

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN SALVADOREÑO SOBRE LA LEY NACER CON CARIÑO**

**PRESENTADO POR:**

**YULISA BETINA BONILLA CARRANZA BC14024**

**JENNIFER EMPERATRIZ BONILLA ROMERO BR15013**

**GLENDIA MELISSA CANALES SARAIVA CS14044**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:**

**DOCTORA EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:**

**DR. ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS**

**FEBRERO DEL 2023**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

## **AUTORIDADES**

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS  
**RECTOR**

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ  
**VICERRECTOR ACADÉMICO**

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA  
**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN  
**SECRETARIO GENERAL**

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN  
**FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

**DECANO**

DOCTOR OSCAR VILLALOBOS

**VICEDECANO**

MAESTRO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

**SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

## **AUTORIDADES**

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA CARRERA  
DE MEDICINA**

## **ASESORES**

DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS  
**DOCENTE ASESOR**

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES  
**ASESORA METODOLÓGICA**

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
**ASESORA METODOLÓGICA**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

**PRESIDENTE**

DOCTORA XENIA AIMEE GARCÍA ORTIZ

**SECRETARIO**

DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS

**VOCAL**

**AGRADECIMIENTOS**

**A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:** Por ser la cuna de nuestro aprendizaje, lugar donde conocimos amistades y nuestros docentes en el camino que tomamos para alcanzar nuestras metas, por darnos lo necesario para formarnos como estudiantes y finalmente como profesionales, que sea el lugar donde muchas más generaciones se formen para ser el futuro del país.

**A NUESTROS DOCENTES:** Por haber inculcado en nosotros conocimientos y valores como la disciplina y responsabilidad, por guiarnos para hacer por nosotros mismas el ejercicio de la profesión con la mayor experiencia posible que gracias a ellos tenemos, gracias por todo lo que nos enseñaron y compartieron, y que de Dios gocen los que ya no se encuentran con nosotros, en memoria de ellos sea este triunfo y el de el resto de los estudiantes que los conocimos.

**A NUESTRO ASESOR:** Por formar y compartir sus conocimientos con nosotros a lo largo de la carrera durante las materias que nos impartió y por todo su apoyo y motivación para realizar esta investigación.

**A LICENCIADA BERRÍOS Y MAESTRA CANALES:** Por toda su dedicación a la enseñanza en la investigación, quienes nos orientaron y apoyaron para el correcto desarrollo de esta investigación, siendo una guía indispensable para nosotros.

**A LAS UNIDADES DE SALUD DE SAN CARLOS, NUEVA GUADALUPE Y CORINTO:** Por toda la colaboración del personal para hacer posible el desarrollo de esta investigación y por todo lo que aprendimos durante nuestro servicio social, por el apoyo de nuestros directores y a los pacientes por ser fuente de conocimiento médico para nosotros.

**Betina, Jennifer y Melissa**

**DEDICATORIA**

**A DIOS TODOPODEROSO:** Por siempre darme salud, fortaleza y sabiduría para poder culminar mi carrera y por permitirme ayudar a los demás con ella, en sus manos pongo toda mi vida y mi desarrollo profesional.

**A MI MADRE:** Por darme todo lo necesario desde pequeña y apoyarme a lo largo de mi carrera, siendo ella a quien le debo todos mis logros obtenidos, a quien le debo todo lo que soy y tengo, por quién ruego a Dios me permita cuidarle y retribuirle todo lo que ha dado, a quien amo mucho.

**A MIS ABUELOS:** Queridos Papá y Mamita quienes me cuidaron como su propia hija me educaron y me motivaron a estudiar, a quienes recuerdo con profundo amor.

**A MIS HIJOS:** Quienes son el motivo de mi esfuerzo diario para ser mejor y lograr mis metas, el amor que les tengo me empuja a seguir adelante en todos los aspectos y dedico a ellos dos este logro.

**A MI ESPOSO:** Por creer siempre en mí y apoyarme en mis momentos difíciles durante el año más difícil de la carrera y siempre estar a mi lado motivándome a seguir adelante.

**A MI FAMILIA:** A mi prima, mis tías y tíos, quienes me han apoyado en muchos sentidos a lo largo de mi carrera y por motivarme a seguir adelante siempre.

**Yulisa Bonilla Carranza**

**DEDICATORIA**

**A DIOS:** Por darme la vida y protegerme siempre de todo peligro, por darme salud y fortaleza para seguir adelante.

**A MIS PADRES:** Que siempre me apoyaron en todos los aspectos y me brindaron todo su tiempo y cariño para que yo pueda cumplir mis sueños a ellos les debo este logro.

**A MI HERMANA:** Por ser mi confidente y mi mejor amiga por ser mi refugio en momentos tristes y la primera persona en quien pienso en mis momentos felices, mi modelo a seguir.

**A MIS HERMANOS:** Por apoyarme a lo largo de mi carrera, motivarme a no darme por vencida y brindarme todo su cariño y paciencia.

**A MI HIJO:** Por ser mi motivación de cada día ser la mejor versión de mí.

**A LUIS:** Por ser mi compañía en este largo camino, por siempre creer en mí.

**Jennifer Bonilla Romero**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS TODOPODEROSO Y BONDADOSO:** Por otorgarme salud, sabiduría y fortaleza para superar cada obstáculo a lo largo de mi desarrollo profesional.

**A MIS PADRES:** Por ser los principales promotores de mis sueños, por cuidar siempre de mí, por creer en mí y brindarme su apoyo incondicional, gracias por cada consejo y por instruirme por el camino del bien, este nuevo triunfo es para ustedes.

**A MI HERMANO:** Por su apoyo incondicional y por motivarme a ser mejor cada día.

**A MI ABUELO:** Por todo su cariño y apoyo a lo largo de esta carrera, por estar siempre pendiente de mí.

**A MI TÍO:** Aunque físicamente no se encuentra, pero lo recuerdo con mucho cariño, gracias por haber creído en mí.

**Melissa Canales Saravia**

## TABLA DE CONTENIDO

PÁG.	
LISTA DE TABLAS	12
LISTA DE GRÁFICAS	13
LISTA DE ANEXOS	14
RESUMEN	15
INTRODUCCIÓN	17
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	20
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	21
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	22
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	23
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA LEY NACER CON CARIÑO	24
2.2 BASE TEÓRICA	28
2.2.1 CONOCIMIENTO	28
2.2.2 MARCO LEGAL	37
2.2.3 LEY NACER CON CARIÑO	38
2.2.4 REGLAMENTO	39
2.2.6 DERECHOS	44
2.2.7 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	45
2.2.8 HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	46
2.2.9 EMBARAZO	47
2.2.10 CONTROL PRENATAL	49
2.2.11 HOGARES DE ESPERA MATERNA	51
2.2.12 PARTO	53
2.2.13 PARTO HUMANIZADO	54
2.2.14 CONTACTO PIEL CON PIEL	57
2.2.15 APEGO PRECOZ	57

2.2.16 ESTRATEGIA CANGURO	58
2.2.17 LACTANCIA MATERNA	60
2.2.18 CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
2.2.19 DOULAS	63
2.2.20 VIOLENCIA OBSTÉTRICA	64
2.2.21 PROCEDIMIENTOS PROHIBIDOS	68
2.2.22 PUERPERIO	78
2.2.23 FAMILIA	80
2.2.24 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SALVADOREÑO	82
2.2.25 PERSONAL DE SALUD	82
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	83
3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO	83
3.2 HIPÓTESIS NULA	83
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	84
4. DISEÑO METODOLÓGICO	85
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	85
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA	86
4.3 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA	86
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	86
4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	87
4.4 TIPO DE MUESTREO	87
4.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	87
4.6 INSTRUMENTOS	88
4.7 PLAN DE ANÁLISIS	88
4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	89
5. RESULTADOS	89
5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA EN ESTUDIO.	90
5.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	99
6. DISCUSIÓN	102
7. CONCLUSIONES	103
8. RECOMENDACIONES	104
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

## LISTA DE TABLAS

		PÁG.
TABLA 1	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA	86.
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	90.
TABLA 3	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL PROTOCOLO NACER CON CARIÑO	92.
TABLA 4	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL REGLAMENTO NACER CON CARIÑO	94.
TABLA 5	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA LEY NACER CON CARIÑO	95.
TABLA 6	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA LEY NACER CON CARIÑO POR UNIDAD DE SALUD	97.

## LISTA DE GRÁFICAS

		PÁG.
GRÁFICO 1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	91
GRÁFICO 2	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL PROTOCOLO NACER CON CARIÑO	93
GRÁFICO 3	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL REGLAMENTO NACER CON CARIÑO	94
GRÁFICO 4	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA LEY NACER CON CARIÑO	96
GRÁFICO 5	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA LEY NACER CON CARIÑO POR UNIDAD DE SALUD	98

## LISTA DE ANEXOS

		PÁG.
<b>ANEXO 1</b>	INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	114
<b>ANEXO 2</b>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	119
<b>ANEXO 3</b>	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	120
<b>ANEXO 4</b>	PRESUPUESTO	121
<b>ANEXO 5</b>	TABLA DE FUNCIÓN DE DISTRIBUCIÓN NORMAL	122
<b>ANEXO 6</b>	GLOSARIO	123

## Resumen

El conocimiento sobre la ley nacer con cariño es la capacidad para identificar, observar y analizar sobre el abordaje que implementa la ley nacer con cariño que tiene por finalidad central mejorar las condiciones de dignidad humana. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud que labora en el primer nivel de atención salvadoreño respecto a la ley nacer con cariño. **Metodología:** Se realizó una investigación transversal con un total de 47 individuos que forman parte del personal de salud de las unidades de salud San Carlos Morazán, Corinto Morazán y Nueva Guadalupe San miguel que cumplieron los criterios de inclusión. Este instrumento consta de tres partes, la primera parte evalúa las características sociodemográficas en la segunda parte el protocolo de la ley nacer con cariño y la tercera parte del instrumento es la evaluación del reglamento de la ley. **Resultados:** se obtuvo que hay una mayor proporción de población femenina con un 62%; nivel de estudio superior con un 72% y grupo etario se encuentra un mayor porcentaje en edades de 41 a 50 años con un 38% en cuanto a conocimientos del protocolo 70% tuvo conocimientos medios, mientras que en el reglamento 64% tuvo conocimiento medio **Conclusiones:** el personal de salud en su mayor porcentaje tiene conocimientos medios.

**Palabras clave:** Ley nacer con cariño, protocolo, reglamento, conocimiento.

## Abstract

Knowledge about the born with affection law is the ability to identify, observe and analyze the approach implemented by the born with affection law whose main purpose is to improve the conditions of human dignity. **Objective:** to determine the level of knowledge that health personnel working in the first level of Salvadoran care have regarding the law to be born with affection. **Methodology:** A cross-sectional investigation was carried out with a total of 47 individuals who are part of the health personnel of the San Carlos Morazán, Corinto Morazán and Nueva Guadalupe San Miguel health units who met the inclusion criteria. This instrument consists of three parts, the first part evaluates the sociodemographic characteristics in the second part the protocol of the law to be born with affection and the third part of the instrument is the evaluation of the regulation of the law. **Results:** it was obtained that there is a greater proportion of the female population with 62%; higher level of study with 72% and age group there is a higher percentage in ages 41 to 50 years with 38% in terms of knowledge of the protocol 70% had average knowledge, while in the regulation 64% had average knowledge **Conclusions:** the health personnel in its highest percentage have average knowledge.

