serie de acciones médicas (18); existen aún mujeres que conjuntamente con su familia deciden la atención de este evento a las comadronas o mujeres con experiencia en la atención del parto y bajo sus condiciones físicas, como es el hogar como lugar elegido.

Parece que la evolución del parto domiciliario, no está dirigida a la atención en un nosocomio, sino, por un lado, a que el personal de salud se traslade al domicilio de la parturienta para brindarle la atención respectiva, y por otro, en la capacitación cada vez mejor de las comadronas, para una atención con mayor calidad y capacidad para identificar riesgos, referir oportunamente y trabajar coordinadamente con el personal de salud. En este sentido, las que optan por su parto en casa, sienten que dicho evento, en dicho lugar, no es una alternativa para dar a luz, sino, un proceso lógico, saludable y fisiológico de la evolución de la medicina de nuestros días (1).

Contrariamente y pese a la naturalidad del parto domiciliario, cuando la mujer decide por el parto en casa, en algunos casos, es considerada una rebelde, rara o con problemas, como si algo extraño estuviese sucediendo en su mente o como si fuese una excentricidad (18). Esta elección la hacen porque tienen la convicción de que el parto en casa es mejor y más natural, ayudadas por los consejos de las madres, abuelas, experiencias exitosas propias y la valoración que ellas le dan a los aspectos positivos del parto en casa representados en la seguridad, tranquilidad y confianza que da el hogar

(44). Y de manera concluyente, Lembo M. al citar a Tew, confirma que el parto en casa es tan seguro, natural, cómodo, privado, entre otras condiciones favorables, para mujeres de bajo riesgo; es más, en el hospital las mujeres de bajo riesgo tendrán más complicaciones durante y después del parto (45).

Es por ello, que la elección del parto domiciliario es significativa en la vida de la mujer; ya que es una elección que se basa en colocar dentro de las prioridades de este evento la trascendencia individual, la capacidad de decisión, la privacidad y seguridad, el respeto por las emociones y el asumir el poder femenino; además de lo mencionado, se considera que el dar a luz es un hecho fisiológico y natural (18).

2.2.3.2. Factores Personales y Socio-económicos que Influyen en la Elección del Parto Domiciliario

El parto domiciliario es una de las experiencias más hermosas que una familia puede experimentar. La mujer está en su medio en donde todo es conocido. Si ha habido un buen control prenatal, el embarazo es de bajo riesgo; y si hay un genuino deseo de que el parto sea en casa, se lo atiende teniendo en cuenta que los proveedores de salud tengan experiencia en partos domiciliarios; así mismo se dispone de un plan de traslado eficaz en caso de complicaciones (18).

En el parto domiciliario existe una mayor privacidad, un ritmo más pausado del proceso, un reducido uso de las intervenciones médicas (rasurado, enema, uso de drogas, episiotomía). Permite la participación

activa de la familia y la presencia frecuente de la comadrona con un apoyo emocional intenso y continuo, además que la mujer tiene más libertad de caminar y adoptar posturas cómodas (18).

El acompañamiento de la gestante durante el embarazo, trabajo de parto y parto por la doula (asistente sin titulación oficial que proporciona apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto) y pareja es una de las propuestas más relevantes, ya que se afirma que aquellas mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto tienen resultados significativos en términos de reducción en la tasa de cesárea, partos instrumentalizados, menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego (29).

A modo de ejemplo, en algunos países la mayoría su parto ocurre en casa y son atendidos en su mayoría por personal entrenado (comadronas); y las complicaciones para la madre y el recién nacido son mínimas y similares o mejores que los logrados en partos hospitalarios (18).

En este sentido, el gobierno de Brasil, también puso en práctica una política llamada humanización del parto y el nacimiento, con el objetivo de reducir los niveles de intervención en el parto, tener a una mujer como protagonista del nacimiento en sí, que incorpora el compañero de elección en proceso del parto y considerar la dimensión social y emocional en la dinámica de la salud (46).

A pesar de todo lo favorablemente mencionado, los nacimientos en casa sin atención adecuada, sin control prenatal previo, en condiciones sanitarias deplorables y una salud deteriorada de la madre, poseen un riesgo muy alto de mortalidad materna e infantil. Esto se observa en países subdesarrollados y generalmente en medios rurales con poco acceso y disponibilidad de servicios adecuados de salud (18).

Asimismo, las creencias juegan un rol esencial en las mujeres embarazadas, éstas son objeto de diferentes tipos de creencias que forman parte de la herencia cultural y por tanto, del entorno en el que está inmersa y que interaccionan con sus propias experiencias (47); y que influyen en la elección del parto.

Otro aspecto relevante para la elección del parto en el domicilio, es que la mujer cuenta con la intimidad y la comodidad del entorno familiar, rodeada de quien o quienes ella elija, en la posición que ella elija sin límites de tiempo y espacio físico y haciendo lo que desea, como caminar, ducharse, escuchar música, dormir, comer, beber, etc. (30).

Por lo tanto, todo el proceso hasta el nacimiento fluye con total naturalidad, sin que los asistentes intervengan si no es absolutamente necesario; y sin necesidad de preocuparse de cuándo ir al hospital, o se tiene que mover de la casa. Simultáneamente en este proceso, la mujer expresa las emociones y sentimientos que desbordan ante el nacimiento de su hijo (30).

Aunado a todo lo referido, el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe darse durante todo el proceso y a elección de la gestante, lo que significa que en cada momento y siempre que ella lo desee, tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad (44). Entonces se puede inducir que el parto domiciliario es el suceso que favorece la adecuada adaptación y participación del padre (18).

Se afirma que cuando los esposos se involucran en el embarazo de la esposa, se destaca la importancia de la participación del padre en el embarazo contribuyendo en la salud de la madre y bebé (48). Por lo tanto, este proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir a la familia y en especial a la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre (44).

Así mismo el conocimiento que tiene la partera de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que requieren su servicio, asociado a las propias tradiciones de la práctica, conlleva a una reducción importante de costos para la parturienta, optando para que su parto se realice en su domicilio (49). Por otro lado, los más pobres carecen de alguna fuente de aseguramiento y ante alguna necesidad de salud deben cubrir los gastos con recursos propios y en casos extremos simplemente no acceden a servicios adecuados. Pese a lo indicado, actualmente el Gobierno Peruano viene estableciendo el aseguramiento universal de salud (39).

A pesar de ello algunas mujeres consideran que deben dar a luz a solas, ya que la presencia de otras personas dificulta el nacimiento del niño y les causa vergüenza. La presencia del esposo a veces se debe a la fuerza física que ayuda si el parto es difícil, además existe un respeto por el pudor de la mujer y la posición que adopta en el parto, como costumbres que han permanecido desde tiempos antiguos, ya que cubren su cuerpo como señal de vergüenza e identidad con su género (50).

En conclusión, los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto, se explica mediante la hipótesis de que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas, menos probabilidades de tener un parto por cesárea, menos probabilidades de tener un parto con la ayuda de fórceps, menos probabilidades de necesitar algún tipo de analgesia o anestesia y menos probabilidades de estar insatisfecha con el parto o tener una opinión negativa al respecto (51-56); por lo que el acompañamiento genera un sinnúmero de beneficios para la parturienta, obteniéndose vivencias positivas y menos intervenciones (55, 56). Además de ello, la presencia de un acompañante fortalece a la gestante pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse en torno a éste (44).

Finalmente, otro beneficio es que el recién nacido en casa no se separa de su madre, prácticamente en ningún momento, favoreciendo el vínculo madre-hijo(a) y el éxito en la iniciación y continuación de la lactancia; además de respetarse sus creencias, valores y costumbres de los individuos (18). Bajo el mismo marco que la elección del parto institucional, existen algunos factores como la edad, nivel educativo, estado civil, residencia, paridad, composición familiar, entre otros, que influyen en la elección del parto en domicilio.

2.3. Definición de términos básicos

Parto

Expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos (57).

Acompañamiento

Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, pudiendo ser la pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta. El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto (7).

Asegurada o afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)

Toda persona beneficiaria del seguro, radicada en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del seguro integral de salud. Para el reconocimiento de los beneficios de un asegurado, deberá cumplir con los requisitos de afiliación, la cual deberá estar activa y vigente (58).

Parto institucional

Expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos, atendido en un establecimiento de salud (59). Otra concepción es la considerada como un parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea) (60)

Parto domiciliario

Es la expulsión del producto de la gestación mayor de 22 semanas y sus anexos, atendido en el hogar o domicilio. Así mismo, se considera a un parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye partos ocurridos en la casa de espera materna (60).

Doula

Una doula es una asistente sin titulación oficial que proporciona apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto (61).

CAPÍTULO III

DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

3.1. Definición operacional de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO	Lugar donde se ha producido el parto (7).	Parto institucional Parto domiciliario	-----
FACTORES PERSONALES	Conjunto de atributos / condiciones particulares relacionadas al parto (31).	Opiniones sobre parto institucional	<input type="checkbox"/> Ambiente seguro <input type="checkbox"/> Adecuada implementación <input type="checkbox"/> No demora en la atención <input type="checkbox"/> Confianza en el personal <input type="checkbox"/> Buen trato del personal <input type="checkbox"/> Respeto del pudor <input type="checkbox"/> Información al paciente <input type="checkbox"/> No cuesta la atención <input type="checkbox"/> Otras
		Opiniones sobre parto domiciliario	<input type="checkbox"/> Ambiente seguro <input type="checkbox"/> Es un ambiente beneficioso <input type="checkbox"/> Trato adecuado durante la atención <input type="checkbox"/> Respeto al pudor <input type="checkbox"/> Respeto a la opinión de la paciente <input type="checkbox"/> Se brinda información durante la atención <input type="checkbox"/> No demora en la atención <input type="checkbox"/> Reduce costos <input type="checkbox"/> Hay participación del esposo u otro familiar <input type="checkbox"/> Los familiares lo deciden <input type="checkbox"/> Otras
		Acompañamiento	<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Suegra <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Integrantes de las redes sociales de apoyo <input type="checkbox"/> Otro familiar

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS	Conjunto de características sociales y económicas que están en relación al parto (31).	Edad	<ul style="list-style-type: none">) 15 – 19 años) 20 – 34 años) 35 a más años
		Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none">) Ilustrada) Primaria incompleta) Primaria completa) Secundaria incompleta) Secundaria completa) Superior
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none">) Soltera) Casada) Conviviente) Otros
		Lugar de residencia	<ul style="list-style-type: none">) Rural) Urbano
		Paridad	<ul style="list-style-type: none">) Primípara) Multípara) Gran multípara
		Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none">) Familia nuclear) Familia extensa) Familia incompleta) Otro tipo de familia
		Jefe de familia	<ul style="list-style-type: none">) Esposo) Esposa) Hijo/hija) Otro miembro de familia
		Ocupación de la mujer	<ul style="list-style-type: none">) Ama de casa) Trabajadora del hogar) Trabajadora profesional) Otra ocupación
		Ocupación del esposo	<ul style="list-style-type: none">) Agricultor) Artesanía) Obrero de mina) Empleado público) Trabajador independiente) Otra ocupación
		Ingreso económico familiar	<ul style="list-style-type: none">) Menor a un sueldo mínimo vital) 1 a 2 sueldos mínimos vitales) 3 a más sueldos mínimos vitales
		Afiliación al seguro integral de salud	<ul style="list-style-type: none">) Afiliada al SIS) No afiliada al SIS

3.2. Población, muestra y unidad de análisis

Población

La población estuvo conformada por las mujeres de parto institucional (N=50) y parto domiciliario (N=25), que pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Durante los meses de abril a agosto del año 2009.