**Keywords:** Law to be born with affection, protocol, regulation, knowledge.

## INTRODUCCIÓN

Nacer con cariño tiene como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, en condiciones de dignidad humana y conocimiento es la capacidad que tiene el ser humano para identificar, observar y analizar lo que sucede en la realidad y lo utiliza para su beneficio, el conocimiento sobre la ley nacer con cariño es la capacidad para identificar, observar y analizar sobre el abordaje que implementa la ley nacer con cariño que tiene por finalidad central mejorar las condiciones de dignidad humana.

La ley nacer con cariño fue aprobada el 12 de agosto de 2021 por la asamblea con 79 votos a favor convirtiendo a El Salvador en el primer país en Centroamérica en tener una ley que promueve el modelo de parto respetado, el 24 de febrero de 2022 entro en vigor en el país dicha ley.

El 17 de febrero se inició el proceso de formación dirigido al 100% personal de salud de carácter gratuito en donde se abordaron 5 módulos que desarrollaron temas como la asistencia centrada en la familia y en la seguridad de la atención, Los derechos de la madre, padre y bebé, las madres, los padres, las familias y la comunidad en la atención perinatal, el uso de prácticas efectivas y seguras y maternidades nacer con cariño, como modelo abarcativo y complementario.

Debido a lo anterior se plantea en la investigación la utilización de una herramienta de evaluación que permita medir el nivel de conocimiento adquirido por el personal de salud.

El informe final de la investigación se ha estructurado en ocho apartados los cuales se describen a continuación.

El Planteamiento del Problema lo comprende la situación problemática donde se aborda el problema anterior a la aplicación de la ley destacando el aumento en la tasa de cesáreas innecesarias luego se describe el enunciado del problema que consiste en la pregunta ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud del primer nivel de atención salvadoreño sobre la ley nacer con cariño? Luego está la justificación del estudio donde se desarrolla el porqué de la importancia de medir el conocimiento sobre

la ley en el personal de salud salvadoreño y por último están los objetivos de la investigación estos son los responsables de orientar todo el proceso investigativo para ello se ha planteado un objetivo general el cual se logra determinar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud que labora en el primer nivel de atención salvadoreño respecto a la ley nacer con cariño también están los objetivos específicos que consisten en describir las características sociodemográficas del personal de salud que labora en el primer nivel de atención salvadoreño e identificar los conocimientos del personal de salud sobre protocolo y reglamento que integran la Ley Nacer con Cariño.

El marco teórico está conformado por dos secciones la primera se refiere a los estudios relacionados con la investigación y la segunda tiene que ver con la fundamentación teórica en ella se encuentra el desarrollo de las temáticas base que se presentan en el protocolo y reglamento de la ley nacer con cariño así como también lo visto en la capacitación previa a la vigencia de la ley, se abordan temas como que es conocimiento, que es ley, se aborda el reglamento, el protocolo, los procesos prohibidos, el control prenatal, atención preconcepcional el embarazo, etc.

El Sistema de hipótesis dándole respuesta de esta manera al enunciado del problema mediante una hipótesis de trabajo y una nula, forman parte de este apartado también la operacionalización de las hipótesis es decir las variables se transforman de lo abstracto a lo más concreto como son los indicadores.

Luego se describe el diseño metodológico en el cual se definió la presente investigación como de tipo descriptivo porque se encamino a determinar cómo está la variable conocimiento, transversal porque se realizó un corte en el tiempo, documental porque se consultó documentos de la organización mundial de la salud así como también documentación regulatoria dentro del país y de campo porque la investigación se realizó directamente en las unidades de salud donde a través de la encuesta se recopiló información, también se determinó el universo y muestra así como los criterios de inclusión y exclusión, la técnica de recolección de muestra y el instrumento además se explican las consideraciones éticas y el plan de análisis donde se describe el programa de computadora a utilizar para realizar las gráficas y tablas donde se exponen los resultados.

La presentación de los resultados se realiza mediante tablas y gráficos donde se presentan las características sociodemográficas de la población como primer punto luego el nivel de conocimiento según documento regulatorio y por último el conocimiento general y conocimiento general por unidad de salud.

En la discusión se abordan los resultados y se contrasta con estudios similares en donde se evidencia la diferencia de resultados y se discuten posibles factores que inciden en la diferencia.

Como conclusión es que un 98% del personal de salud salvadoreño posee conocimientos medios a altos sobre la ley nacer con cariño, según documentos regulatorios se obtuvo igualmente resultados medios a altos sobre conocimientos del personal de salud, dando pauta que por conocimientos el personal de salud está capacitado para implementar correctamente la ley.

Se realizaron diferentes recomendaciones comenzando con el ministerio de salud como ente rector de los servicios de salud, posterior las unidades de salud y finalmente al personal de salud.

En las referencias bibliográficas se consultaron los documentos regulatorios dentro del país de la ley nacer con cariño, lineamientos técnicos para la atención preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, documentos de la organización mundial de la salud y otros trabajos de investigación relacionados al tema de estudio.

# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Situación problemática

La asistencia del parto, aunque se trata de un proceso fisiológico del ser humano, siempre ha requerido de cuidados y atenciones durante el proceso, para mejorar la eficiencia de estos procesos se fueron derivando avances tecnológicos que ha finalizado en reestructurar la forma que se aborda desde el embarazo hasta el parto. Desde el punto de vista médico el uso de la tecnología y técnicas es fundamental ya que esto ha permitido mejorar el nivel de vida de los individuos, sin embargo, en los últimos tiempos se ha asociado la tecnificación de la atención hospitalaria y en especial el uso de la tecnología en la asistencia al parto con la deshumanización de los cuidados.

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la supervivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. (1)

En el año 2002 surgió la "iniciativa para mejores nacimientos" de Sudáfrica que tiene como propósitos el humanismo, la evidencia, el compromiso y la acción y para llegar al objetivo se recomendó capacitación de todo el personal, auditoría y acreditación de los centros de salud, participación del consumidor de servicios, búsqueda de segunda opinión y participación de profesionales destacados en el proceso de cambio. (1)

En el 2004 fue publicado por la OMS el método madre canguro el cual detalla la atención a los prematuros manteniéndolos en contacto piel con piel, como método eficaz y fácil de aplicar para que fomente la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. (1)

En El Salvador la razón de mortalidad materna presentó poca variación entre los años 2007 y 2010, con 53,5 y 55,8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos,

respectivamente; 61% correspondió a defunciones maternas por causas directas. En 2010, 94% de las embarazadas recibió al menos un control prenatal durante su embarazo y 78% tuvo cuatro controles; la atención hospitalaria del parto en el mismo año ascendió a 90% y solo 59% recibió control posnatal; del total de partos, 25% finalizó en cesárea y 7,7% de los embarazos terminó en aborto. (2)

En el año 2015 se publicó por parte de la OMS "declaración sobre tasas de cesáreas" donde se concluyó que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de la madre y de los neonatos solo cuando son necesarias por motivos médicos, las tasas de cesáreas superiores al 10% no está relacionadas con reducción de la mortalidad materna o neonatal, las cesáreas a veces pueden provocar complicaciones o discapacidades significativas y se debe hacer todo lo posible por realizar cesárea a toda mujer que lo necesite. (1)

El parto respetado implica generar un espacio familiar donde la mamá y el recién nacido/a sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible, La Ley "Nacer con Cariño" comprende la etapa preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y del recién nacido y brinda acompañamiento bajo los principios de supremacía de la dignidad humana y de interés superior del niño, para tomar decisiones que propicien el desarrollo físico, moral y social de la primera infancia.

La ley nacer con cariño fue aprobada por la asamblea legislativa de El salvador el día 12 de agosto del 2021 normativa que entró en vigor el 24 de febrero del 2022.

Desde octubre 2021, se ha capacitado a profesionales de salud: líderes y garantes de la ley en cada maternidad, médicos, educadores prenatales, enfermeras, asesores de lactancia materna y promotores de salud materno-infantil, incluyendo el personal administrativo, quienes serán los encargados de cambiar a un modelo de atención menos técnico y más humanizado.

## **1.2 Enunciado del problema**

De la problemática antes descrita se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud del primer nivel de atención salvadoreño sobre la ley nacer con cariño?

### **1. 3 Justificación del estudio**

Los conocimientos que han sido adquiridos por el personal de atención en el primer nivel de salud son de gran importancia para el éxito en la aplicación de la Ley Nacer con Cariño yendo desde el aspecto teórico hasta su práctica día con día en el sistema de salud salvadoreña siendo de vital importancia un conocimiento pleno para la atención de las usuarias y su familia durante su embarazo, parto y postparto.

Esta nueva ley en aplicación en el sistema de salud conlleva la necesidad de su cumplimiento y seguimiento adecuado para evitar problemáticas en el ámbito de la atención médica y no caer en la violación de derechos de las usuarias evitando consigo problemas medicolegales.

Por ser una nueva ley y a su vez dictar un nuevo método de trabajo y atención resulta importante investigar cuanto el personal de atención en salud conoce sobre la misma, su importancia, términos básicos, las bases legales y los procedimientos que se prohíben dentro de dicha ley.

Siendo este tema de interés para medir la eficiencia y efectividad con la que el personal de atención en salud podrá poner en práctica los conocimientos adquiridos en la capacitación sobre la ley nacer con cariño y los beneficios que se obtendrán en la atención a la usuaria, el recién nacido y su familia, y a su vez permitiendo al personal en salud brindar una atención con cariño y calidez de forma ética y sobre

todos sustentada de forma médico-legal y así se obtiene un beneficio mutuo para todos los participantes en la aplicación de dicha ley.

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Determinar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud que labora en el primer nivel de atención salvadoreño respecto a la ley nacer con cariño.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas del personal de salud que labora en el primer nivel de atención salvadoreño.
- Identificar los conocimientos del personal de salud sobre protocolo y reglamento de la Ley Nacer con Cariño.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Investigaciones relacionadas con la Ley nacer con cariño**

A lo largo de los años el proceso de atención del parto se ha venido modificando, el parto humanizado tiene por objetivo respetar los derechos de las madres, los niños y las familias durante la etapa del nacimiento. Actualmente varios países cuentan con leyes que regulan este modelo de atención del parto y se han realizado diferentes estudios.

En el 2018 en Cuba, la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología publica el artículo “El parto humanizado como necesidad para la atención integral para la mujer” donde se reconoce el parto como un evento importante para la mujer, tanto por la finalización del parto como por el nacimiento de una nueva vida, por lo cual resulto de interés el estudio de la atención al parto en el sistema de salud, donde se reflejó un análisis histórico de la evolución del parto y su humanización. Además, el análisis dejó al descubierto la relevancia de un parto con atención humanizada para la madre y la inclusión de su familia. (3)

En Chile, en 2018 la revista chilena de Ginecología y Obstetricia publica el artículo de Investigación “Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado” en el cual se describe un estudio cualitativo con un enfoque basado en la Teoría Fundamentada, en mujeres que tuvieron atención personalizada del parto en casa o en maternidades del sector privado de salud en la provincia de Concepción, en el cual realizaron un total de 12 entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad, entre los meses de noviembre de 2017 y abril de 2018 y entre sus conclusiones destaca que la experiencia de parto personalizado da cuenta de una vivencia que en definitiva transforma a la mujer respecto del sentido de vida, de su desarrollo como ser femenino y de la maternidad. Es un evento inolvidable y más cuando tiene protagonismo. El compromiso de la pareja es relevante y a su vez la presencia de profesionales que sean capaces de respetar sus necesidades y acoger sus demandas de cuidado evitando el intervencionismo innecesario. Podría decirse que el parto bajo estas características es un renacer para la mujer que le permite sanar experiencias negativas. (4)

En Perú, en 2017 se publicó un artículo nombrado “violencia obstétrica: serie de casos” donde se menciona que la saturación y disminución de la calidad de las intervenciones en los establecimientos de salud, las barreras culturales entre el profesional de salud y la gestante, la falta de respeto y el escaso ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, entre otros factores, serían mediadores de esta problemática. (5)

En México como parte del Programa Nacional de Desarrollo llevado a cabo desde 2013 a 2018, se publica el documento “modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. enfoque humanizado, intercultural y seguro” donde se abordan elementos operativos para facilitar condiciones de aplicación e implantación en los servicios de salud, esquema del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, las competencias obstétricas en el modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, además de la participación de las parteras en dicho modelo. (6)

En Colombia en el año 2019 se realizó la investigación titulada Vivencias y experiencias de las gestantes que tuvieron el trabajo de parto y parto en un Hospital de la Subred norte extrayendo como conclusión que en su campo de estudio observó que habían anomalías en cuanto a aplicación del modelo de parto humanizado debido a que las usuarias no contaban con información y ejemplifica que no fueron acompañadas desconocían el procedimiento al que se someterían y eran tratadas de forma deshumanizada que a pesar de que en Colombia existe una ley que regula esta práctica en el diario vivir no es realmente aplicada. (7)

Por otra parte en El Salvador en el año 2019 se publica en Cojutepeque el proyecto de mejora continua, desarrollado por la unidad organizativa de la calidad denominado: “Humanización de la atención del parto en las mujeres embarazadas con la aplicación de medidas Psicoprofilácticas en los servicios de Ginecología y partos del Hospital Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque 2016-2018” donde se plantea como objetivo general contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal fortaleciendo la atención del parto normal a través de medidas psicoprofilácticas con participación de

la familia en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque de enero 2016 a diciembre 2018, donde por medio de un equipo de monitoreo se establecieron distintos aspectos a considerar metas, por medio de dicho equipo y detectar las limitantes se pusieron en práctica talleres y educación continua al personal gracias a lo cual en dicho proyecto vemos reflejado una brecha amplia de logro en dichas metas y a su vez se aborda la sostenibilidad de dichas medidas en el lugar del proyecto. (8)

En el mismo año, se publica el estudio “Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis” donde se concluyó que los datos extraídos en esta revisión indican que el irrespeto y el maltrato durante la atención institucional del parto y del aborto son prevalentes en la región. Sin embargo, dada la elevada heterogeneidad documentada en los estudios incluidos, no fue posible obtener una estimación de alta calidad sobre la magnitud regional del fenómeno. Los datos reunidos y analizados en este trabajo pueden incentivar la producción de investigaciones regionales con enfoque de salud pública que produzcan medidas representativas, rigurosas y comparables sobre este fenómeno. Esto es en especial relevante para la implementación de servicios de salud perinatal en general, y del parto y el aborto en particular, que sean aceptables y centrados en las mujeres. Alcanzar esta meta requiere incorporar estrategias de calidad que apunten no solo a la implementación de servicios oportunos y seguros y a la mejora en las condiciones de los establecimientos y los sistemas de salud, sino que, en consonancia con las recomendaciones basadas en la evidencia, promuevan la participación de las mujeres en el diseño de los servicios, respondan a sus aspiraciones, necesidades y percepciones, cuenten con enfoques diferenciales y garanticen sus derechos a una atención respetuosa y libre de discriminación. Lo anterior es imprescindible para reducir la morbilidad materna e infantil, posibilitar que las mujeres, los niños y las niñas prosperen y alcancen su máximo potencial y contribuir, por ende, al desarrollo regional. (9)

En el año 2020 se realizó trabajo de investigación titulado “el parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto” en el cual se concluye englobando los beneficios del parto humanizado en dos aspectos el primero a nivel psicosocial refiriéndose al rol de empoderamiento que ejerce la mujer al ser dueña de sus

propias decisiones al momento del parto y como segundo el aspecto físico donde debido a la restricción de procedimientos que desde el punto de vista de la investigación se considera en una reducción de los niveles del dolor y menor tasa de sufrimiento fetal además concluyen que con este modelo de parto el papel que juega el personal de salud es principalmente como ente educador. (10)

Mientras que en este mismo año se realizó en Colombia la investigación “parto humanizado: percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto” en la investigación se tomó como pilares fundamentales las barreras que la realidad como sistema de salud enfrenta tanto barreras culturales como de infraestructura, concluyen con un conocimiento deficiente por parte de la profesionales de salud en investigación por lo que no se puede dar un concepto claro. (11)

En Perú se realiza la investigación conocimiento del parto humanizado y actitudes de gestantes clas huanchac- marian, independencia, huaraz, ancash, 2020, dicha investigación toma como base la percepción de la usaría con respecto al parto humanizado como conclusión se obtiene un nivel intermedio de conocimientos del parto humanizado más aceptada esta modalidad por paciente multigesta. (12)

El en año 2021 se realizaron diferentes estudios relacionados a este tema, así se tiene que en Río de Janeiro, Brasil se realizó un perfil de la asistencia al parto normal en una maternidad de una escuela federal el cual caracterizó la asistencia al parto normal en dicha escuela, concluyendo que en la mayoría de los casos el trabajo de parto se realizó aplicando el modelo humanizado, sin embargo se confirmó que aún se realizan prácticas señaladas como prohibidas, la investigación contribuye a la comprensión de las prácticas utilizadas en la asistencia al parto normal lo cual permite orientar la atención basada en evidencia científica y en la política de humanización. (13)

Durante este año 2021 en Perú se estudió la percepción sobre el parto institucional humanizado de gestantes de establecimientos rurales en Chilca, el cual muestra que las gestantes tienen percepciones diferentes con respecto al parto humanizado sin embargo entienden en que consiste y los beneficios para el binomio madre-hijo. (14)

Además en este mismo año en la revista Ocronos se publica estudio sobre atención del parto humanizado, investigación que aborda los aspectos bioéticos que influyen en la atención humanizada del parto, llegando a las siguientes conclusiones: algunos aspectos influyentes para conseguir una atención humanizada son la sensación de control por parte de la mujer, recibir un trato y apoyo por parte de los profesionales de salud, así como tener el acompañamiento de la persona que ella elija, también tener un entorno físico adecuado, de igual importancia evitar la realización de intervenciones innecesarias; cabe mencionar que aunque se ha demostrado científicamente los beneficios del modelo humanizado de la asistencia del parto, el problema continúa produciéndose en muchos países. (15)

En el IV trimestre del mismo año 2021 en Bogotá Colombia se realiza estudio prospectivo sobre la satisfacción del parto humanizado en usuarias atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en un hospital de alta complejidad, la satisfacción de las mujeres con la atención del parto es un indicador de calidad asistencial lo que permite reforzar las acciones que son favorables e identificar aquellas que no lo son para poder trabajar en planes de mejora; mediante el análisis realizado a los estudios esperados se pretendió que la institución prestadora de servicios de salud mejore la atención del parto humanizado. (16)

Como conclusión se encontraron pocos estudios relacionados al parto humanizado en la región centroamericana y en particular en El salvador, actualmente se identifica la necesidad de realizar estudios relacionados al parto humanizado y la atención de este debido a que se encuentra vigente la ley nacer con cariño para todos los establecimientos de salud pública y privada de El Salvador.

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **2.2.1 Conocimiento**

Con el fin de aproximarnos al concepto de conocimiento, se revisan distintas definiciones del término partiendo de las principales perspectivas existentes. Teniendo

en cuenta la dificultad que implica extraer una conclusión al respecto puesto que como señalan Vassiliadis, Seufert, Back y von Krogh (2000), “el conocimiento en las organizaciones ha sido considerado por muchos, definido por algunos, comprendido por unos pocos, y formalmente valorado por prácticamente nadie”. (17)

Por una parte, Nonaka y Takeuchi (1995) diferencian dos concepciones del conocimiento. De un lado, la epistemología occidental tradicional considera al conocimiento como algo estático y formal. Esta epistemología se ha centrado en la verdad como el atributo esencial del conocimiento, destacando la naturaleza abstracta, estática y no humana del conocimiento, expresado en proposiciones y en una lógica formal. La otra concepción a la que se refieren Nonaka y Takeuchi (1995), y con la que se identifican estos autores, concibe al conocimiento como un proceso humano dinámico de justificación de la creencia personal en busca de la verdad. Esta concepción destaca la naturaleza activa y subjetiva del conocimiento, representada en términos de compromiso y creencias enraizadas en los valores individuales. (17)

Por otra parte, Venzin et al. (1998) analizan la naturaleza del conocimiento según tres epistemologías: la cognitiva, la conexionista y la constructiva. Las distintas concepciones a las que hacen referencia estos autores ofrecen un ejemplo de las distintas formas de concebir la organización y el conocimiento. Así, la epistemología cognitiva considera la identificación, recogida y difusión de la información como la principal actividad de desarrollo del conocimiento. Entendiendo al conocimiento como representaciones del mundo, y siendo la tarea de los sistemas cognitivos la representación del mundo con la máxima precisión. Los enfoques cognitivos equiparan el conocimiento a la información y los datos. (17)

La epistemología de las conexiones considera que las organizaciones son redes basadas en las relaciones y conducidas por la comunicación. Se centran en las relaciones y no tanto en los individuos o el sistema entero. Una red se caracteriza por el número de conexiones, el dinamismo de los flujos de información y la capacidad para almacenar información. Las reglas de estas conexiones forman una parte esencial del conocimiento. Kogut y Zander (1996) representan un ejemplo de esta corriente puesto que entienden que las organizaciones ofrecen un sentido de comunidad social que permite la

coordinación de las relaciones entre los miembros, puesto que pueden procesar y almacenar una mayor cantidad de datos que un individuo y, además, son mejores que el mercado en cuanto a la transferencia de conocimiento. Kogut y Zander (1996) difieren de la corriente cognitiva en que creen que las reglas que guían la comunidad social de la empresa pueden variar entre empresas. (17)