Muestra

La muestra fue igual a la población teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión (n: 75).

Criterios de inclusión y exclusión

Parto institucional

Criterios de inclusión:

-) Mujeres cuyo parto haya sido atendido en el Centro Salud Magna Vallejo.
-) Mujeres que hayan vivido durante su embarazo en la jurisdicción del Centro Salud Magna Vallejo.
-) Mujeres de bajo riesgo obstétrico.
-) Mujeres con voluntad de colaborar y responder el cuestionario.

Criterios de exclusión:

-) Mujeres que hayan presentado complicaciones durante el embarazo y parto.
-) Mujeres que dieron a luz fuera de la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo.

-) Mujeres que dieron a luz en la calle.
-) Mujeres cuyo parto haya terminado en cesárea.

Parto domiciliario

Criterios de inclusión:

-) Mujeres que hayan dado a luz en domicilio de la jurisdicción del Centro Salud Magna Vallejo.
-) Mujeres que hayan vivido durante su embarazo en la jurisdicción del Centro Salud Magna Vallejo.
-) Mujeres con voluntad de colaborar y responder el cuestionario.

Criterios de exclusión:

-) Mujeres que dieron a luz fuera de la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo.
-) Mujeres que dieron a luz en la calle.
-) Mujeres que tuvieron un parto precipitado en su domicilio.

Unidad de Análisis

En el presente trabajo de investigación la unidad de análisis estuvo constituida por cada mujer de parto institucional y domiciliario perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo, durante los meses de abril a agosto del año 2009.

3.3. Tipo y descripción del diseño de contrastación de la hipótesis

La presente investigación es no experimental, descriptiva-comparativa y transversal. Descriptiva: pues se caracterizó las variables de estudio de manera

separada; comparativa: porque se comparó los factores en estudio entre mujeres de parto institucional y las mujeres de parto domiciliario, y transversal: porque se hizo un corte en el tiempo.

La contrastación de la primera hipótesis (factores personales de acuerdo al lugar de ocurrencia del parto), se lo hizo mediante la prueba Z con un intervalo de confianza del 95%, y el uso del valor p.

La contrastación de la segunda hipótesis (factores socio-económicos de acuerdo al lugar de ocurrencia del parto), se lo hizo mediante Chi Cuadrado (X^2), con un intervalo de confianza del 95%, y el uso del valor p.

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

Las técnicas utilizadas fueron: la revisión de documentos y la encuesta.

Z Revisión de documentos: para las mujeres que tuvieron su parto institucional, se realizó la revisión del libro de registro de partos e historias clínicas; para las mujeres que tuvieron su parto domiciliario, se realizó la revisión del mismo libro de registro de partos y libro de seguimiento (el llenado del primero lo realiza la obstetra al registrar la atención del parto en domicilio; o cuando las puérperas de parto domiciliario acuden a su primer control de puerperio; el segundo, se lo llena cuando se hace el seguimiento a las gestantes que no acuden a su cita correspondiente y se identifica que ha tenido su parto en domicilio; o cuando se comunica al Centro de Salud que una gestante dio a luz en su casa).

Z Encuesta: Luego de identificar a las mujeres de parto institucional y domiciliario, se realizó una visita domiciliaria a cada una de ellas, se les informó del objetivo del trabajo y pidió su consentimiento para encuestarlas, previa identificación de los criterios de inclusión y exclusión (a las puérperas que aún no estaban de alta, se las encuestó de manera privada en la propia institución).

Instrumento de recolección de datos

El instrumento fue el cuestionario de encuesta elaborada por el investigador, estuvo dividida en 03 partes.

En la primera parte se detalla el lugar de ocurrencias del parto (tomado de la revisión de documentos).

En la segunda parte para determinar los factores socio-económicos, tanto de las mujeres de parto institucional como de parto domiciliario.

La tercera parte correspondió a los factores personales de la paciente como las opiniones sobre el parto y acompañamiento, tanto de las mujeres de parto institucional como de parto domiciliario. (Apéndice 1)

3.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Técnicas de procesamiento de datos

Luego de la obtención de la información mediante el cuestionario, se procedió a la codificación, vaciado y elaboración de la base de datos para el

procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS V 17.0, la hoja Electrónica de Cálculo Microsoft Excel 2000.

Análisis de datos

Se conformó dos grupos (mujeres de parto institucional y parto domiciliario) estudiándose los factores personales y socio-económicos. Se procedió al análisis estadístico descriptivo, obteniéndose la frecuencia absoluta y relativa.

Posteriormente se realizó un análisis inferencial, comparando a las mujeres de parto institucional con las de parto domiciliario de acuerdo a cada factor personal y socio-económico, haciendo uso del valor p ; aceptándose como diferencia estadísticamente significativa un valor $p < 0,05$. El análisis de la primera hipótesis, mediante la prueba Z y el análisis de la segunda hipótesis, mediante la prueba Chi Cuadrado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados, se arribó a los resultados siguientes:

Tabla 1: Lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

LUGAR OCURRENCIA DE PARTO	N°	%	I.C. 95%
Parto institucional	50	66,7	(56,0 – 77,4)
Parto domiciliario	25	33,3	(22,6 – 44,0)
TOTAL	75	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

En la tabla, se puede evidenciar que el 66,7% de mujeres en estudio pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo, su parto fueron institucionales y de las demás fueron domiciliarios.

Sin importar el lugar de parto, el Centro Kineos. (2009) (1), afirma en su estudio “Embarazo y parto natural”, que estos son procesos naturales, propio de la mujer, en la que la fisiología humana está perfectamente adaptada; pese a ello, se sigue discutiendo respecto a las mejores condiciones para la atención de un parto. Algunos autores como Endemain, citado por Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. (2006) (2), en su investigación “Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador”, afirma que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional en comparación de un parto domiciliario; otros como Lembo M. (2009) (45), en su estudio “Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales”, citando a Tew, contrariamente asevera que el parto en casa es tan seguro

como el parto en hospital para mujeres de bajo riesgo; es más, en el hospital las mujeres de bajo riesgo tendrán más complicaciones durante y después del parto. Favoreciendo lo mencionado, Cavalcanti T, Peloso S. (2013) (11), en su investigación “La percepción de los profesionales acerca de la atención al parto domiciliario planeado”, revelaron que el domicilio como un lugar de atención, posibilita el protagonismo de la mujer y de la familia por la tranquilidad, calma y autonomía. En esta lógica, Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M. (2006) (29), en su trabajo “Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural”, afirman que en la atención del parto en hospitales, se suele recurrir a una serie de medicaciones, maniobras, posiciones artificiales de la madre y otras intervenciones (cesárea), que dificultan la natural evolución del proceso.

Posiblemente por lo anteriormente indicado, solo un poco más del 50% de todos los partos en el mundo, es atendido por personal de salud calificado, así lo certifica Tarqui M, Barreda G. (2005) (5), en su investigación “Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria”. En el Perú, uno de los departamentos con menor atención profesional del parto, es la Región Cajamarca (53,3%), estando relacionada a ciertas prácticas para cuidar su salud, información brindada por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2005) (8).

Otras investigaciones refrendan lo encontrado en la presente investigación, como es el realizado por Endemain, citado por Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. (2006) (2), al determinar que el parto institucional es en 79% y domiciliario en 21%. Por su parte Olivera H, Jean M, Cáceres A. (2003) (6), en su estudio “Hacia una maternidad rural segura”, observan que el 86% de partos se realizó en la institución.

Por su parte, Tarqui M, Barreda G. (2005) (5), encontraron en su estudio que el porcentaje para parto institucional fue de 59,6%.

En la cultura de Cajamarca se espera que las mujeres de parto que se atienden en una institución de salud, acepten todas las normas y cuidados que se les brindan, y que respondan a las órdenes dadas por el personal de salud; lo que incomoda a algunas, es que no puedan atenerse a los protocolos. La mayoría de mujeres pertenecientes al Centro de Salud Magna Vallejo, optan por un parto en la institución en contraposición del parto domiciliario, por tener controles y seguimiento permanentes, ya que es la forma más adecuada de llevar una vigilancia de su embarazo y la terminación de su parto asegurando su propio bienestar y el de su futuro hijo.

Además de lo indicado anteriormente, y teniendo como base los resultados del estudio, posiblemente exista cierta relación de algunos factores o condiciones que pueden influir en la elección del lugar para la atención del parto; ratificando lo dicho, Knupp R, Meneses I, Rangel L. (2008) (9), en el parto domiciliario la prestación del servicio es humanizado, con un cálido ambiente del hogar, y la existencia de un vínculo entre la profesional y la paciente: así mismo, el respeto de las decisiones, las expectativas y la cultura, proporcionan seguridad y credibilidad a las mujeres. Posiblemente, en el grupo de mujeres de parto domiciliario, aún exista cierta resistencia, como lo indica el Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2005) (17), expresando la existencia de dicha resistencia para no acudir al control prenatal y a la atención del parto, ya que son básicamente de carácter cultural. Muchos aspectos mencionados, posiblemente estén siendo factores determinantes en las mujeres de la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo.

Tabla 2: Opiniones sobre el parto institucional según lugar de ocurrencia del parto en mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

OPINIONES SOBRE EL PARTO INSTITUCIONAL	LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO				Prueba Z Valor p
	Institucional		Domiciliario		
	Nº	%	Nº	%	
Ambiente seguro	48	96%	12	48%	Z=4,899 p=0,00000048
Adecuada implementación	42	84%	17	68%	Z=1,594 P=0,0554
No demora la atención	29	58%	9	36%	Z=1,796 P=0,0362
Confianza en el personal	50	100%	14	56%	Z=-4,318 P=0,0000078
Buen trato del personal	46	92%	14	56%	Z=3,674 P=0,000019
Respeto del pudor	46	92%	14	56%	Z=3,674 P=0,000019
Información al paciente	44	88%	18	72%	Z=1,726 P=0,0422
No cuesta la atención	41	82%	8	32%	Z=4,289 P=0,0000089
Otras	00	00%	02	8%	Z=-2,027 P=0,00213

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

En la tabla, respecto a uno de los factores personales considerados en el estudio, como son las opiniones sobre el parto institucional, se puede evidenciar la existencia de cinco opiniones que reflejan diferencia altamente significativa de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario. La primera corresponde a que en el parto institucional existe un ambiente seguro, 96% en mujeres de parto institucional y 48% en mujeres de parto domiciliario; la segunda es la confianza en el personal, 100% en mujeres de parto institucional y 56% en mujeres de parto domiciliario; luego no cuesta la atención, 82% en mujeres de parto institucional y 32% en mujeres de parto

domiciliario; y finalmente el buen trato del personal y respeto al pudor, 92% en mujeres de parto institucional y 56% en mujeres de parto domiciliario cada grupo.