La epistemología constructiva o autopoiesis se centra en la interpretación y no en la recogida de información. Los sistemas autopoieticos son abiertos para los datos, pero cerrados para la información y el conocimiento. Así, el conocimiento no puede ser transmitido de un individuo a otro puesto que los datos tienen que ser interpretados. Consideran que el conocimiento reside en la mente, el cuerpo y en el sistema social, depende del observador y del pasado y se comparte indirectamente a través del diálogo. Otro aspecto que nos puede ayudar a comprender el significado del conocimiento en la organización es la diferencia entre conocimiento individual y conocimiento organizativo. En esta línea encontramos distintos autores (Nonaka y Takeuchi, 1995; Brown y Duguid, 1991, 1998; Teece, 1998, 2000; Bueno, 2000; Nonaka et al., 2000; Tsoukas y Vladimirou, 2001) que explican la forma en que el conocimiento en contextos organizados se convierte en organizativo. (17)

Así, Nonaka y Takeuchi (1995) conciben al conocimiento individual y al colectivo como dos representaciones de la dimensión ontológica del conocimiento. La dimensión ontológica considera la existencia de distintos niveles de análisis del conocimiento: individual, grupal, organizacional e interorganizacional. Estos autores explican la creación de conocimiento a partir de la interacción de los niveles de análisis citados. (17)

Brown y Duguid (1998) consideran que está extendida la concepción de que el conocimiento es propiedad de los individuos, en cambio gran parte del conocimiento es producido y mantenido colectivamente. Estos autores defienden que el conocimiento es fácilmente generado cuando se trabaja conjuntamente, siendo este fenómeno denominado comunidades de práctica. A través de la práctica, una comunidad desarrolla una comprensión compartida sobre lo que hace, cómo lo hace y cómo se relaciona con las prácticas de otras comunidades de práctica.

Por su parte, Teece (1998) apoya la concepción de que el conocimiento está presente en multitud de depósitos individuales y colectivos y adopta distintas formas, y que la diversidad de formas y depósitos hace posible que la empresa pueda desarrollar distintas capacidades. De esta forma, entiende que, aunque el conocimiento está arraigado en la experiencia y habilidades de las personas, las empresas facilitan una estructura física, social y de asignación de recursos, que permiten que el conocimiento dé lugar a las capacidades. (17)

También Bueno (2000) destaca la importancia y la amplitud conceptual del conocimiento organizacional, puesto que concibe a la organización como un sistema social compuesto por personas, con sus actitudes y valores, sus conocimientos y capacidades, y por un conjunto de relaciones personales y grupales que se producen en su seno.

Por último, como señalan Tsoukas y Vladimirou (2001), el conocimiento es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación con un contexto, teoría o a ambos. La capacidad para emitir un juicio implica dos cosas: 1) la habilidad de un individuo para realizar distinciones; 2) la situación de un individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente. Por otra parte, nuestro intento de comprender y actuar sobre la realidad está representado y limitado por herramientas culturales, siendo el lenguaje una de las más importantes. Partiendo de esta concepción de conocimiento similar a la de Polanyi, en la que el conocimiento tiene un carácter personal, Tsoukas y Vladimirou (2001) hablan de conocimiento organizacional cuando los individuos son capaces de realizar distinciones sobre el contexto en el que actúan y, además obedecen a un conjunto de generalizaciones en forma de reglas genéricas producidas por la organización. (17)

En resumen, la idea de que el conocimiento organizativo está depositado o almacenado en distintos depósitos organizacionales es un argumento ampliamente aceptado por distintos autores. Además de los autores citados, se destacan las aportaciones procedentes de campos como la psicología cognitiva o la sociología. Sirva de ejemplo la concepción de Walsh y Ungson (1991) que entienden que el conocimiento está presente en los miembros de la organización, los roles y la estructura organizativa,

los procedimientos y prácticas, la cultura y en la estructura física del lugar de trabajo. Otro ejemplo, de una concepción similar, es el trabajo de McGrath y Argote (2002) que considera que el conocimiento forma parte de tres elementos de la organización, como son las personas, las herramientas y las tareas. Así, las personas representan el componente humano de la organización; las herramientas comprenden el componente tecnológico; y las tareas representan los objetivos, intenciones y propósitos. (17)

Después de revisar algunas de las principales concepciones del conocimiento, el concepto se asemeja a la propuesta por Davenport y Prusak (1998): "El conocimiento es un flujo en el que se mezclan la experiencia, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y es aplicado en la mente de los conocedores. En las organizaciones, a menudo se encuentra no sólo en los documentos sino también en las rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas". (17)

De forma general, se entiende que el conocimiento en la organización es un activo intangible que forma parte de distintos elementos y procesos de la organización y puede adoptar distintas formas. Este activo se puede someter a diferentes actividades de gestión, siendo posible su movilidad (dentro y fuera de la organización), la posibilidad de ser transformado (mediante procesos de codificación), almacenado y aplicado, pudiéndose convertir en un activo estratégico de la organización. (17)

Por otra parte, se considera que una cuestión fundamental se refiere a la existencia de distintos tipos de conocimiento puesto que cada tipo puede tener unas implicaciones diferentes para la organización. (17)

### Tipos y dimensiones del conocimiento

Con el fin de conocer el papel del conocimiento en la organización y sus efectos en la ventaja competitiva es preciso estudiar los distintos tipos y dimensiones del conocimiento. La utilidad de diferenciarlos radica en poder comparar los beneficios que se derivan de cada tipo. Concretamente, se trata de identificar aquellas características que representan al conocimiento como un activo estratégico. Con este objetivo, en este

apartado se revisan las distintas tipologías y dimensiones del conocimiento que nos ayudarán a definir al conocimiento estratégico. (17)

### Tipos de conocimiento

Existen múltiples clasificaciones sobre tipos de conocimiento. Por una parte, se estudian las tipologías de conocimiento ampliamente referenciadas (Blackler, 1995; Nonaka y Takeuchi, 1995; Spender, 1996) Sobre las que posteriormente se han desarrollado otras tipologías. Por otra parte, destacamos algunas de las clasificaciones que se han propuesto en los últimos años (Teece, 1998; Zack, 1999; De Long y Fahey, 2000; Nonaka et al. 2000; Alavi y Leidner, 2001) y que reproducen y sintetizan las aportaciones de los estudios pioneros. (17)

Partiendo de la literatura sobre aprendizaje organizativo, Blackler (1995) señala cinco imágenes o tipos de conocimiento en función del lugar dónde se ubica el conocimiento: el cerebro, el cuerpo, el diálogo, las rutinas o los símbolos. Estas imágenes representan: el conocimiento cerebral (embrained), que es conocimiento abstracto dependiente de habilidades conceptuales y cognitivas; el conocimiento corporal (embodied), que está relacionado con la acción orientada y suele ser parcialmente explícito; el conocimiento incorporado en la cultura (encultured), que se refiere a procesos para alcanzar comprensiones compartidas. Los sistemas culturales están íntimamente relacionados con procesos de socialización; el conocimiento incrustado (embedded) es el que reside en las rutinas y; el conocimiento codificado (encoded), que es aquel que está expresado en signos y símbolos. (17)

Por otra parte, Nonaka y Takeuchi (1995) proponen cuatro tipos de conocimiento derivados de la interacción social entre el conocimiento tácito y explícito, como son el conocimiento armonizado, conocimiento sistémico, conocimiento conceptual y conocimiento operacional. Estos tipos de conocimiento se desarrollan a través de distintos patrones de creación y expansión de conocimiento en las organizaciones. La conversión de tácito a explícito y viceversa se consigue mediante cuatro modos de conversión de conocimiento y sugieren un modelo de creación de conocimiento. Por una parte, el conocimiento armonizado se produce como resultado de la creación de conocimiento tácito a partir de conocimiento tácito y comprende modelos mentales y

habilidades técnicas compartidas. En cambio, el resultado de crear conocimiento explícito a partir de conocimiento explícito se denomina conocimiento sistémico. Por otra parte, el conocimiento conceptual se produce a partir de la conversión de conocimiento tácito en conocimiento explícito, lo que posibilita que el conocimiento tácito sea posible expresarlo a través de metáforas, analogías, conceptos, hipótesis o modelos. Por último, el conocimiento operacional recoge el resultado de la conversión de conocimiento explícito en conocimiento tácito, para que esto ocurra los documentos y manuales permiten interiorizar mejor lo que los individuos han experimentado y facilitar la transferencia de conocimiento explícito a otros individuos. (17)

Una concepción distinta a la de Blackler (1995) y con ciertas similitudes a la de Nonaka y Takeuchi (1995) es la propuesta por Spender (1996). Este autor construye una clasificación de tipos de conocimiento que representa en una matriz en la que diferencia dos dimensiones: tácito-explícito, individual-social. Por una parte, destaca la dimensión ontológica del conocimiento, diferenciando entre carácter tácito y explícito. (17)

El conocimiento explícito es como “saber sobre” (knowledge about) en su carácter abstracto, mientras que el conocimiento tácito está asociado a la experiencia. En cuanto a la distinción entre conocimiento individual y social, mientras el conocimiento individual es inherentemente transferible a través de las personas, los tipos sociales de conocimiento están públicamente disponibles y están incorporados en las rutinas, normas y cultura.

La combinación de características que propone Spender (1996) deriva en cuatro tipos de conocimiento organizativo: consciente, automático, objetivo y colectivo. Por una parte, el conocimiento consciente es un tipo de conocimiento de carácter explícito, lo que le confiere una mayor facilidad de codificación y de transmisión y es un conocimiento individual. También el conocimiento objetivo es de carácter explícito, aunque de naturaleza organizacional. Por otra parte, el conocimiento automático es de carácter implícito e individual. Este tipo de conocimiento se halla en las habilidades o destrezas de un individuo, su principal fuente es la experiencia y es difícil de articular. Por último, el conocimiento colectivo es de carácter organizativo y se manifiesta en la práctica. Este tipo de conocimiento aparece reflejado en las rutinas organizacionales. Teece (1998)

considera que la naturaleza del conocimiento y la forma en que puede ser comprado y vendido determinan su naturaleza estratégica. Partiendo de esta concepción, diferencia entre:

a) conocimiento tácito y codificado, siendo el conocimiento codificado más fácil de comprender y de transferir que el tácito.

b) conocimiento observable o no observable en su uso, siendo el conocimiento observable aquel que está incorporado en los productos que aparecen en el mercado y el conocimiento no observable aquel que está incorporado en los procesos productivos.

c) conocimiento positivo y negativo, así el conocimiento positivo es el que se deriva de algún descubrimiento y el negativo, aquel que se deriva de los fracasos, pudiendo ser igualmente muy valioso.

d) conocimiento autónomo y sistémico, siendo el autónomo aquel que produce valor sin realizar modificaciones importantes de los sistemas en los que está incorporado y el sistémico, aquel que requiere la modificación de otros subsistemas. (17)

Otra clasificación es la propuesta por Zack (1999) que distingue tres tipos de conocimiento de naturaleza explícita y compartida que corresponden a tres tipos de fenómenos. Este autor diferencia entre:

a) conocimiento declarativo, refiriéndose a aquel que describe algo. Este tipo de conocimiento permite una comprensión compartida y explícita de conceptos o categorías otorgando las bases para una adecuada comunicación y el compartir conocimiento.

b) conocimiento de procedimiento (procedural), cuando se refiere a cómo ocurre algo. Este tipo de conocimiento, de carácter explícito y compartido, permite una mayor eficiencia en la coordinación.

c) conocimiento causal, que tiene que ver con por qué ocurren las cosas. Este tipo de conocimiento, explícito y compartido mediante historias de la organización, posibilita una estrategia de coordinación para alcanzar objetivos y resultados. (17)

Existen también otras clasificaciones de los tipos de conocimiento que guardan una relación con los distintos componentes del capital intelectual, como es el caso de la

clasificación propuesta por De Long y Fahey (2000) que apuntan tres tipos de conocimiento:

a) conocimiento humano, que representa lo que las personas saben o saben cómo hacer. Es manifestado a través de las habilidades y, normalmente, comprende conocimiento tácito y explícito. Este tipo de conocimiento puede ser físico (por ejemplo, el saber montar en bicicleta), o puede ser cognitivo (conceptual y abstracto).

b) conocimiento social, es el conocimiento que existe en las relaciones entre individuos o dentro de los grupos. El conocimiento social o colectivo es de naturaleza. (17)

Existen niveles para la medición de conocimiento y ellos se dividen en:

Conocimiento Alto: existe una adecuada función cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es fundamentada y acertada, además. Identifica, estructura y utiliza la información para obtener un resultado.

Conocimiento Medio: llamado también regular, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos, identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.

Conocimiento Bajo: hay una idea desorganizada, deficiente e inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, no identifica, ni estructura, ni utiliza la información.

Los valores para medir el nivel de conocimiento se determinaron a través de la escala de Likert; teniendo así que:

- Nivel Bajo de Conocimiento corresponde a 20-47 puntos.
- Nivel Medio de Conocimiento corresponde a 48-75 puntos.
- Nivel Alto de Conocimiento corresponde a 76-100 puntos. (18)

### **2.2.2 Marco legal**

Para comprender que es ley es necesario saber que cada país establece sobre esta misma el funcionamiento y la regulación del ámbito jurídico y legal en su soberanía, siendo así se aborda la ley desde el código civil salvadoreño, conociendo que es la misma y sus debidos conocimiento, aplicación y respeto citándose así:

#### **CAPÍTULO I**

##### **DE LA LEY**

Art. 1.- La ley es una declaración de la voluntad soberana que, manifestada en la forma prescrita por la Constitución, manda, prohíbe o permite.

Art. 2.- La costumbre no constituye derecho sino en los casos en que la ley se remite a ella.

Art. 3.- Sólo al legislador corresponde explicar o interpretar la ley de un modo generalmente obligatorio. La interpretación auténtica de la Constitución y de las leyes constitutivas, para ser obligatoria, deberá hacerse de la manera establecida en los artículos 148 y 149 de la Constitución.

Art. 5.- La Corte Suprema de Justicia, en uso de la iniciativa de ley que le concede la Constitución, dará cuenta al Cuerpo Legislativo en cada una de sus sesiones ordinarias, de las dudas y dificultades que le hayan ocurrido en la inteligencia y aplicación de las leyes y de los vacíos que haya notado en ellas, proponiendo los correspondientes proyectos de ley. (19)

#### **CAPÍTULO II**

##### **PROMULGACIÓN DE LA LEY**

Art. 6.- La ley obliga en el territorio de la República en virtud de su solemne promulgación y después de transcurrido el tiempo necesario para que se tenga noticia de ella. Esto mismo se aplica a los reglamentos, decretos y demás disposiciones de carácter general, emanados de la autoridad legítima en el ejercicio de sus atribuciones. La

publicación deberá hacerse en el periódico oficial, y la fecha de la promulgación será, para los efectos legales de ella, la fecha de dicho periódico.

Art. 7.- Publicada la ley en la residencia del Gobierno, se entenderá que es conocida de todos los habitantes de la República, y se mirará como obligatoria después de doce días contados desde la fecha de su promulgación. Podrá, sin embargo, restringirse o ampliarse este plazo en la ley misma, si ésta fuere de carácter transitorio, designándose otro especial. En las leyes de carácter permanente, podrá ampliarse, pero no restringirse.

Art. 8.- No podrá alegarse ignorancia de la ley por ninguna persona, después del plazo común o especial, sino cuando por algún accidente grave hayan estado interrumpidas durante dicho plazo las comunicaciones ordinarias entre el lugar de la residencia del Gobierno y el departamento en que debe regir. En este caso dejará de correr el plazo por todo el tiempo que durare la incomunicación.

Como se expone en dichos artículos, la ley implica no solo su mera existencia, sino que lleva consigo el conocimiento, aplicación y promulgación de esta velando por esta tanto gobernantes como pobladores. (19)

### **2.2.3 Ley Nacer con Cariño**

El 12 de agosto del 2021 se publica el dictamen favorable por la Comisión de Salud en el Palacio Legislativo exponiendo que la Constitución en su artículo 65 inc 1°, establece que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento y quien determine la política nacional de salud, controle y supervise su aplicación. (20)

La Constitución reconoce en su artículo 34 y 35, el derecho de los niños y niñas a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, y la obligación que tiene el Estado para crear instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia, para proteger su salud física, mental y moral y garantizar el derecho de estos a la educación y a la asistencia. (20)

Está la ley asegura un parto respetado, un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido, brindando una atención especializada a madres e hijos, reforzando así los vínculos afectivos entre ambos y reafirmando que la lactancia materna juega un papel

importante para el desarrollo del bebé, permitiendo que las mujeres y su grupo familiar estén informados en todas las etapas del embarazo, para que se sientan plenas, seguras y crean en ellas. (20)

Nacer con cariño para un parto respetado, cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido, es una propuesta de ley impulsada por la Primera Dama de la República, Gabriela Bukele, que permite propiciar un Sistema Nacional Integrado de Salud, que garantice el derecho a la salud de la madre y su hijo, teniendo en cuenta que cada nacimiento es un momento único e irrepetible en donde no solo viene un nuevo niño o niña al mundo, si no también surge una nueva madre, y por tanto es obligación del Estado garantizarles un proceso digno desde el momento preconcepcional hasta el nacimiento, postparto y puerperio. (20)

Se expone así en el capítulo 1 en Disposiciones Generales, el objeto y finalidad el Art. 1 – La presente ley tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el marco de la presente ley en adelante, el SNIS. (20)

#### **2.2.4 Reglamento**

Concepto de reglamento:

Podemos definir reglamento como una norma jurídica de carácter general, emitida por un organismo que ordinariamente no tiene la capacidad de legislar, que desarrolla las disposiciones contenidas en otra norma jurídica de superior jerarquía. La definición nos señala los elementos esenciales de este tipo de cuerpos normativos, por lo que es importante tratarlos en forma separada. (21)

En primer lugar, son normas de carácter general, es decir, leyes en sentido material, con las características de abstracción e impersonalidad de este tipo de normas. (21)

En segundo lugar, constituyen un desarrollo de los principios y disposiciones contenidas en otras normas; su objeto, pues, es facilitar y hacer viable la aplicación de esas normas amplias estableciendo otras que indican la manera como esto se hará. También implica que la norma reglamentaria está subordinada jerárquicamente a la norma que desarrolla, por lo que no puede contradecirla, ampliarla o restringirla, sino simplemente limitarse a establecer los preceptos que permitan a los aplicadores de esta realizar lo que dicha norma ordena. (21)

En tercer lugar, el reglamento es emitido por un órgano del Estado que no tiene como función primordial la emisión de normas jurídicas de carácter general, es decir, por uno que no es el legislativo. La razón de esto es que la ley formal no puede prever todas las circunstancias posibles de su aplicación, por lo que el poder legislativo necesita la cooperación de otros órganos en su labor creadora de normas, y que, por razones prácticas, no puede ser excesivamente detallada. (21)

Ordinariamente, la labor de emitir los reglamentos ha sido encomendada al Órgano Ejecutivo, por lo que muchas veces se ha identificado la labor legislativa de este poder con la potestad reglamentaria y se ha definido los reglamentos como "normas jurídicas de carácter general emitidas por el poder ejecutivo". (21)

Este concepto de reglamento es demasiado restrictivo, porque en la mayoría de los sistemas jurídicos ha habido otros organismos estatales con potestades reglamentarias, por lo que el concepto debe ser ampliado; sin embargo, la potestad reglamentaria es primordialmente una facultad del Órgano Ejecutivo, por ser el principal administrador del estado. La mayoría de los reglamentos son emitidos por dicho órgano y constituyen sobre todo una fuente de derecho administrativo. (21)

Esto nos obliga a que, al considerar los reglamentos, centremos nuestra atención en la actividad del Órgano Ejecutivo. En este trabajo, al examinar los distintos tipos de reglamentos y su régimen los consideramos como una actividad ejecutiva y aplicamos las conclusiones que obtenemos a otros órganos cuando emiten reglamentos (21)

La mayoría de los autores señalan que en el derecho comparado existen cinco tipos de reglamentos: 1.- reglamentos autónomos; 2.- reglamentos delegados; 3.- reglamentos de urgencia y necesidad; 4.- reglamentos de aplicación o de ejecución; y 5.- reglamentos como forma normal de emisión de la ley. (21)

Los cuatro primeros existen o han existido en el sistema jurídico salvadoreño, por lo que los tratamos aquí, desarrollando sus conceptos, características y regulación en El Salvador. En cuanto a los últimos, son una figura específica de una corriente en la que se enmarcan constitución de Francia y las de algunas de sus antiguas colonias, que amplía las facultades del poder ejecutivo, convirtiéndolo en un colegislador independiente. Así, de conformidad con la constitución francesa, la manera normal de emisión de las normas de carácter general es por medio de reglamentos; la Asamblea Legislativa tiene facultades de legislar únicamente sobre aquellas materias que específicamente le señala la constitución (cuestiones políticas, derechos humanos, tributos, etc.) y sobre toda otra materia legisla el Poder Ejecutivo a través de reglamentos. Esta figura no se da en nuestro país, por lo que no la trataremos en detalle, sin embargo, debe ser considerada para aclarar algunos conceptos que son de uso común al hablar de reglamentos (21)

## 2- Reglamentos autónomos.

Reglamentos autónomos son aquellos emitidos en base a una disposición constitucional que los autoriza en forma expresa. Estos reglamentos constituyen, entonces, un desarrollo de la norma constitucional, que ordena al poder ejecutivo emitirlos, y no de la ley secundaria, por tanto, se encuentran al mismo nivel jerárquico que ésta. La potestad de su emisión constituye una verdadera reserva de administración. (21).