Como se observa, las que han tenido la experiencia de dar a luz en una institución de salud, opinan favorablemente respecto al parto institucional, así lo ratifica Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. (2006) (2), al referirse a los factores para la ocurrencia del parto institucional, al afirmar que el 58% indicó que el personal está pendiente y brinda buena atención, 17% indicó la presencia de amabilidad, 17% de buen trato, además, el 23% afirma tener confianza en el personal, el 11% más seguro en complicación, y 10% considera que el personal está capacitado. En la misma dirección, Dueñas J, Bailón E, Dotor M, Rodríguez R, Ruffi A. (2005) (31); Holnett E, Downe S, Edwards N, Walsh D. (2008) (32); y Hodnett D, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C. (2007) (28), asientan que el trato personalizado por el personal de salud durante todo el proceso, ha demostrado tener buenos resultados obstétricos para la atención de parto institucional. Por ello, Rodríguez S. (2010) (30), en su estudio “Nacer en casa”, refiere que existe una relación establecida entre ambas partes (usuario- personal de salud), que se caracteriza por una gran empatía, calidez y afecto en la atención.

Por otra parte, Hodnett D, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. (2007) (28), en el tema “Apoyo continuo a las mujeres durante el parto”, indican que a las gestantes se les debe informar y asesorar, explicar el proceso, lo que pueden sentir y cómo favorecer el mecanismo fisiológico del parto, buscando que aprendan a diferenciar y a percibir las sensaciones. Esto aumenta la decisión de un parto institucional, como lo indica Rodríguez S. (2010) (30), tomada la decisión, su traslado se debe realizar en el momento oportuno, es decir en el periodo de transición; manteniendo una relación caracterizada por empatía, calidez y afecto. Complementando lo explicado, Villanueva

A, Riega P, Torres J, Yabar C, Alarco O. (2003) (34), en el estudio “Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias”, comentan que el trato del personal hacia las gestantes, genera repercusiones en ellas y sus productos, y si son favorables, implica la aceptación de éstas, asegurándose el éxito del establecimiento en cuanto al prestigio y concurrencia de pacientes al mismo.

Pese a los aspectos favorables que se brinda en una institución de salud, Luque M, Oliver R. (2005) (26), en la investigación “Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas”; y Salas W, Matos D. (2003) (15), en su estudio “Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Huachocolpa, Tayacaja”, destacan la desconfianza y temor al personal de salud, por ende a los hospitales, que entre otros, no favorece la decisión de parto institucional; así mismo Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. (2006) (2), determinó que un 25% de mujeres tiene mal concepto del establecimiento de salud; es lógico entonces, lo manifestado por Medina A, Silva J, Mayca J. (2003) (16), al confirmar que la mayoría de mujeres se muestran reacias a ser atendidas en un hospital, ya que la cultura se desarrolla dentro de un contexto cultural diferente al occidental. Además de lo indicado, Luque M, Oliver M. (2005) (26), puntualiza que la atención del parto se realiza en el medio hospitalario, caracterizado por altos niveles de medicalización, elevados costos e inaccesibles para los más desposeídos.

En sentido contrario a la atención hospitalaria, Beltrán M, Elías C, Guijarro N. (2004) (47), en su investigación “Antropología del embarazo, parto y puerperio en la Comarca del Mar Menor”, sostienen que las creencias juegan un rol esencial en las mujeres embarazadas, éstas son objeto de diferentes tipos de creencias que forman parte de la

herencia cultural y por tanto, del entorno en el que está inmersa y que interaccionan con sus propias experiencias; predisponiendo el domicilio como lugar para llevarse a cabo el parto.

Finalmente, se puede apreciar que las opiniones de las mujeres de parto institucional, pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo, son favorables, optando para su atención en una institución de salud y no en domicilio ya que lo consideran inseguro para el parto, pues consideran al ambiente seguro por tener personal capacitado y corrigen complicaciones de manera inmediata, entre otros aspectos; así mismo, afirman que no cuesta dicha atención, pues tienen el seguro integral de salud, que cubre los gastos necesarios para un parto.

Por otro lado, existe un grupo de mujeres que están arraigadas a sus creencias y optan por el parto domiciliario; sumado a esto, posiblemente existe una serie de experiencias no gratas que las conlleva a desconfiar, y más aún, cuando han sido tratadas como un objeto sin respetar sus costumbres; basta un gesto para que la empatía paciente-personal de salud se rompa y así se pierda la confianza y siempre haya ese temor de percibir no ser atendido de la manera adecuada. En este sentido, algunos profesionales de la salud no comunican o informan adecuadamente a la paciente o familiares, y menos respetan el pudor, sin entender que este proceso es un acto trascendental en la vida de las mujeres; es por ello que así sea su parto de alto riesgo, prefieren que éste se lleve en su hogar con su familia, siendo para estas mujeres el lugar ideal.

Tabla 3: Opiniones sobre el parto domiciliario según lugar de ocurrencia del parto en mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

OPINIONES SOBRE EL PARTO DOMICILIARIO	LUGAR DE OCURENCIA DEL PARTO				Prueba Z Valor p
	Domiciliario		Institucional		
	Nº	%	Nº	%	
Ambiente seguro	21	84%	09	18%	Z=5,500 P=0,000000018
Es un ambiente beneficioso	20	80%	05	10%	Z=6,062 P=0,0000000067
Trato adecuado durante la atención	25	100%	12	24%	Z=6,206 P=0,0000000027
Respeto al pudor	25	100%	49	98%	Z=0,702 P=0,2383
Respeto a la opinión de la paciente	17	68%	28	56%	Z=1,000 P=0,1587
Se brinda información durante la atención	08	32%	14	28%	Z=0,359 P=0,3599
No demora la atención	19	76%	15	30%	Z=3,772 P=0,000080
Reduce costos	23	92%	27	54%	Z=3,291 P=0,00049
Hay participación del esposo u otro familiar	25	100%	45	90%	Z=1,637 P=0,0509
Los familiares lo deciden	05	20%	09	18%	Z=0,210 P=0,4170
Otras	03	12%	00	00%	Z=2,500 P=0,0062

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

En la tabla, respecto a uno de los factores personales considerados en el estudio, como son las opiniones sobre el parto domiciliario, se puede evidenciar la existencia de cinco opiniones que reflejan diferencia altamente significativa de las mujeres de parto domiciliario con las mujeres de parto institucional. La primera corresponde a que en el parto domiciliario existe un trato adecuado durante la atención, 100% en mujeres de parto domiciliario y 24% en mujeres de parto institucional; la segunda corresponde a que es un ambiente beneficioso, 80% en mujeres de parto domiciliario y 10% en

mujeres de parto institucional; es un ambiente seguro, 84% en mujeres de parto domiciliario y 18% en mujeres de parto institucional; no hay demora en la atención, 76% en mujeres de parto domiciliario y 30% en mujeres de parto institucional; y se reduce costos, 92% en mujeres de parto domiciliario y 54% en mujeres de parto institucional.

Mantiene la postura, Endemain, citado por Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. (2006) (2), al considerar en su investigación que el 44% de parturientas tiene más confianza en ambientes familiares, el 24% manifiesta un buen trato de familiares. En este sentido, algunos autores consideran al parto domiciliario como ambiente seguro, natural, cómodo, privado, entre otras condiciones favorables, Lembo M. (2009) (45); Rodríguez S. (2010) (30); y FERTILAB - Laboratorio de Reproducción Asistida. (2005) (18), sostiene que el parto en casa permite un ritmo más pausado del proceso, un reducido uso de las intervenciones médicas, una participación activa de la familia, y más libertad en la gestante, para caminar, tomar posturas cómodas; por eso se debe rescatar la importancia de la elección del parto domiciliario; así lo sostienen Silveira I, Monticelli M, Eggert A, Kotzias E. (2013) (12), en su investigación “Rituales de cuidados realizados por las familias en la preparación para la experiencia del parto domiciliario planeado”, cuando manifiestan que el parto en casa es una experiencia construida en la pareja embarazada. La casa está diseñada para las familias como un lugar sagrado para la experiencia de una vivencia existencial que añade valor al proceso fisiológico del nacimiento. Otro aspecto relevante del parto domiciliario es la atención por profesional, que garantiza un parto de calidad, así lo asientan, Tarqui M, Barreda G. (2005) (5), al demostrar en su estudio que un 80% tienen seguridad en la atención, así como el 69,0% presentan entendimiento entre el proveedor y el usuario, el 50% muestra confianza en el personal. No

reconociéndose la atención que se brinda en la institución, ya que existen diversos factores negativos, así nuevamente lo indica Tarqui M, Barreda G. (2005) (5), al concluir, entre otros, la percepción que se tiene del profesional, observándolo como joven, practicante e inexperto; percepción del tacto vaginal como señal de violencia, temor a la episiotomía, rechazo al lavado y rasurado perineal, rechazo a la posición ginecológica, sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

En sentido contrario a la atención hospitalaria, Cavalcanti T, Pelloso S. (2013) (11), manifiestan que el hogar es un ambiente seguro cuando se siguen los requisitos tales como bajo riesgo gestacional, evaluación adecuada de la evolución del parto, presencia de materiales adecuados y local predefinido para encaminamientos.

Las opiniones respecto al parto domiciliario de las mujeres que dieron a luz en casa, pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo, son posiblemente porque siempre buscan lo más favorable para ellas y su familia, aún más cuando se trata de traer al mundo a un nuevo miembro de la familia, pues éste debe tener todas las comodidades y calor humano necesarios para su bienestar. Posiblemente para ellas, el ambiente seguro es considerado cuando no hay intervenciones médicas o quirúrgicas que interfieren con el proceso fisiológico del parto; y la reducción de costos, pese a que se cuenta con seguro integral de salud, referido a que no necesitan desembolsar dinero para el traslado de ida y vuelta a la institución y otros gastos para medicina que a veces no hay en el seguro integral de salud, y solo el pago a manera de trueque con la partera. Todo esto, ha hecho un conjunto de experiencia para la mujer sobre su parto, y considera mejor el domicilio, lugar más apropiado para llevar a cabo este maravilloso acto de traer al mundo a un nuevo ser con el mayor apoyo familiar, puesto que en

muchas ocasiones en nuestra sociedad solamente se ve a la parturienta como una paciente que se la debe atender y solucionar su problema más apremiante, sin que interese su punto de vista, sentimientos y/o creencias sobre este acto de amor; es por ello que el hogar se convierte para algunas mujeres, en el mejor ambiente para llevar a cabo su parto y de vital importancia en su vida.

Tabla 4: Acompañamiento según lugar de ocurrencia de parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

ACOMPAÑAMIENTO	LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO				Prueba Z Valor p
	Institucional		Domiciliario		
	Nº	%	Nº	%	
Pareja	35	70,0	17	68,0	Z=0,177 P=0,4297
Madre	25	50,0	12	48,0	Z=0,163 P=0,4351
Suegra	7	14,0	6	24,0	Z=-1,078 p=0,1404
Partera	1	2,0	11	44,0	Z=-4,677 P=0,000014
Integrantes de las redes sociales de apoyo	1	2,0	00	00,0	Z=0,712 P=0,2383
Otro familiar	9	18,0	4	16,0	Z=0,216 P=0,4146

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

En la tabla, respecto a uno de los factores personales considerados en el estudio, como es el acompañamiento, se evidencia que el acompañamiento de la mujer de parto institucional fue realizado por su pareja en el 70%; el 50% indicó que fue acompañada por su madre, otro familiar en el 18%. En mujeres de parto domiciliario el acompañamiento fue realizado por la pareja en el 68,0%, la madre en el 48,0%, la partera en el 44%, la suegra en el 24%. Se observa diferencia significativa (P=0,000014)

en el acompañamiento de la partera en las que dieron a luz en casa (44%) con las que dieron a luz en institución (2%).