En El Salvador, frente a la potestad de legislar sobre toda materia que tiene el Órgano Legislativo, existe un conjunto de materias cuya regulación está reservada con exclusividad al Órgano Ejecutivo, y esto constituye una reserva de administración. Los

reglamentos que resulten de esta potestad no pueden ser modificados por la Asamblea Legislativa, que también está inhibida a emitir leyes que, de cualquier manera, interfieran con la materia regulada. (21)

Otro principio que debemos considerar como fundamento de los reglamentos autónomos es el de autorregulación de los órganos del estado, que no está expresamente contemplado en nuestra Constitución, pero se encuentra implícito en el principio de separación e independencia de los poderes. Esta figura jurídica obedece a la necesidad de evitar el absolutismo repartiendo las funciones del estado en órganos o poderes que las ejercen en forma independiente a los demás y para lograr esa independencia es necesario evitar la injerencia indebida de unos en las funciones conferidas a los otros por la constitución. De esta manera, cada órgano se autorregula a sí mismo, determinando su composición y distribuyendo entre sus integrantes las funciones que le son propias. Los reglamentos autónomos, por lo menos en nuestro país, tienden a dar cumplimiento a este principio, por lo que es lógico que se contemple en la Constitución la autorregulación del Órgano Ejecutivo. (21)

Este principio de autorregulación tiene dos limitantes constitucionales importantes: la competencia de los funcionarios públicos y la creación de plazas con un salario pagado con fondos del estado. (21)

En cuanto a la competencia de los funcionarios públicos, el Art. 86 inc. 3º Cn. nos dice: "Los funcionarios del Gobierno son delegados del pueblo y no tienen más facultades que las que expresamente les da la ley". Este artículo recoge el principio de legalidad de las actuaciones de los funcionarios públicos, que resulta inversa al derecho de reserva de los particulares, contemplado en el Art. 8 Cn. Mientras que estos últimos pueden hacer todo aquello que la ley no les prohíba, los funcionarios públicos, actuando como tales, no pueden hacer más que aquello que la ley les permite expresamente hacer. En otras palabras, su competencia debe estar enmarcada siempre en la ley. (21)

### 3.- Reglamentos delegados.

Son reglamentos delegados aquéllos emitidos por el poder ejecutivo en base a un mandato del poder legislativo para regular materias que corresponden a este último. (21)

La delegación de poderes está prohibida en nuestra Constitución (Art. 86 inc. 1º), y lo ha estado desde 1886, pero antes de esa fecha, la delegación de facultades legislativas fue muy común. La Asamblea se reunía por unos pocos meses cada año y al terminar su período de sesiones casi siempre emitía un decreto comisionando al Poder Ejecutivo a emitir una serie de cuerpos legales que se detallan en dicho decreto. La mayoría de las leyes extensas o de contenido técnico que fueron aprobadas en el primer período de vida independiente del país, inclusive el Código Civil, fueron emitidas de esta forma. Cuando se emite el reglamento delegado, las facultades del órgano emisor caducan y la facultad de reformar o derogar el cuerpo legal regresa al poder legislativo. (21)

No deben confundirse estos reglamentos con los actos legislativos de los gobiernos de facto, generalmente denominados decretos-ley. Tales actos eran inconstitucionales y obtenían su autoridad de la fuerza que el emisor pudiera ejercer sobre los obligados. Los reglamentos delegados, en cambio, eran actos perfectamente enmarcados en las normas constitucionales que los autorizaban expresamente. (21)

#### 4.- Reglamentos de urgencia y necesidad.

Reglamentos de urgencia y necesidad son aquéllos emitidos por el órgano Ejecutivo para regular las medidas a tomar ante una situación grave de carácter transitorio, como puede serlo un terremoto u otro desastre natural o una situación de seria intranquilidad social. (21)

Aunque son muy comunes en otros sistemas jurídicos, en El Salvador, la Constitución no los contempla, salvo en el caso de los Arts. 29 y 167 N°6 Cn., permitiendo que sea decretada la suspensión de garantías constitucionales por el órgano Ejecutivo, en caso de guerra, invasión del territorio, rebelión, sedición, catástrofe, epidemia u otra calamidad general. (21)

## 5.- Reglamentos de aplicación o de ejecución.

Reglamentos de aplicación o de ejecución son aquellos emitidos para el desarrollo de las normas contenidas en una ley secundaria, para facilitar su aplicación. Son en estos reglamentos en los que normalmente se piensa al hablar de potestad reglamentaria y constituyen la mayor parte de los reglamentos. (21)

Estos reglamentos son actos sublegales, fundamentados en la necesidad de que sean desarrollados los principios contenidos en las leyes secundarias para poder poner en práctica sus normas. (21)

### **2.2.6 Derechos**

La Constitución de la República de El Salvador expone en el Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. (22)

Partiendo de esto se entiende que los derechos son inherentes el humano, y serán abordados desde este punto de vista, ya que de ellos deriva la gran variedad de derechos según el ámbito en que se aplique, pero siempre a beneficio del humano, pudiendo ser estos familiares, sociales, de salud, educación, arte y cultura, votación, participación, credo y vida y muchos aspectos más que buscan garantizar la supervivencia del humano. (22)

Los derechos humanos (en la primera etapa de su teorización) son, pues, derechos que tiene el hombre frente al Estado (específicamente, frente a los órganos que detentan el poder). Y tienen la nota de individualidad propia de libre arbitrio en sentido liberal. Los derechos concretos que se derivan de la consideración del individuo aislado y libre son: libertad de conciencia, libertad personal, inviolabilidad del domicilio, secreto de la

correspondencia y propiedad privada, casi todos ellos consagrados en la declaración francesa. (23)

Los Derechos Humanos son: las condiciones básicas, de carácter espiritual y material, necesarias para el desarrollo integral del ser humano en las diferentes etapas de su vida. (24)

El Estado es responsable de respetar los Derechos Humanos y de crear los mecanismos indispensables para su protección para todas las personas sin discriminación. (24)

Principios de los Derechos Humanos:

- Universalidad
- Irrenunciabilidad
- Inalienabilidad
- Inviolabilidad
- Imprescriptibilidad (24)

### **2.2.7 Atención preconcepcional**

Atención preconcepcional se entiende como un conjunto de intervenciones de promoción, prevención, valoración del riesgo que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo. A toda usuaria que desea embarazarse la atención preconcepcional se le debe brindar con al menos seis meses previos a la búsqueda del embarazo. (25)

Consulta preconcepcional: inicia con la entrevista a una mujer o pareja por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil), antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna. La consulta preconcepcional aplica para mujeres a partir de 18 años, con deseo de embarazo expresado de forma verbal o al indagarse por el personal de salud con o sin factores de riesgo identificados. Sus objetivos son identificar factores de riesgo, conductas y patologías que condicionan

riesgo reproductivo para la mujer y el recién nacido; proporcionar la atención en el nivel que corresponda; realizar educación de acuerdo con el caso. (25)

Riesgo reproductivo (RR): Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo/a sufra un evento adverso en el proceso en cuestión. Las usuarias que tienen antecedentes o condiciones de riesgo relacionadas con los embarazos anteriores deben ser derivadas a la atención de riesgo reproductivo preconcepcional (RRP). (25)

Las usuarias mayores de 35 años, así como las identificadas con patologías o condiciones no relacionadas con el embarazo deben ser derivadas a la consulta RRP para su atención integral por la condición de la edad como factor de riesgo, previa consejería integral por parte del personal de salud que la evalúa en ese momento. (25)

### **2.2.8 Historia clínica general y obstétrico-ginecológica**

Edad materna: La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos de la gestación. Las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos de bajo peso, prematuros y tasas de morbimortalidad infantil más elevadas. Frecuentemente se trata de embarazos no deseados, con un estatus social bajo, cuidados perinatales inadecuados, mal estado nutricional y conductas inadecuadas. Las gestantes mayores de 35 años presentan mayor riesgo de infertilidad y complicaciones durante la gestación y el parto, diabetes gestacional, hipertensión arterial y alteraciones de la placenta (Leuzzi, 1996). Por tanto, se consideraría como un factor de riesgo aquellas gestantes que tienen < de 16 años y >35 años. (25)

Antecedentes médicos: En caso de detección de alguna patología, las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de las posibles repercusiones de la medicación en el feto. Cualquier cambio que se realice en la medicación que toma una paciente con patología previa debe ser consensuado con el médico que controla dicha patología. Algunas de las enfermedades más prevalentes serían diabetes mellitus pregestacional, hipertensión arterial (HTA), epilepsia, enfermedad crónica cardiovascular, cáncer, hipo e hipertiroidismo, asma, enfermedades tromboembólicas y trombofílicas, tuberculosis o trastornos psiquiátricos. (25)

Enfermedades infecciosas: El cribado de determinadas infecciones en el momento de la consulta preconcepcional puede identificar potenciales riesgos para la salud reproductiva y el resultado del embarazo. (25)

Antecedentes familiares: Se debe valorar la historia familiar o hijos con alteraciones genéticas y cromosómicas, estructurales, metabólicas, neurológicas, retraso mental, fibrosis quística, etc. En caso de estar indicado se realizará consejo y estudio genético. (25)

Antecedentes obstétrico-ginecológicos: Se realizará una anamnesis donde se recojan todos los antecedentes obstétrico ginecológicos: tipo menstrual, embarazos previos y resultados, métodos anticonceptivos utilizados y citología según protocolo. (25)

Suplementación vitamínica: Ácido fólico: Existen pruebas (MRC Vitamin Study Research Group, 1991), sobre la importancia de la ingesta de ácido fólico y la recurrencia de defectos del tubo neural (DTN) en mujeres con antecedentes en embarazos anteriores y sin ellos (Czeizel, 1992). Es importante la administración diaria, puesto que con una dieta adecuada solo se aportaría alrededor de 0.25 mg/día de folatos, por esto es necesaria la suplementación farmacológica con folatos.