Es importante el acompañamiento en el parto, ya que permite a la gestante estar cómoda, en este sentido Hodnett D, Gates S, Hofmeyer J, Sakala C. (2007) (28), en su investigación “Apoyo continuo a las mujeres durante el parto”, manifiestan que el acompañamiento de la mujer también es importante en el proceso del parto; pues se ha demostrado que aquellas mujeres que se han sentido acompañadas durante dicho proceso, precisan de menos analgesia y tienen una vivencia más positiva de su parto. Así también lo confirman otros autores como son el Ministerio de Planificación del Gobierno de Chile (2006) (52), en su documento “Diseño de espacios y objetos para el parto integral”; también, Valderrama S. (2008) (53), en su estudio “Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión”; Pugin E, Kopplin E, Larrain C, Gallego V, Aramayo M, Ortiz J. (2008) (54), en su trabajo “Una experiencia de acompañamiento con Doula a adolescentes en trabajo de parto”; y Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. (2006) (55), en su investigación “Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural”. Por ejemplo, Martin L, McNamara M, Milot A, Halle T, Hair E. (2007) (48), en su estudio demuestra que el 83,2% de los padres estuvieron involucrados en el embarazo de su esposa, resaltando la importancia de la participación del padre en la salud de la madre y el bebé.

También es relevante tomar en cuenta el acompañamiento realizado por la partera, ya que ésta genera confianza en la parturienta, así lo afirman Villanueva A, Riega P, Torres J, Yabar C, Alarco O. (2003) (34), al mencionar la existencia de una relación afectiva establecida, la generación de confianza, reduciéndose la ansiedad en la parturienta.

Apreciándose finalmente como lo explica La Nación (2004) (56), citando a Cochrane Collaboration, en su investigación “El valor del acompañamiento en el parto”, que las mujeres que fueron acompañadas por una mujer en el proceso de su parto, tuvieron menos probabilidades de tener un parto por cesárea, menos probabilidades de tener un parto con la ayuda de fórceps, menos probabilidades de necesitar algún tipo de analgesia o anestesia y menos probabilidades de estar insatisfechas con el parto o tener una opinión negativa al respecto. En este sentido, el acompañamiento genera un sinnúmero de beneficios para la parturienta, obteniéndose vivencias positivas y menos intervenciones, como lo indican Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. (2006) (55); y La Nación (2004) (56), con apoyo de Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). En este sentido, es importante comprender la presencia de la partera en dicha situación y la mirada desde un aspecto social, pues aporta en la familia un sentido emocional y de afecto, y Pimenta G, Azevedo M, de Andrade T, de Oliveira C, Mourão X. (2013) (13), en su investigación “El parto realizado por matronas: una revisión integradora”, afirman dicho reconocimiento social de las parteras; por tal motivo, éstas juegan un rol preponderante en la familia y comunidad. Apreciación similar lo tienen Medina A, Silva J, Mayca J. (2003) (16), en el estudio “Embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Aguarunas y Huambisas”, las parteras han desarrollado un profundo conocimiento de la naturaleza que les rodea, así como las inmensas posibilidades terapéuticas que ésta ofrece, a la vez que el embarazo parto y puerperio se desarrolla dentro de un contexto cultural diferente al occidental.

Bajo otra perspectiva, Chávez R, Arcaya M, García G, Surca T, Infante M. (2007) (50), en su investigación “Rescatando el auto cuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa

en Perú”, manifiestan que algunas mujeres consideran que deben dar a luz a solas, ya que la presencia de otras personas dificulta el nacimiento del niño y les causa vergüenza. La presencia del esposo a veces se debe a la fuerza física que ayuda si el parto es difícil, además existe un respeto por el pudor de la mujer, la posición que adopta en el parto y enterrar la placenta, como cuidados que han permanecido desde tiempos antiguos, ya que cubren su cuerpo como señal de vergüenza e identidad con su género.

En la actualidad, para la llegada del nuevo ser, el acompañante decisivo en el momento del parto, se siente responsable por la salud de la futura madre, en la mayoría de los casos es el esposo el que decide donde será atendida la futura madre y su bebé, además es importante planificar quién estará con la mujer en el momento del parto, siendo en muchas de las oportunidades, la pareja, madre, suegra, o si ella prefiere estar sola. Para llevar un trabajo de parto sin complicaciones es fundamental que la mujer esté relajada, por eso debe tomar conciencia de la importancia del acompañamiento durante el parto; ya que la compañía en el proceso del parto y el rol clave que cumple el acompañante en nuestra especie, antropológicamente, el apoyo emocional, siempre es exitoso. El estar acompañada permite a la mujer que se relaje, disminuyendo las posibilidades de tener problemas producto de la adrenalina, su parto de manera espontánea, menos sensación de dolor y de temor en el parto, siendo éste más fácil, culminando en una experiencia exitosa para la familia.

Tabla 5: Edad según lugar de ocurrencia de parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

EDAD	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
15 – 19 años	13	26,0	2	8,0
20 – 34 años	36	72,0	18	72,0
35 a más años	1	2,0	5	20,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 9,450 \quad p = 0,008871 \quad p < 0,01$$

En la tabla, se muestra que la mayoría de las mujeres tanto de parto institucional como las mujeres de parto domiciliario, tiene edades entre 20 a 34 años (72% cada grupo), seguido por las mujeres de parto institucional con edades de entre 15 a 19 años (26%).

Al comparar la edad de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia altamente significativa ($X^2=9,450$; $p=0,008871$; $p<0,01$). Observándose en el grupo de 15-19 años un 26% en las mujeres de parto institucional y un 8% en las mujeres de parto domiciliario; en el grupo de 35 a más años un 2% en las mujeres de parto institucional y un 20% en las mujeres de parto domiciliario.

Se puede evidenciar en el estudio que cuando las mujeres pasan los 35 años son pocas las que eligen su parto en una institución; contrariamente a lo expresado por Aguado L,

Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. (2007) (37), en su investigación “Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano”, al concretan que a medida que aumenta la edad de la madre, se incrementa la probabilidad de tener un parto institucional. En este marco Flores C, Soto V. (2008) (38), en su investigación “El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global”, refieren que la edad de la madre, conlleva a aumentar la probabilidad de atenderse el parto en una institución de salud. Lo encontrado en la presente investigación, lo refrenda parcialmente Tarqui C, Barreda A. (2005) (5), al afirmar en su estudio que la adultez en 88,5% está asociado en la ocurrencia del parto domiciliario.

Se puede manifestar que la edad juega un papel importante en el momento de decidir el lugar de ocurrencia del parto, ya que es la persona la que decide de acuerdo a su grado de madurez, siendo así que el mayor porcentaje de mujeres lo hace posiblemente con pleno conocimiento de las ventajas y consecuencias que conlleva este proceso. Es por ello la toma de decisiones más adecuadas en beneficio de ella misma y de su futuro hijo.

La edad de la gestante juega un papel preponderante al momento de decidir el lugar donde será el nacimiento del nuevo miembro de la familia, pues como se evidencia en el estudio, el parto institucional está relacionado más con los grupos etareos de 15 a 34 años, lo que lleva a concluir posiblemente la presencia de consecuencias que puede traer este evento, si no son atendidas en una institución de salud; también, están relacionados con otros factores como tipo de familia y estado civil, que les permite decidir a ellas o sus familiares más cercanos sobre la elección del parto institucional. Para el parto en domicilio también existe el grupo de 20 a 35 a más años con mayor

frecuencia, esto podría entenderse en el marco de sus propias creencias o tal vez decisiones familiares relacionadas a las creencias del parto domiciliario favorable, por lo que se considera mejor que el institucional y permite conservar su intimidad que es de gran valor para las mujeres.

Tabla 6: Nivel educativo según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

NIVEL EDUCATIVO	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Primaria incompleta	2	4,0	6	24,0
Primaria completa	11	22,0	7	28,0
Secundaria incompleta	10	20,0	5	20,0
Secundaria completa	21	42,0	7	28,0
Superior	6	12,0	0	0,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 10,375 \quad p = 0,0346 \quad p < 0,05$$

En la tabla, se muestra que en el grupo de mujeres de parto institucional, que el mayor porcentaje tienen secundaria completa (42%), seguido por las mujeres que tienen primaria completa (22%). En las mujeres de parto domiciliario el mayor porcentaje son las que tienen tanto primaria completa y secundaria completa (28% cada grupo).

Al comparar el grado de instrucción de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia significativa ($X^2=10,375$; $p=0,0346$; $p<0,05$). Observándose que un 54% de mujeres con secundaria completa y superior eligieron un parto institucional, y un 52% de mujeres con primaria eligieron un parto domiciliario, por lo tanto, se puede apreciar que es relevante el grado de instrucción en la elección del lugar de ocurrencia del parto; así lo confirman, Tarqui C, Barreda A. (2005) (5), al indicar que el nivel educativo es decisivo para la ocurrencia del parto domiciliario, demostrando que el 50% de mujeres con primaria eligieron este lugar de ocurrencia; y Salas W, Matos D. (2003) (15), en su estudio “Factores condicionantes del parto domiciliario en Huachocolpa, Tayacaja. Huancavelica, Perú”, concluye que el grado de instrucción de las mujeres de su estudio, fue de bajo nivel, lo que conllevó que su parto se lleve a cabo en su domicilio.

En el mismo sentido, se deduce que a mayor grado de instrucción, mayor probabilidad de elegir un parto en una institución de salud, así lo ratifican Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. (2007) (37), al expresar que el hecho de que una madre aumente su nivel educativo de secundaria a educación superior, aumenta la probabilidad de tener el parto en una institución de salud. En esta lógica de entendimiento, Sandoval V. (2005) (36), indica que el nivel de educación superior de la mujer y el de su pareja favorecen el parto institucional, pues casi 9 de cada 10 mujeres con educación superior tuvieron su último nacimiento en un establecimiento de salud.

La educación es un proceso de socialización y endoculturación de las personas a través del cual se desarrollan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento ordenadas con un fin social. En lo que respecta la elección del lugar donde ocurrirá el parto, el nivel educativo ayuda y orienta

a la mujer para conservar y utilizar los valores para tener un parto con los mejores resultados para ella y su futuro hijo.

Es por ello, que el nivel educativo siempre es decisivo e importante en el momento de decidir el bienestar de la personas, tanto en sus vidas, educación, trabajo y en este caso el lugar de ocurrencia del parto; por ello, se puede afirmar, que las personas con un mayor nivel educativo, en su mayoría, elegirán la atención del parto en un establecimiento de salud; sin embargo, de manera paralela y aun conservando el nivel educativo algunas mujeres, éstas están arraigadas a sus costumbres y creencias sobre su pudor y optan por elegir un lugar diferente al institucional. Deduciéndose para el presente estudio, que el nivel educativo es fundamental para la elección del parto ya que las mujeres de parto institucional lograron alcanzar secundaria completa, lo que no se observa con las mujeres de parto domiciliario que solo que lograron terminar educación primaria; se puede concluir que el nivel educativo influye considerablemente con el lugar donde se atenderá el parto, porque permite comprender más los riesgos y beneficios de su elección en dicho momento.

Tabla 7: Estado civil según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

ESTADO CIVIL	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	1	2,0	2	8,0
Casada	9	18,0	0	0,0
Conviviente	40	80,0	23	92,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 6,286 \quad p = 0,0432 \quad p < 0,05$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto domiciliario, que el mayor porcentaje son convivientes (92%), seguido por solteras (8%). En las mujeres de parto institucional el mayor porcentaje son convivientes (80%), seguido por casadas (18%).

Al comparar el estado civil de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, exceptuando el estado civil conviviente, ya que ambos grupos se encuentran por encima del 80%. Se determinó una diferencia significativa ($X^2 = 6,286$; $p = 0,0432$; $p < 0,05$). Observándose que un 18% de mujeres casadas eligieron un parto institucional; y ninguna eligió su parto en domicilio; así mismo un 2% de mujeres solteras eligieron un parto institucional; y un 8% eligieron un parto domiciliario.

Con respecto a los resultados obtenidos en el presente estudio, algunos autores expresan que no tiene relación alguna el estado civil con la elección del lugar del parto; así lo afirman Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. (2007) (37), al manifestar

que el hecho de que la madre conviva con la pareja, no tiene efectos estadísticamente significativos en el uso de los servicios de salud materna en el momento del parto.

Pese al comentario anterior, el estado civil es un factor importante en el momento del parto, ya que la capacidad de contar con una pareja, le proporciona apoyo en ese momento tan crucial, respaldo, seguridad, compañía, etc., constituyéndose en una parte fundamental para la decisión del lugar de ocurrencia del parto, ya sea en domicilio o establecimiento de salud; por otro lado, el afrontar el parto sin pareja, podría conllevar a generar decisiones inadecuadas para ella y su bebé.

Finalmente se puede manifestar que el estado civil contribuye a elegir el lugar donde se hará la atención del parto; en el trabajo de investigación realizado, para el parto institucional la mayoría fueron convivientes o casadas; en el parto domiciliario fueron las mujeres convivientes o solteras, lo que hace más difícil su acceso y apoyo durante la elección del parto a pesar de conocer las consecuencias que puede traer su decisión; además, existe el propio machismo imperante en nuestra sociedad, y en la mayoría de los casos el esposo es quien decide donde se llevará a cabo el parto.

Tabla 8: Lugar de residencia según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

LUGAR DE RESIDENCIA	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Rural	2	4,0	6	24,0
Urbano	48	96,0	19	76,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 6,996 \quad p = 0,008168 \quad p < 0,01$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto institucional, que el mayor porcentaje pertenece a la zona urbana (96%), y en las mujeres de parto domiciliario el mayor porcentaje de mujeres también pertenecen a la zona urbana (76%).

Al comparar el lugar de residencia de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia altamente significativa ($X^2=6,996$; $p=0,0088168$; $p<0,01$). Observándose una notoria diferencia en el grupo que pertenece a la zona rural, pues las mujeres de parto domiciliario pertenecen a dicha zonas en un 24% y las mujeres de parto institucional pertenecen a dicha zona en un solo 4%.

El lugar de residencia es fundamental para la ocurrencia del parto, tal como lo afirman Flores C, Soto V. (2008) (38) en su investigación “El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global”, al referir que los diferenciales respecto a la ocurrencia de parto, son más pronunciados por zona de residencia, ya sea rural o urbana; este autor en mención, refiere diferenciales, pero no esclarece detalladamente la zona de residencia específica. Además, FERTILAB - Laboratorio de Reproducción Asistida. (2005) (18), en su investigación ¿Cuál es la historia del parto?, agrega que en los países subdesarrollados y generalmente en medios rurales con poco acceso y disponibilidad de servicios adecuados de salud, las mujeres optan por el parto domiciliario; lo que permite pensar que se está corroborando con lo encontrado en el presente estudio.

Un estudio donde se evidencia una diferencia abismal con el presente, es el trabajo de Tarqui C, Barreda A. (2005) (5), al indicar que el 92,3% de las mujeres de su estudio pertenecen a la zona rural y 7,7% a la zona urbana, estableciéndose una relación para que la ocurrencia del parto sea en el domicilio en su gran mayoría. Contraponiéndose parcialmente con lo antes mencionado, sin embargo, coincidiendo con el nuestro, Flores C, Soto V. (2008) (38), sostienen que las adolescentes residentes en áreas rurales muestran una mayor tendencia a que su parto sea en una institución de salud por el riesgo que conlleva para ella y su futuro hijo.

El lugar de residencia sigue siendo un factor determinante del lugar de ocurrencia del parto, puesto que la población urbana opta en la mayoría de los casos por asistirse a una institución de salud, a pesar de ello, aun perteneciendo a la zona urbana lo hace en el domicilio, pese a que se tienen conocimiento de las posibles consecuencias que traería un parto en un lugar que no mantenga las condiciones necesarias. En este marco, se puede finalizar comentando que el lugar de residencia es determinante de la elección del parto; pues en el trabajo realizado, las mujeres de parto institucional pertenecen a la zona urbana en su gran mayoría, también las mujeres de parto domiciliario, en su mayoría pertenece a la zona urbana, sin embargo, su parto es domiciliario, pero hay una parte minoritaria que opta por el parto domiciliario siendo de la zona rural. Esto se puede explicar por las migraciones que se generan, pues las personas residentes en la zona rural aún mantienen sus creencias y costumbre relacionadas con el parto en el hogar, confirmando que los estereotipos aún no han sido superados.

Tabla 9: Paridad según lugar de ocurrencia de parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

PARIDAD	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Primípara	24	48,0	7	28,0
Múltipara	23	46,0	10	40,0
Gran múltipara	3	6,0	8	32,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 9,431 \quad p = 0,008955 \quad p < 0,01$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto institucional, que el mayor porcentaje son primíparas (48%), seguido por múltiparas (46%). En las mujeres de parto domiciliario el mayor porcentaje son múltiparas (40%), seguido por gran múltiparas (32%).

Al comparar la paridad de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia altamente significativa ($X^2=9,431$; $p=0,008955$; $p<0,01$). Observándose que un 94% de mujeres primíparas y múltiparas son de parto institucional; a comparación de las mujeres de parto domiciliario, las cuales un 72% son múltiparas y gran múltiparas.

Es evidente entonces la importancia que se le brinda al primer parto, pues el lugar, debe garantizar las condiciones más favorables para la madre y su hijo, en este sentido, se

complementa parcialmente el presente estudio con el afirmado por Flores C, Soto V. (2008) (38), al manifestar que la opción de un parto institucional, permite disminuir los riesgos a los que se expone la propia salud y la del futuro hijo. Contraponiéndose a la investigación, Colacioppo P, Duarte M, González M, Schneck C, Hitomi R. (2010) (10), en su estudio “Parto domiciliario planificado: Los resultados maternos y neonatales”, dan real importancia a esta circunstancia, al establecer que el parto domiciliario planificado no es un factor de riesgo, encontrando en su estudio dichos autores que el 54,3% de las mujeres de parto domiciliario fueron primíparas.

El número de hijos que una pareja decide tener, está muy ligado en muchas ocasiones a la educación que recibió, el lugar de residencia, su cultura y costumbres, ya que ello influye poderosamente para que la mujer decida donde será el lugar de ocurrencia de su parto; asimismo muchas mujeres de las que dieron a luz en su hogar, optan por seguir esta línea, lo mismo sucede con las mujeres de parto institucional y por tener más seguridad, prefieren que su parto sea en la institución de salud, salvaguardando su salud y la de su hijo.

Teniendo como base los resultados de la tabla, la condición de la mujer, respecto al número de hijos que tiene, es elemental; pues, el no tener hijos, por lo tanto ser el primero, hace que la mujer reconsidere una atención segura, en este sentido, valora que el parto institucional le brindará una adecuada atención para ella y su hijo, no siendo así cuando la mujer ya tiene varios hijos y sabe que existe poca probabilidad de complicaciones, por lo que elige simplemente dar a luz en el hogar, ya que ha pasado por varias experiencias similares. En este marco, se puede afirmar, que el número de hijos es un indicador para poder decidir donde se llevará a cabo la atención del parto.

Tabla 10: Tipo de familia según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

TIPO DE FAMILIA	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Familia nuclear	32	64,0	11	44,0
Familia extensa	18	36,0	9	36,0
Familia incompleta	0	0,0	5	20,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 11,163 \quad p = 0,003767 \quad p < 0,01$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto institucional, que el mayor porcentaje pertenece a una familia nuclear (64%), seguido por las que pertenecen a una familia extensa (36%). En las mujeres de parto domiciliario el mayor porcentaje pertenece a una familia nuclear (44%), seguido también por las que pertenecen a una familia extensa (36%).

Al comparar la composición familiar de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia altamente significativa ($X^2=11,163$; $p=0,003767$; $p<0,01$). Se puede apreciar que, a mayor unión familiar, mayor posibilidad de parto institucional; a la vez que a mayor desunión o ruptura familiar mayor posibilidad de parto domiciliario; así se evidencia en la tabla al comparar a las mujeres con condición familiar incompleta, mostrándose un 20% de mujeres de parto domiciliario y ninguna de parto institucional.

Se puede deducir que la familia vela por el bienestar de cada uno de sus integrantes y mucho más cuando hay que tomar decisiones importantes, como lo es la llegada de un nuevo integrante a la familia; corroborando teóricamente lo comentado anteriormente, Silveira I, Monticelli M, Eggert A, Kotzias E. (2013) (12), afirman en su investigación “Rituales de cuidados realizados por las familias en la preparación para la experiencia del parto domiciliario planeado”, que la casa está diseñada para las familias y es considerada como lugar sagrado, la cual permite desarrollar experiencias existenciales y más aún un evento de alto valor familiar como es el desarrollo del proceso fisiológico del nacimiento de un nuevo ser. En este marco, Knupp R, Meneses I, Rangel L. (2008) (9), en su estudio “La elección de parto domiciliario: Relato de vida de las mujeres que pasaron por esta experiencia”, refieren que el grupo familiar busca información, muchas de las veces enfrentándose al actual modelo tecnócrata, para salvaguardar la salud de forma individual y colectiva de sus integrantes. Por su parte, también Gomez R, Leal I. (2007) (42), consolidan la idea, en su estudio “Fijación de los padres durante el embarazo: Versión en inglés de la forma materna y paterna de la escala de apego emocional prenatal. Psicología, Salud y Enfermedad”, al manifestar que hay un nivel más alto de la unión del padre durante el embarazo, mientras se espera la llegada de su primer hijo, hay un aumento de la unión familiar, influyendo en el progreso del embarazo y parto. Todo ello parcialmente no coincide con los resultados encontrados, ya que en el estudio existe la posibilidad que una familia desintegrada también permita la atención del parto en el domicilio.

Para las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo, la composición de su familia es importante y determinante para la elección del lugar de ocurrencia del parto, puesto que la decisión de la mujer ya no es individual, sino

decisión en conjunto de los miembros de la familia. Como se puede notar la familia como unidad fundamental de la sociedad, mayormente es la que determina el destino de sus miembros y no escapa la decisión del lugar de ocurrencia del parto. Pese a ello, existen familias desintegradas, donde la mujer de manera individual, es la que toma la decisión.

Además de lo mencionado, es importante resaltar que los miembros de las familias deben tener conocimiento de las consecuencias que se pueden generar en donde ocurre el parto, es por ello que se opta muchas veces por una institución de salud, pues brinda las garantías necesarias.

Tabla 11: Jefe de familia según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

JEFE DE FAMILIA	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Esposo	48	96,0	18	72,0
Esposa	2	4,0	7	28,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 6,96 \quad p = 0,008334 \quad p < 0,01$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto institucional, que el mayor porcentaje tiene al esposo como jefe de familia (96%), seguido por ellas mismas (4%). En las mujeres de parto domiciliario el mayor porcentaje tiene también al esposo como jefe de familia (72%), seguido por ellas mismas (28%).