La información preconcepcional y anticonceptiva también puede contribuir a disminuir la tasa de embarazos no deseados y disminuir los malos resultados perinatales. En cuanto a hábitos de vida, debemos hacer hincapié en evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. (26)

### **2.2.9 Embarazo**

Coloquialmente se adquiere el concepto de embarazo como el periodo de tiempo desde la concepción momento en cual el blastocisto se implanta en las paredes del útero hasta el momento que se produce el parto, esto tiene un aproximado de 40 semanas de duración. (27)

El Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver define el embarazo como el periodo en el cual el feto se desarrolla dentro del vientre materno. (27)

El libro Medicina forense define embarazo como los cambios fisiológicos y metabólicos que se presentan en la mujer durante el periodo que discurre desde la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto. (28)

Según la OMS define embarazo como inicia cuando termina la implantación que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero unos 5 a 6 días después de la fecundación entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma, el proceso termina cuando el defecto en la superficie epitelial se cierra y se completa el proceso de nidación comenzando entonces el embarazo. (29)

El embarazo medicamente se divide en tres periodos de tiempo que se les denomina como trimestre, el primer trimestre que comprende de la semana 1 a la 12 es decir desde que el espermatozoide penetra un ovulo, la implantación y el inicio de formación del feto y la placenta, el segundo trimestre que comprende de la semana 13 a la 28 en este periodo de tiempo se empiezan a presentar los movimientos fetales se perfecciona la formación fetal y según investigaciones de la Red de Investigación Neonatal del NICHD, la tasa de supervivencia para los bebés nacidos a las 28 semanas era del 92 %, aunque los bebés nacidos en ese tiempo probablemente experimenten complicaciones de salud serias, incluidos problemas respiratorios y neurológicos, el tercer trimestre comprende de la semana 29 a 40 en este periodo se finaliza la formación ósea y es etapa de crecimiento y preparación del producto para el ambiente externo, los A las 32 semanas, los huesos son blandos, aunque ya están casi completamente formados, y el feto puede abrir y cerrar los ojos, Los recién nacidos en semanas antes de las 37 semanas se clasifican como prematuros y tiende a desarrollar mayores riesgos de tener problemas como retraso en el desarrollo, problemas de visión, audición y parálisis cerebral. Los bebés nacidos entre las semanas 34 y 36 se consideran prematuros tardíos. Los bebés nacidos en las semanas 37 y 38 del embarazo se consideran a término temprano, estos bebés enfrentan más riesgos de salud que los bebés que nacen en la semana 39 o después, lo cual ahora se considera a término. Los bebés nacidos en las semanas 39 o 40 de embarazo se consideran a término. Los bebés nacidos a término tienen mejores resultados de salud que los bebés que nacen antes o, en algunos casos, después de este período. Por lo tanto, si no hay una razón médica para adelantar un parto, es mejor tener el parto en la

semana 39 o después de esta para dar tiempo a los pulmones, el cerebro y el hígado del bebé para que se desarrollen por completo, Los bebés nacidos entre la semana 41 y la semana 41 y 6 días se consideran a término tardío. Los bebés nacidos en la semana 42 o después se consideran postérmino. (29)

### **2.2.10 Control prenatal**

Control prenatal según la academia americana de pediatría y el colegio americano de obstetras y ginecólogos un programa integral preparto se define como un enfoque coordinado de atención médica, evaluación continua de riesgos y apoyo psicológico que comienza de manera óptima antes de la concepción y se extiende a lo largo del periodo postparto el interconcepcional. (30)

El control prenatal es ciertamente la oportunidad para que los profesionales de la salud brinden atención, apoyo e informen a las embarazadas promocionando estilos de vida saludable, adecuada nutrición, importancia de lactancia materna, asesorar de métodos de planificación familiar y ser entes de apoyo a mujeres que se detecte esté sufriendo violencia. (31)

Los lineamientos técnicos de atención preconcepcional, prenatal y puerperio del ministerio de salud de El Salvador define control prenatal como la atención integral periódica y sistemática que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo de salud con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación del parto será brindada por médico/a en servicio social, médico/a de familia, licenciada/o en salud materno infantil, licenciada/o en enfermería, enfermero/a, médico/a especialista de las instituciones del sistema nacional integrado de salud donde se cuente con estos recursos. (25)

El protocolo nacer con cariño define control prenatal como la serie de contactos, entrevistas, visitas integrales, periódicas, sistemáticas y programadas de la mujer embarazada con el personal de salud, idealmente acompañada, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio y atención de la persona recién nacida. Engloba también como atención prenatal la

promoción de información sobre cómo evoluciona el parto también sobre las diferentes urgencias obstétricas, el control prenatal empodera a la mujer sobre sus derechos a una atención digna independiente de su origen o condición. (32)

Los objetivos que se plantean con la atención prenatal se encuentra la detección de enfermedades maternas subclínicas, identificación de factores de riesgo que podrían llegar a afectar el embarazo, prevención diagnóstico y tratamiento de complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, así como también la educación prenatal, educación nutricional y promoción de la lactancia materna exclusiva, planificar el próximo control prenatal, indicar ácido fólico para disminuir en lo posible defectos del tubo neural. (31)

La atención prenatal se basa en cuatro principios básicos para poder decir es un control el primero es que sea precoz es decir que debe iniciarse lo más pronto posible de preferencia antes de las doce semanas, periódico significa que a toda embarazada se le debe cumplir con el esquema completo de controles prenatales que la OMS recomienda después del primer contacto un mínimo de 8 controles estos a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas, completo e integral con esto se refiere a que el control debe cumplir con las actividades de información, educación, comunicación, diagnóstico y tratamiento tomando en cuenta los determinantes sociales. (32)

El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

Prenatal básico: para usuarias sin factores de riesgos o complicaciones. (25)

Control prenatal especializado: para usuarias que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. (25)

Esta evaluación es de carácter dinámico y varía de control en control.

Dentro del control prenatal se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica, prevención y tratamiento. (25)

El primer componente educativo tiene como prioridad fortalecer el autocuidado, la participación de la pareja y la familia de la embarazada, el segundo componente es la evaluación clínica donde se evalúa el estado de salud de la mujer embarazada, se evalúa la gestación, detectar factores de riesgos para referir oportunamente, el tercer componente la prevención tiene como finalidad establecer medidas preventivas para poder evitar futuras complicaciones. (25)

### **2.2.11 Hogares de Espera Materna**

Los hogares de espera materna brinda alojamiento y alimentación para mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos provenientes de zonas geográficas de responsabilidad prioritariamente rurales y de difícil acceso donde se brinda atención integral en salud, servicios completos de salud por personal médico, y licenciadas materno infantiles durante su estancia, promoción de la salud y educación para la salud en temáticas como, lactancia materna, planificación familiar, salud mental entre otros temas priorizados para este grupo poblacional.

Un HEM podrá aperturar si cumple con la mayoría de los siguientes requisitos: (33)

- Población con limitado o difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud de primero o segundo nivel.
- Disponibilidad de terreno o infraestructura para apertura un HEM, demostrable a través de escritura pública o comodato, ya sea a la municipalidad o MINSAL.
- Contar con una propuesta técnica y financiera de apertura del HEM.
- El HEM debe localizarse cercano a una UCSF que preste atención las veinticuatro horas, con capacidad resolutive para atención en emergencias obstétricas o cercano a un hospital.
- De preferencia que el municipio o comunidad cuente con organización comunitaria efectiva o tenga la capacidad organizativa local.
- Antecedentes de muertes maternas, perinatales y neonatales en el municipio y las RIIS.

- Municipio con la categoría de alta o extrema pobreza.

Una mujer embarazada puede ser alojada en un HEM, si cumple uno de los criterios siguientes:

- Primigesta con diez días antes de la fecha probable de parto.
- Multigestas (a partir 37 semanas de gestación).
- Mujeres con embarazo normal, pero con domicilio de difícil acceso geográfico.
- Factores de riesgo social: violencia, dificultad de transporte y desnutrición.
- Mujeres gestantes con antecedentes de: (33)
  - Muerte perinatal
  - Cesárea
  - Parto complicado
  - Parto prematuro o inmaduro
  - Trastornos hipertensivos del embarazo
  - Sujetas a violencia intrafamiliar o de otro tipo
- Embarazo actual, bajo las condiciones siguientes: (33)
  - Polihidramnios.
  - Oligohidramnios leve
  - Placenta previa no sangrante (no total)
  - Anemia leve 14
  - Sobrepeso/ obesidad
  - Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU)
  - Embarazo múltiple
  - Presentación no cefálica
  - Para garantizar adherencia a tratamiento médico (maduración pulmonar, IVU).
- Mujeres embarazadas con enfermedades crónicas controladas y con tratamiento médico establecido en UCSF u hospital: (33)
  - Diabetes compensada.
  - Hipertensión arterial crónica.

- Antecedentes de asma.
- Síndrome convulsivo
- Tiroideopatías
- Mujeres con puerperio mediato (<7 días) y tardío (hasta los 40 días) sin complicaciones obstétricas y con RN sano o ingresado en el hospital, que cumpla los siguientes criterios: (33)
  - Madre adolescente.
  - Bajo peso al nacer con edad gestacional de término.
  - Malformaciones congénitas compatibles con la vida (labio y paladar hendido, síndrome de Down, entre otros).
  - Prematuro post alta de hospital (de programa madre canguro o no).
  - Recién nacido postquirúrgico.
  - Recién nacido egresado por asfixia perinatal, sepsis u otra infección congénita.

### **2.2.12 Parto**

La definición estricta de parto según la obstetricia de Williams es contracciones uterinas que provocan un desgaste y una dilatación del cuello uterino demostrables. (29)

Según los lineamientos de atención preconcepcional, prenatal, parto y puerperio del MINSAL define parto como proceso mediante el cual el producto de la concepción sale del organismo materno. Se categoriza como parto cuando el embarazo es mayor de 22 semanas y el feto pesa más de 500 gramos. (25)

El parto se divide en cuatro etapas, la primera etapa es la de inactividad donde se presentan los primeros cambios cervicales preparándose para el parto, comprende el 95% del embarazo que se caracteriza por relajación de la musculatura uterina con mantenimiento de la integridad de los músculos cervicales. (29)

La segunda etapa es la activación o preparación para el trabajo de parto en esta fase se centra en la preparación cervical.

La fase tres consiste en estimulación, esta fase se presenta todo el proceso para realizar el trabajo de parto es decir donde se producen las contracciones uterinas, dilatación cervical, expulsión fetal y placentaria. (29)

La cuarta fase del parto es la involución o recuperación del parto en esta fase se da la involución uterina, reparación cervical y el inicio de la lactancia (29).

No se deben confundir las fases del parto con los periodos del parto, los periodos son 4 y se describen: primer periodo borramiento y dilatación incluye el trabajo de parto hasta que se produce la dilatación completa del cuello uterino, es importante recordar que borramiento es el acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido en porcentaje del 0 a 100% mientras que dilatación es el aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros que va de 0 a 10 cm este primer periodo se divide en dos fases, fase latente y fase activa. El segundo periodo también llamado expulsivo que comienza con la dilatación completa del cuello uterino y finaliza con la expulsión del producto. El tercer periodo de alumbramiento o periodo placentario comienza desde la expulsión del recién nacido por el canal cervical hasta que se expulsa la placenta y membranas amnióticas el cuarto periodo comprende dos horas posteriores al parto. (25)

Los objetivos de la atención del parto son facilitar el acceso a la atención del parto seguro en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente calificado, contribuir a que la atención del parto sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia, Abordar a la mujer embarazada y a su familia como seres humanos integrales, quienes provienen de un entorno sociocultural específico, desarrollar con la mujer embarazada, su pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa y de colaboración en el proceso del parto y la crianza, aplicar el plan de parto con la participación comunitaria e intersectorial, operativizar adecuadamente el sistema de referencia y retorno en la red de establecimientos de salud. (25)

### **2.2.13 Parto humanizado**

El parto humanizado representa un desafío para los profesionales de salud, establecimientos de salud y la salud pública y privada en general ya que el modelo

humanizado suele confundirse con el movimiento antitecnológico tampoco es un regreso al pasado el modelo humanizado-práctica los ejes respeto, empatía, escucha activa y respeto en la autonomía de la mujer en la toma de decisiones en todo su proceso de embarazo y parto.