Al comparar el jefe de familia de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia altamente significativa ($X^2=6,96$; $p=0,008334$; $p<0,01$). Es evidente que se observa valores significativos en las mujeres de parto domiciliario a comparación de las mujeres de parto institucional, cuando éstas se consideran jefes del hogar, mostrándose un 28% para las primeras y solo un 4% para las segundas. Pese a esos datos significativos, es observable que cuando el jefe de familia es el esposo, se asume que es él quien decide el lugar de la atención del parto, en base a sus creencias y costumbres.

Se puede afirmar de manera general que, tanto para el parto institucional como para el parto domiciliario, posiblemente quien decide donde se llevará a cabo el parto es el esposo, quedando relegada la mujer gestante a pesar de ser la principal protagonista en el momento del parto. Pese a lo referido anteriormente, y refutando los resultados, Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. (2007) (37), determinan en su investigación, que alrededor del 10% es el esposo quien decide sobre el cuidado de la salud de la mujer. De esto se puede deducir, que quien elige el lugar de ocurrencia del parto es la esposa en un 90%.

El esposo por ser el jefe de familia, en él recae la responsabilidad, muchas de las veces para la elección del lugar de ocurrencia del parto, es por ello, que es él quien decide

sobre todos los acontecimientos del hogar. En la misma lógica, es importante comprender que la familia al estar enmarcada en una serie de costumbres, es el esposo el que decide muchas veces, sin contemplar las consecuencias de la salud de la esposa, la de su futuro hijo y la repercusión en toda su familia. Además se puede manifestar que en nuestra realidad, el esposo sigue siendo el jefe de familia, y el mayor aportante económico al hogar, dándole poder y autoridad para las decisiones del hogar.

Tabla 12: Ocupación de la mujer según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

OCUPACIÓN DE LA MUJER	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	44	88,0	23	92,0
Trabajadora del hogar	2	4,0	1	4,0
Trabajadora profesional	0	0,0	1	4,0
Otra ocupación	4	8,0	0	0,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 12,089 \quad p = 0,07084 \quad p > 0,05$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto domiciliario, que el mayor porcentaje son amas de casa (92%), seguido por trabajadoras del hogar y trabajadoras profesionales (4% cada grupo). En las mujeres de parto institucional el mayor porcentaje también son amas de casa (88%), seguido por otra ocupación no especificada en este estudio (8%).

Al comparar la ocupación de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia no significativa ($X^2=12,089$; $p=0,07084$; $p>0,05$). Observándose mayoritariamente en ambos grupos y concentrados en la condición de ama de casa de la mujer, un significativo porcentaje, 92% para mujeres de parto domiciliario, y un 88% para mujeres de parto institucional.

Corroborando el presente estudio, la ocupación de la madre es un factor que no puede condicionar el lugar donde se lleve cabo el parto, como lo alegan, Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. (2007) (37), señalando que la ocupación de la madre, no es un determinante significativo para el uso de los servicios de salud materna. Pese a ello, los mismos autores, al comentar el estudio de Aviles, donde se explica que el estatus laboral de la madre, no resulta significativo en la explicación del uso de servicios de salud materna, este resultado contrasta con lo encontrado en estudios empíricos para Egipto y la India donde las mujeres que trabajan remuneradamente usan con mayor frecuencia los servicios de salud. En este sentido, Tarqui C, Barreda A. (2005) (5), ratifican en su trabajo, que la mayoría de las gestantes que dieron a luz en domicilio fueron amas de casa. Contraponiéndose a la investigación Colacioppo P, Duarte M, González M, Schneck C, Hitomi R. (2010) (10), encuentran un 64,3% de mujeres que decidieron por un parto domiciliario a pesar de su condición de empleadas.

Un factor importante en la investigación, para que el parto ocurra en la institución o domicilio va a ser la ocupación de la madre, en nuestro medio la mayoría de las mujeres son dependientes económicamente del esposo, por consiguiente muchas de las veces su opinión no es tomada en cuenta en el momento del parto por no gozar de independencia económica, o simplemente por su cultura, ya que si gozara de independencia económica

u otra forma de ingreso tendría más oportunidad de decidir el lugar donde se lleve a cabo su parto. De modo más concreto, la ocupación de la madre es trascendental para el momento de la elección del parto, ya que si ella cuenta con una solvencia económica va a ser más fácil elegir; pese a ello, en la realidad cajamarquina, la mujer se dedica más a su casa, lo que lleva en la mayoría de veces, que elijan por ella, en donde será y a veces cuando será el parto, dejando muchas veces de lado su opinión, a pesar de ser la principal protagonista de este proceso denominado parto.

Tabla 13: Ocupación del esposo según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

OCUPACIÓN DEL ESPOSO	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Agricultor	0	0,0	4	16,0
Obrero de mina	3	6,0	0	0,0
Empleado público	4	8,0	0	0,0
Trabajador independiente	39	78,0	20	80,0
Otra ocupación	4	8,0	1	4,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 11,908 \quad p = 0,0180 \quad p < 0,05$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto domiciliario, que el mayor porcentaje, son esposos trabajadores independientes (80%), seguidos por esposos agricultores (16%). En las mujeres de parto institucional también el mayor porcentaje

son esposos trabajadores independientes (78%), seguido por esposos empleados públicos y otra ocupación no especificada en este estudio (8% cada grupo).

Al comparar la ocupación del esposo de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia significativa ($X^2=11,908$; $p=0,0180$; $p<0,05$). No se observa prácticamente diferencia porcentual es en la condición de trabajador independiente del esposo; sin embargo, es notoria la diferencia cuando la condición del esposo es agricultor, encontrándose 16% para mujeres de parto domiciliario y ninguno para mujeres de parto institucional.

La ocupación del esposo es un factor influyente para la toma de decisiones en la familia y mucho más en el momento de elegir el lugar dónde ocurrirá el parto, ya que como se viene reiterando, el esposo aporta económicamente al hogar, esto le brinda la potestad para la toma de decisiones como jefe de familia y por el machismo imperante en la realidad cajamarquina. La ocupación del esposo tiene influencia en la decisión al momento del parto ya que se genera gasto, el cual es cubierto por su persona en la mayoría de los casos. En el estudio se observa mayormente esposos con trabajos independientes lo cual el ingreso le sirve para sostener la familia, pese a ello, ya que se trata de un empleo independiente, a veces los ingresos no son permanentes, lo que puede llevar a concluir que la falta de dinero pudiese condicionar la elección del lugar de ocurrencia del parto.

Tabla 14: Ingreso económico familiar según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Menor a un sueldo mínimo vital	36	72,0	22	88,0
1 a 2 sueldos mínimos vitales	13	26,0	2	8,0
3 a 4 sueldos mínimos vitales	1	2,0	1	4,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 11,796 \quad p = 0,002745 \quad p < 0,01$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto domiciliario, que el mayor porcentaje tienen un ingreso económico familiar menor a un sueldo mínimo vital (S/.550.00) (88%), seguido por las que tienen un ingreso económico familiar de 1 a 2 sueldos mínimos vitales (8%). En las mujeres de parto institucional el mayor porcentaje también tienen un ingreso económico familiar menor a un sueldo mínimo vital (72%), seguido por las que tienen un ingreso económico familiar de 1 a 2 sueldos mínimos vitales (26%).

Al comparar el ingreso económico familiar de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia altamente significativa ($X^2=11,796$; $p=0,002745$; $p<0,01$). Aunque la mayoría de las mujeres en estudio indica un ingreso económico familiar menor a un sueldo mínimo vital, la diferencia se evidencia en el grupo que indica un ingreso económico familiar de 1 a 2 sueldos

mínimos vitales, observándose un 26% para las mujeres de parto institucional y solo un 8% para las mujeres de parto domiciliario.

El ingreso económico es un componente importante para elegir dónde se llevará a cabo el parto ya que en las investigaciones siguientes, grupos significativos de mujeres decidieron su parto en domicilio por el escaso recurso económico; corroborando parcialmente el estudio, por ejemplo, Parodi S. (2004) (39), en su investigación “Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios”, aclara que el alto costo económico que implica el hecho de acceder a los servicios de salud, es considerado como la principal fuente generadora de estas inequidades; también lo hace, Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. (2007) (37), al ratificar que el nivel socioeconómico de la madre es un predictor de la atención materna, los resultados de su investigación sugieren que la probabilidad de tener parto institucional se incrementa a medida que las madres tienen un mayor estatus económico. Por lo que un factor importante que limita el acceso de la gestante a los servicios de salud, como lo manifiestan García D, Díaz Z. (2010) (44), en su investigación “Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio”, es la falta de recursos económicos o capacidad de pago, estando ésta en relación directa con la atención hospitalaria del parto; así lo reafirman Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez E, Castañeda D. (2009) (43), en su investigación “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco”, al comentar que la atención del parto en domicilio está relacionado con los escasos recursos económicos familiares; y aquí se crea la importante participación de la partera, así lo confirman Villar J, Valladares E, Wojdyla J, Zavaleta C, Carroli G, Velazco A,

et al. (2006) (49), en su trabajo “Tasas de cesáreas y resultados peritales: Estudio global WHO 2005 sobre salud materna y perinatal en América Latina”, al especificar que el conocimiento que tiene la partera de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que requieren su servicio, aunado a las propias tradiciones de la práctica, conlleva a una reducción importante de costos para la usuaria; sin embargo, no se garantiza las condiciones como las de una institución de salud.

El ingreso económico familiar es un factor que en algunas oportunidades influyen para la elección del lugar de ocurrencia de parto; ya que las familias con más solvencia económica prefieren que su parto se produzca en una institución de salud; pese a ello, algunas mujeres prefieren ser atendidas en su domicilio, de manera similar ocurre con las familias de las mujeres de parto domiciliario que tienen menos ingresos, ya que un porcentaje menor terminará en parto institucional, lo cual lleva a establecer que el ingreso económico puede o no constituirse en un factor determinante para la elección del lugar de ocurrencia del parto en el lugar de estudio. Además, es comprensible entender que, los ingresos familiares reportados en la jurisdicción se encuentran muy lejos de cubrir los costos de un parto para las familias no cubiertas por el sistema de salud.

El ingreso está íntimamente ligado a las necesidades, es por ello que si hay bajos ingresos, muchas de las veces se optará por un parto en domicilio ya que no habría recursos para cubrir el transporte y otras necesidades, o el ingreso no es suficiente para este evento que se quiera, o no acarrea desembolso en el ingreso familiar, teniendo muchas veces que priorizar el dinero para cubrir las necesidades de la familia.

Tabla 15: Afiliación al seguro integral de salud según lugar de ocurrencia del parto de las mujeres pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca 2009.

AFILIACIÓN AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD	LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTO			
	Institucional		Domiciliario	
	Nº	%	Nº	%
Afiliada al SIS	48	96,0	23	92,0
No afiliada al SIS	2	4,0	2	8,0
TOTAL	50	100,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres de parto institucional y domiciliario. Jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo. 2009.

$$X^2 = 0,528 \quad p = 0,4674 \quad p > 0,05$$

En la tabla, se muestra en el grupo de mujeres de parto institucional, que el mayor porcentaje se encuentra afiliada al SIS (96%), seguido por las que no se encuentran afiliadas al SIS (4%). En las mujeres de parto domiciliario el mayor porcentaje de mujeres también se encuentran afiliadas al SIS (92%), seguido por las que no se encuentran afiliadas al SIS (8%).

Al comparar la afiliación al seguro integral de salud y el lugar de ocurrencia del parto de las mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, se determinó una diferencia no significativa ($X^2=0,528$; $p=0,4674$; $p>0,05$). Prácticamente la mayoría de mujeres de ambos grupos de ocurrencia del parto se encuentran afiliadas, aun así, un grupo eligieron dar a luz en su domicilio, observándose para las mujeres de parto institucional un 96% y para las mujeres de parto en domicilio un 92%. Estos resultados hacen repensar sobre la necesidad que tienen las mujeres de cubrir la

atención en salud, permitiendo entender que pueden existen otros factores más determinantes para la elección del lugar del parto.

Como se evidencia en este estudio, no es significativo tener SIS para la elección de parto institucional; pese a ello y difiriendo con el trabajo de investigación, algunos investigadores afirman que la falta del seguro es un factor clave para un parto en domicilio; por ejemplo Tarqui C, Barreda A. (2005) (5), determinaron que del total de mujeres de parto domiciliario, el 87,3% no tuvo seguro; y García D, Díaz Z. (2010) (44), en su investigación “Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio”, indican que la falta de seguro integral de salud, aparece como factor condicionante del parto domiciliario, pues dicho seguro es vital para las familias, ya que genera oportunidad para brindar una atención en salud a las mujeres de menor recurso económico, así mismo Parodi S. (2004) (39), manifiesta que los más pobres carecen de alguna fuente de aseguramiento y ante alguna necesidad de salud deben cubrir los gastos con recursos propios y en casos extremos simplemente no acceden a servicios adecuados. Por lo que Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez E, Castañeda D. (2009) (43), confirman que la deficiente orientación de los recursos del SIS para la atención de gestantes de los quintiles más pobres (I y II), la escasa participación ciudadana - social y la gigantesca brecha cultural, afectan negativamente a las familias más pobres.

Actualmente es una prioridad tener acceso al seguro integral de salud en el momento del parto, pero esto no implica que todas las mujeres afiliadas deseen que su parto ocurra en la institución de salud, por el contrario siendo afiliadas, su parto se produce en su domicilio por múltiples factores asociados a su entorno personal y socio-económico como se ha evidenciado en la presente investigación, en este marco se podría entender

que el aspecto cultural también es fundamental en la elección del lugar, pues abarca las formas de pensar y condiciones familiares que le permiten tener mayor confianza y seguridad en su hogar para traer al nuevo ser. Por lo tanto, para este grupo de mujeres, el mencionado seguro, no garantiza en la jurisdicción de por sí, la decisión de terminar el parto en la institución. La afiliación al Seguro Integral de Salud no es un factor decisivo para que el parto se produzca en la institución de salud, ya que casi el 100% de las parturientas están aseguradas, y algunas, así cuenten con dicho seguro, optan porque el parto sea en su hogar, donde su seguridad está garantizada por ella y su familia.

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

1. La mayoría de partos en la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo fueron Institucionales.
2. Como Factores Personales: *opiniones sobre el parto institucional*, existe diferencia altamente significativa entre mujeres de parto institucional con las mujeres de parto domiciliario, en los siguientes aspectos: ambiente seguro, confianza en el personal, no cuesta la atención, buen trato del personal y respeto del pudor. Y diferencia significativa en que no demora la atención e información al paciente.
3. Como Factores Personales: *opiniones sobre el parto domiciliario*, existe diferencia altamente significativa entre mujeres de parto domiciliario con las mujeres de parto institucional, en los aspectos siguientes: el trato adecuado durante la atención, ambiente beneficioso, ambiente seguro, no demora la atención y reduce costos.
4. Otro Factor Personal, el *acompañamiento*, existe diferencia altamente significativa entre mujeres de parto domiciliario con las mujeres de parto institucional, en el acompañamiento por la partera.
5. Los Factores Socio-económicos que presentan diferencia altamente significativa entre mujeres de parto domiciliario con las mujeres de parto institucional, son la edad, lugar de residencia, paridad, tipo de familia, jefe de familia e ingreso económico familiar; los que presentan diferencia significativa son el nivel educativo, estado civil, y ocupación del esposo; y las que no presentan diferencia significativa es la ocupación de la madre y afiliación al Seguro Integral de salud.

5.2 RECOMENDACIONES

1. La Dirección del Centro de Salud Magna Vallejo, debe implementar adecuadamente los ambientes para la atención de partos y determinar estrategias para reducir el tiempo de espera para la atención de las pacientes, ya que son aspectos un tanto desfavorables considerados por el grupo de estudio.
2. La Dirección del Centro de Salud Magna Vallejo, debe generar espacios de información sobre el Seguro Integral de Salud a la población perteneciente a su jurisdicción, para un conocimiento claro y uso oportuno del mismo.
3. El personal del Centro de Salud Magna Vallejo, debe mejorar la fluidez de la información que se brinda a la gestante como a sus familiares, permitiendo que éstas puedan decidir su forma de dar a luz; además, permitir la participación de la acompañante de la gestante en todo el proceso de parto.
4. El personal del Centro de Salud Magna Vallejo, debe implementar el manejo de parto humanizado, que permita adecuarse a las creencias y cultura de su población.
5. A los investigadores, continuar con los estudios en este campo, para conocer los factores u opiniones de la población rural de manera más detallada.
6. Hacer llegar por intermedio de la Escuela de Post grado, los resultados de la investigación, a la Dirección regional de Salud, para el análisis y aporte en la normatividad vigente de parto humanizado.

LISTA DE REFERENCIAS

1. CENTROKINEOS. Osteopatía y terapias integradas: Embarazo y parto natural [Serie en internet]. Barcelona: CENTROKINEOS; 2009 [acceso 2013 Julio 17].
Disponible en: <http://www.centrokineos.com/parto-natural.html>
2. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Situación de los pueblos indígenas de Ecuador. Parto institucional y domiciliario [Serie en internet]. Ecuador: CEPAR; 2006 [acceso 2013 Julio 25]. Disponible en: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo06/parto_insitu.htm#parto3
3. Gervas J. Matronas. Rev. El Méd. (Bra) 2004; 11(2):17-21.
4. Universidad de Zaragoza. Asistencia al parto en casa [Serie en internet]. España: UNIZAR; 2006. [acceso 2013 Marzo 17]. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Gine/Parto%20en%20casa.pdf
5. Tarqui C, Barreda A. Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao - Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [revista en internet]. 2005 [citada 2013 Agosto 13]. 22 (2): 109-116.
Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000200005

6. Olivera R, Castelo J, Cáceres M. Hacia una maternidad rural segura. Sis.bib [revista en internet] 2003. [citada 2013 Mayo 11]; 12(22):11-15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/situa/2003_n22/maternidad.htm
7. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Lima: Ebra E.I.R.L; 2005.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Maternidad Segura: Atención del parto por profesional de salud [serie en internet]. New York: UNICEF; 2005 [acceso 2013 julio 04]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/files/notas_prensa/carpetasinformativas/maternidad_segura.pdf
9. Knupp R, Meneses I, Rangel L. La elección de parto domiciliario: Relato de vida de las mujeres que pasaron por esta experiencia. Esc. Anna Nery [revista en internet]. 2008 [citada 2013 Agosto 16]; 12(4): 765-772. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400022&lang=pt
10. Colacioppo P, Duarte M, González M, Schneck C, Hitomi R. Parto domiciliario planificado: Los resultados maternos y neonatales. Rev. Enf. Ref. [revista en internet]. 2010 [citada 2014 Marzo 27]; serie III (2): 81-90. Disponible en: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400009&lang=pt

11. Cavalcanti T, Pelloso S. La percepción de los profesionales acerca de la atención al parto domiciliario planeado. Rev. Gaúcha Enferm. [revista en internet]. 2013 [citada 2014 de Marzo 27], 34 (1): 22-29. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100003&lng=en.

12. Silveira I, Monticelli M, Eggert A, Kotzias E. Rituales de cuidados realizados por las familias en la preparación para la experiencia del parto domiciliario planeado. Rev. bras. enferm. [revista en internet]. 2013 [citada 2014 Marzo 27], 66 (6): 879-886. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600011&lng=en.

13. Pimenta G, Azevedo M, de Andrade T, de Oliveira C, Mourão X. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Enferm. glob. [revista en internet]. 2013 [citada 2014 Marzo 26]; 12(30): 482-493. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lang=pt

14. Temer M, Komura L, Magnoni L. Relatos de mujeres sobre el cuidado recibido en un centro de parto normal. Cad. Saúde Pública [revista en internet]. 2013 [citada 2014 Marzo 26]; 29(12): 2436-2446. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001700009&lng=en.

15. Salas W, Matos D. Factores condicionantes del parto domiciliario en Huachocolpa, Tayacaja. Rev. Perú. med. exp. Salud Pública [revista en internet] 2003. [citada 2013 Julio 17]; 20 (SU): 2,3. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/VOL20SU/SALUD%20INTERCULTURAL.pdf> / <http://www.redalyc.org/pdf/363/36310010.pdf>

16. Medina A, Silva J, Mayca J. Embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Aguarunas y Huambisas, Tayacaja. Rev. Perú. med. exp. Salud Pública [revista en internet]. 2003 [citada 2013 Mayo 11]; 20(SU): 1. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/VOL20SU/SALUD%20INTERCULTURAL.pdf> / <http://www.redalyc.org/pdf/363/36310010.pdf>

17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio estadístico departamental 2005. Cajamarca: INEI; 2005.

18. FERTILAB - Laboratorio de Reproducción Asistida. ¿Cuál es la historia del parto? [sitio en internet]. Venezuela: Fundafer; 2005 [actualizado Junio 2008; citado 21 setiembre 2013]. Disponible en: http://fertilab.net/de_mujer/emb_pn.html#cual

19. Montes M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.

20. García D, Díaz Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Rev. Cubana Salud Pública [revista en línea]. 2010 [citado 2013 Octubre 25]; 36(4): 330-336. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000400007&script=sci_arttext
21. Blázquez M. Aproximación a la antropología de la reproducción. Aibr. Rev. de Antrop. Iberoamericana. [revista en internet]. 2005 [citada 2013 Agosto 10]. 1(42): 2-4. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>
22. Suárez P, Oyarzún E. Atención del parto y reforma de la salud. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2007 [citado 2014 Marzo 28]; 72 (3): 137-138. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000300001
23. Bruggemann O, Osis M, Parpinelli M. Apoyo durante el parto: percepciones de los profesionales y compañeros elegidos por mujer. Brasil: Lancet; 2007.
24. Sadler M. Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario [tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2003.
25. SCRIBD. La necesidad de un nuevo modelo médico un reto para la biomedicina [Sitio en internet]. San Francisco California: SCRIBD; 2012 [acceso 22 setiembre 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/104138798/Bio-Sico-Social>

26. Luque M, Oliver M. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm* [revista en internet]. 2005 [citada 2013 Agosto 13]; 14(48-49): 9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100002&script=sci_arttext&tlng=es
27. Fillol M. Suelo Pélvico. España: Ediciones Mayo. 2007.
28. Hodnett D, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. [Base de datos]. Oxford: Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007. Número 4. [citado 2013 Setiembre 12]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd003766/es/
29. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2006 [citado 2014 Marzo 28]; 71(2): 98-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000200005&script=sci_arttext
30. Rodriguez S. Ventajas del trabajo de parto y parto en casa. [Sitio en internet]. Argentina: Nacer en Casa; 2010 [actualizado 2010; citado 14 agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.susana-rodriguez.com.ar/partos.html>

31. Dueñas J, Bailón E, Dotor MI., Rodríguez RM., Rufo A. Embarazo, parto y puerperio: Proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
32. Hodnett D, Downe S, Edwards N, Walsh D. Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales [Revisión Cochrane Traducida]. De la biblioteca Cochrane Plus [revista en internet]. 2008 [citado 2013 Octubre 30]; (3). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB000012-ES.htm>
33. Hodnett D. Apoyo a las parturientas brindado por asistentes. Oxford: biblioteca Cochrane plus en español; 2005.
34. Villanueva A, Riega P, Torres J, Yabar C, Alarco O. Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias. Rev. CIMEL. [revista en internet] 2003. [citado 2013 Octubre 12]; 8(1):13-18. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cimel/v08_n1/pdf/a03v8n1.pdf
35. Puentes E, Gómez O, Garrido F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública México [revista en internet]. 2004 [citado 2013 Octubre 13]; 46(1): 16-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100003&lng=es
36. Sandoval V. Atención prenatal, parto institucional y atención posparto en el Perú: Efectos individuales y de la comunidad. Iussp [revista en línea]. 2005 [citado

2013 Agosto 23]; 1(1): 1-48. Disponible en:
<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50273>

37. Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Humada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el litoral pacífico colombiano. Rev. latinoam.cienc. soc.niñez juv [revista en línea]. 2007 [citada 2013 Setiembre 14]; 5(1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/773/77350108.pdf>
38. Flores C, Soto V. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global [base de datos en internet]. Colombia: Banco Interamericano de Desarrollo; 2008. [citado 2013 Octubre 22]; Disponible en: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_pubwp-632_esp.pdf
39. Parodi S. Evaluando los efectos del seguro integral de salud sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. Perú. Rev. CIES. [revista en internet]. 2004. [citado 2012 Octubre 12]; Disponible en: <http://cies.org.pe/files/active/0/parodi.pdf>
40. Instituto Nacional de Estadística - Chile. Compendio estadístico año 2010-estadísticas en salud [sitio en internet]. Santiago de Chile: Departamento de comunicaciones. 2010. [fecha de acceso 20 de agosto 2013]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.6estadsalud.pdf

41. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [guía en internet]. Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. [citado 2013 Setiembre 10]; 1(1): 43-60. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
42. Gomez R, Leal I. Fijación de los padres durante el embarazo: versión en inglés de la forma materna y paterna de la escala de apego emocional prenatal. *Psicología, Salud y Enfermedad*. 2007; 8(2): 153-165.
43. Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez E, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. [revista en internet]. 2009 [citado 2013 Agosto 22]; 26 (2): 145-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
44. García D, Díaz Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev. Cubana Salud Pública* [revista en internet]. 2010 [citado 2013 noviembre 12]; 36 (4): 330-336. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es.
45. Lembo M. Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales. *Rev. Antrop.* [revista en internet]. 2009 [citado 2013 Setiembre 22];

05 (2): 14-17. Disponible en:
<http://www.nacimientoconsciente.com/pdf/articulopartoencasa.pdf>

46. Ministerio de Salud Prenatal y Puerperio de Brasil. Atención calificada y humanizada. Brasilia: Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas del Departamento de Cuidado de la Salud; 2006.

47. Beltrán M, Elías C, Guijarro N. Antropología del embarazo, parto y puerperio en la Comarca del Mar Menor. Rev. Educ. 21 [revista en internet]. 2004 [citado 2013 Agosto 12]; 01 (1). Disponible en:
http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/04/4032.pdf

48. Martin L, McNamara M, Milot A, Halle T, Hair E. Los efectos de la participación del padre durante el embarazo sobre el recibo de la atención prenatal y el tabaquismo materno. Materno Infantil Health Journal [revista en internet]. 2007 [Citado 2013 Marzo 27]. 11 (6): 595-602. Disponible en:
<http://ebookbrowse.net/smoking-pregnancy-infants-report-draft-130619-pdf-d534341291>

49. Villar J, Valladares E, Wojdyla J, Zavaleta C, Carroli G, Velazco A, et al. Tasas de cesáreas y resultados perinatales: estudio global WHO 2005 sobre salud materna y perinatal en América Latina. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá [revista en internet]. 2006 [citado 2013 Setiembre 12]; 25 (4): 148-158. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91225402>

50. Chávez R, Arcaya M, García G, Surca T, Infante M. Rescatando el auto cuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto contexto - enferm.* [revista en línea] 2007. [citado 2013 Octubre 14]; 16 (4): 680-687. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000400012&script=sci_arttext
51. Verdecia R, Díaz I. Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. *Medisan* [artículo en internet]. 2005 [acceso 14 setiembre del 2013]; 9(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.htm
52. Ministerio de Planificación del Gobierno de Chile. Diseño de espacios y objetos para el parto integral. Chile. [Proyecto en línea]. 2006. [acceso 25 octubre 2013]: 21,22. URL disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/02-Disenos-para-el-parto-integral.pdf>
53. Valderrama S. Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia Sánchez Carrión. *Rev. Salud, Sex. y Soc.* [revista en internet]. 2008 [citado 2013 Agosto 14]; 3 (1): 2. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20III%202009/7%20Mujer%20Rural.pdf>
54. Pugin E, Kopplin E, Larrain C, Gallego V, Aramayo M, Ortiz J. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en línea]. 2008 [citada 2013 Noviembre 13]; 73 (4):250-

256. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-5262008000400006&script=sci_arttext
55. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, Araneda H. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en internet]. 2006 [citado 2013 Noviembre 22]; 7 (2): 98-103. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art05.pdf>
56. LA NACION. El valor del acompañamiento en el parto. [Sitio en internet]. Argentina: La Nación; 2004 [actualizada el 27 de marzo del 2004; Citado 2013 Setiembre 15]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/586640-el-valor-del-acompanamiento-en-el-parto>
57. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: Talleres de Sinco Editores; 2007.
58. Ministerio de Salud del Perú. Directiva que regula el proceso de afiliación al régimen de subsidiado del seguro integral de salud. Lima: Ministerio de Salud; 2012.
59. Pratt H. Diccionario de sociología. México: Fondo de cultura económica; 2007. Parto Institucional. pp 320.
60. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud: atención integral de salud materna. Perú: MINSA; 2013. Parto institucional, parto domiciliario. pp 6.

61. WIKIPEDIA. La enciclopedia libre [sitio en internet]. Estados Unidos de América: Wikipedia; 10 junio 2014 [citado 2014 Junio 26]. Doula. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Doula>

APÉNDICES

APÉNDICE 1

FORMATO DE CUESTIONARIO

ESCUELA DE POST GRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

Estimada señora las respuestas que obtengamos de usted son muy importantes para conocer los factores relacionados para la atención del parto institucionalmente o domiciliario.

LE PEDIMOS QUE CONTESTE CON TOTAL VERDAD Y SERIEDAD. ESTÁ ENCUESTA ES ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL. (ABSOLUTAMENTE NADIE SE ENTERARÁ DE LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS BRINDE).

Historia Clínica:.....

Dirección:.....

Fecha de parto:.....

Tipo de Parto: Institucional () Domiciliario ()

INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

1. Edad:
2. ¿Cuál fue su último año de estudios?
Sin estudios () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior ()
3. ¿Cuál es su estado civil?
Soltera () Casada () Conviviente () Otros ()
4. ¿En qué zona vive o reside usted?
Rural () Urbano ()
5. ¿Cuántos partos ha tenido usted?:.....
Primípara () Multípara () Gran multípara ()
6. ¿Quiénes conforman su familia? (considerar más de una opción si es necesario)
Usted..... ()
Esposo..... ()
Hijos..... ()

- Hermanos/as..... ()
- Padres..... ()
- Suegros..... ()
- Otros..... () ¿Quiénes?:.....

7. ¿Quién es jefe de la familia?

- Usted..... ()
- El esposo..... ()
- Hijo/hija..... ()
- Otro miembro de familia..... () ¿Quién?:.....

8. ¿Cuál es su ocupación?

- Ama de casa..... ()
- Trabajadora del hogar..... ()
- Trabajadora profesional..... ()
- Otra ocupación..... () ¿Cuál?:.....

9. ¿Cuál es la ocupación de su esposo?

- Agricultor..... ()
- Artesano..... ()
- Obrero de mina..... ()
- Empleado público..... ()
- Trabajador independiente..... ()
- Otra ocupación..... () ¿Cuál?:.....

10. ¿Cuánto es el ingreso económico familiar mensual?

- Menor o igual a 550 soles..... ()
- De 551 a 1100 soles..... ()
- De 1101 a más soles..... ()

11. ¿Está afiliada al Seguro Integral de Salud?

- Afiliada al SIS ()
- No afiliada al SIS ()

INFORMACIÓN PERSONAL.

12. ¿Qué percepción tiene sobre el parto institucional? (solo responder mujeres de parto institucional, puede considerar más de una opción)

- Ambiente seguro..... ()
- Adecuada implementación..... ()
- No demora la atención..... ()
- Confianza en el personal..... ()
- Buen trato del personal..... ()
- Respeto del pudor..... ()
- Información al paciente..... ()
- No cuesta la atención..... ()
- Otros..... () ¿Cuáles?:.....

13. ¿Qué percepción tiene sobre el parto domiciliario? (solo responder mujeres de parto institucional, puede considerar más de una opción)

- Ambiente seguro..... ()
 - Es un ambiente beneficioso..... ()
 - Trato adecuado durante la atención..... ()
 - Respeto al pudor..... ()
 - Respeto a la opinión de la paciente..... ()
 - Se brinda información durante la atención..... ()
 - No demora la atención..... ()
 - Reduce costos..... ()
 - Hay participación del esposo u otro familiar..... ()
 - Los familiares lo deciden..... ()
 - Otros..... ()
- ¿Cuáles?:.....

14. ¿Qué percepción tiene sobre el parto domiciliario? (Solo responder mujeres de parto domiciliario, puede considerar más de una opción):

- Ambiente seguro..... ()
 - Es un ambiente beneficioso..... ()
 - Trato adecuado durante la atención..... ()
 - Respeto al pudor..... ()
 - Respeto a la opinión de la paciente..... ()
 - Se brinda información durante la atención..... ()
 - No demora la atención..... ()
 - Reduce costos..... ()
 - Hay participación del esposo u otro familiar..... ()
 - Los familiares lo deciden..... ()
 - Otros..... ()
- ¿Cuáles?:.....

15. ¿Qué percepción tiene sobre el parto institucional? (Solo responder mujeres de parto domiciliario, puede considerar más de una opción):

- Ambiente seguro..... ()
- Adecuada implementación..... ()
- No demora la atención..... ()
- Confianza en el personal..... ()
- Buen trato del personal..... ()
- Respeto del pudor..... ()
- Información al paciente..... ()
- No cuesta la atención..... ()
- Otros..... () ¿Cuáles?:.....

16. ¿Quién o quiénes le acompañaron en su parto?

- Pareja..... ()
- Madre..... ()
- Suegra..... ()
- Partera..... ()
- Integrantes de las redes sociales de apoyo..... ()
- Otros familiares..... () ¿Quién/es?:.....