Parto humanizado según el protocolo nacer con cariño este modelo de atención toma en cuenta y de manera explícita y directa las necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias de las mujeres y su familia en el proceso de atención del parto y puerperio como objetivo fundamental es obtener una experiencia positiva del nacimiento, donde la mujer y su bebe se convierten en protagonistas de las decisiones y atenciones que se reciben. (32)

Los derechos de la usuaria establecen los siguientes requerimientos: (32)

- Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna, respetuosa en el embarazo y en el parto
  - El derecho a no sufrir violencia ni discriminación
  - Recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información.
  - Respeto a las costumbres y modos particulares de percibir la seguridad del parto
    - Respeto a la confidencialidad y pudor
    - Atención restringida al personal en formación,
    - Evitar manipulaciones innecesarias con fines docentes,
    - Resolución adecuada y oferta de tratamiento oportuno y eficaz,
    - Aplicación de técnicas al servicio de la madre,
    - Información veraz, oportuna, clara y completa sobre la evolución del parto y las condiciones de salud del feto, trato cordial y de respeto.

El protocolo para la atención de la embarazada durante el trabajo de parto contempla todas las medidas de bioseguridad indispensables como lavado de manos o alcohol gel antes de cualquier procedimiento y uso de mascarilla para todas las personas que entren en contacto con la embarazada y el recién nacido. (32)

En el modelo de parto respetado el personal de salud está obligado a saludar a la embarazada de forma cordial y debe identificarse, dirigirse a la embarazada y su acompañante por su nombre, indagar el motivo de consulta, realizar la evaluación clínica a la mujer embarazada según lineamientos regidos por el ministerio de salud de El Salvador y protocolos establecidos, tomar acciones ante el diagnóstico de latencia.

Las acciones a realizar en caso de diagnosticar a una embarazada en latencia serán informar a la embarazada que no hay un tiempo establecido de duración de la fase latente del periodo de dilatación ya que este varía de una mujer a otra, tomar en cuenta la hora de consulta y el riesgo social de la paciente, ofrecerle traslado a un hogar de espera materna o en la estancia materna y designar a un personal encargado de realizar evaluaciones, valorar el retorno de la embarazada a su domicilio si las condiciones lo permiten, se ingresara a la paciente solo si la dilatación del cérvix es mayor a tres centímetros y el borramiento es de 80% o más y contracciones regulares y rítmicas. (32)

En cuanto al apoyo durante el trabajo de parto y la tecnología, hay que destacar que el desarrollo tecnológico es lo que ha permitido mejorar los resultados obstétricos logrando disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Las acciones prioritarias son: trato digno es decir llamarla por su nombre, brindar información necesaria, no discriminación, respeto a la confidencialidad, respetar las creencias y el pudor de la paciente. Permitir que las pacientes puedan usar bata personal si está disponible, acompañamiento de un familiar en la consulta ya sea los controles prenatales o atenciones de emergencia, a su llegada en el inicio del trabajo de parto acompañamiento de un familiar en sala de espera, permitir la deambulación, la ingesta de líquidos, si no está contraindicada, evitar procedimientos rutinarios: rasurado, enemas evacuantes, colocación de venoclisis innecesaria, ruptura de membranas como procedimiento de rutina, realizar auscultación intermitente de frecuencia cardiaca fetal, al momento del parto: acompañamiento, según capacidad instalada, siempre y cuando se resguarde la seguridad del personal así como del resto de pacientes, acondicionar la posición de la mesa ginecológica, para facilitar el nacimiento del recién nacido, no está justificado el uso sistemático de la episiotomía, evitar la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo para corregir o prevenir alguna complicación), atención

profiláctica (facilitando el apoyo psicológico medidas físicas coadyuvantes) durante el trabajo del parto, al nacimiento no separar al recién nacido de su madre, no cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir, que el recién nacido sea puesto inmediatamente en contacto piel con piel con su madre, cuidando de la hipotermia del recién nacido a menos que existe una justificación documentada, autorización para que familiar provea algún alimento que la usuaria solicite siempre y cuando no esté contraindicado. (25)

#### **2.2.14 Contacto piel con piel**

Contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo sobre el abdomen y tórax desnudo de la madre inmediatamente al nacer y durante las primeras tres horas de vida en caso de no ser posible con la madre puede ser con el padre o acompañante.

Los beneficios que proporciona el contacto piel con piel son variables tanto para la madre como el recién nacido los beneficios que proporciona al recién nacido es el inicio temprano y mayor apego de la lactancia materna, reserva de energía y termorregulación, menor riesgo de infección, frecuencia cardiorrespiratoria más estable, disminuyen los episodios de llanto, los beneficios para la madre son que contribuye a la liberación de oxitocina endógena y en consecuencia, favorece la contractibilidad e involución uterina y previene la hemorragia postparto, estimula la eyección de calostro y el incremento de la temperatura de la piel de las mamas, proporcionando alimento y calor al recién nacido, reduce la ansiedad materna y aumenta la receptividad social, disminuye los niveles de depresión posparto, está documentado que el sentirse acompañada incrementa el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto. Dentro de las desventajas para el recién nacido es un evento aparentemente letal en el periodo neonatal. (34)

La lactancia exclusiva durante la hospitalización es mayor en mujeres que experimentaron el contacto piel con piel en algún periodo comprendido entre las primeras 3 horas posteriores al nacimiento.

#### **2.2.15 Apego precoz**

El apego precoz es el acercamiento piel con piel del recién nacido con su madre inmediatamente después del nacimiento. (35)

Cuando no se continúa inmediatamente el CPP tras el parto, la separación de la madre es muy estresante y es suficiente para que el bebé se vuelva inestable. Su cerebro libera la hormona del estrés cortisol, que aumenta el ritmo cardiaco y la respiración como una reacción básica del instinto de «lucha o huida». La somatostatina (que contrarresta la hormona del crecimiento) también se libera y actúa en el intestino para reducir la absorción de los alimentos y, por lo tanto, inhiben el crecimiento. Estas hormonas del estrés permanecen elevadas mientras que dure la separación y siguen elevadas incluso 30 minutos tras iniciar el contacto. Los bebés que son separados van a protestar y llorar para llamar a su madre, acción que incrementa las presiones pulmonares, abriendo el foramen oval y restaurando así la circulación fetal, disminuyendo la saturación de oxígeno en la sangre. Este llanto aumenta el ritmo cardiaco y la presión sanguínea en el cerebro del bebé, lo que puede dañar el lecho capilar, e incluso causar hemorragia intraventricular (35)

El bebé debería permanecer en apego precoz piel con piel con su madre en las primeras horas tras el nacimiento y está claro que las rutinas hospitalarias en las salas de partos deberían dirigirse hacia favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para favorecer la autorregulación, la primera toma y el inicio del vínculo madre-hijo. Como el niño parece depender del sentido del olfato, se debe posponer el lavado del pecho de la madre o lavado del niño y la separación para pesar o recibir profilaxis vacunal o de cualquier tipo. La administración de sedantes u oxitocina a la madre de forma rutinaria durante el parto puede ser un elemento que distorsione y retrase la conducta innata del bebé tras nacer, lo que le hace más vulnerable. (35)

### **2.2.16 Estrategia canguro**

La estrategia Madre canguro nace en el año 1978 con Edgar Rey, pediatra colombiano preocupado por los problemas que surgían por la escasez de incubadoras y el impacto generado de separar al recién nacido de su madre en la unidad de cuidados intensivos neonatales, por lo que desarrolló la técnica madre canguro una técnica dirigida a lactantes de bajo peso al nacer que resulta ser tan eficaz como la atención tradicional en la unidad de cuidados neonatales. (36)

La estrategia se basa en el principio de termorregulación que brinda la madre al estar contacto piel con piel con el recién nacido al momento de amamantarlo, esto funciona de igual forma como una incubadora

Mamá canguro es una metodología innovadora para el tratamiento y manejo ambulatorio de niños prematuros y de bajo peso al nacer. El calor, la lactancia materna exclusiva y la posición canguro, son los principios básicos de la metodología. Pero, por encima de todo, es la relación amorosa y estrecha que se establece entre la madre y su hijo la que permite la sobrevida de estos pequeños. La importante y definitiva estimulación, tanto afectiva como orgánica, va a mejorar y a garantizar el patrón respiratorio y cardiaco. (37)

La metodología mamá canguro presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante relación costo-beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevida sino una mejor calidad de vida. Este modelo puede aplicarse tanto en los países desarrollados como en los países tecnológicamente menos desarrollados. Pero, sobre todo, el Programa Mamá Canguro garantiza el fortalecimiento del nexo estrecho entre la madre y el hijo y brinda el apoyo y el balance emocional necesario. (37)

Algunas limitantes que presenta este método es cuando la madre presenta algún tipo de problema mental, cognitivo o del comportamiento importante, algunos padres se pueden sentir abrumados o intimidados por el cuidado del prematuro. Inicialmente se tenía como limitante la distancia entre el hogar del recién nacido y el lugar donde se lleva la estrategia madre canguro, se registraron datos de lugares de residencia de riesgo social y riesgo de accesibilidad por lo que se tomó a bien crear pabellones canguro donde las madres pueden quedarse dentro del hospital mientras desarrollan el método, y cuando el recién nacido se encuentra en las mejores condiciones posibles se dispone a dar el alta. (37)

Entre los beneficios que ofrece el método madre canguro se encuentra el bajo costo en comparación con los métodos tradicionales de atención al recién nacidos prematuro y de bajo peso al nacer, reduce la mortalidad e infecciones nosocomiales en el recién nacido, crea lazos emocionales entre el padre y el bebé, fomenta la integración temprana

del bebé dentro de la unidad familiar, aminora los efectos de una estadía hospitalaria larga y rigurosa. (38)

### **2.2.17 Lactancia materna**

La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas.

Los niños amamantados tienen un menor riesgo de maloclusión dental y la investigación ha demostrado que existe una relación entre la lactancia materna y mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

La lactancia materna también ayuda a mejorar la salud materna, ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. (39)

El salvador ha incorporado en su programa de nutrición la iniciativa “unidades amigas de la niñez y las madres” con el propósito de extender y fortalecer las actividades de promoción apoyo y protección de la lactancia materna y nutrición materno infantil durante el embarazo, puerperio e infancia, la iniciativa USANYM es un componente complementario a la iniciativa Hospitales amigos de los niños, la iniciativa USANYM está diseñada para ser aplicada en el primer nivel de atención e incorpora la atención nutricional de la gestante y futura madre en periodo de lactancia. (40)

En el año 1992 la OMS y UNICEF dieron a conocer la iniciativa hospitales amigos de la niñez esta iniciativa se basó en la declaración de Inocenti la cual declara que todos los gobiernos cuidaran de que todas las instituciones que presten el servicio de maternidad practiquen los diez pasos para una feliz lactancia natural además que apoyen, protejan y promuevan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y continuar lactancia materna hasta los dos años de edad. (40)

Los beneficios que proporciona la lactancia materna se pueden destacar protege contra enfermedades debido a que esta está llena de inmunoglobulinas que protegen a los bebés de enfermedades como neumonía, diarreas, otitis, asma, entre otras, reduce hasta en un 20% el riesgo de morir durante el primer mes si esta se inicia antes de la

primera media hora de vida, reduce los costos asociados a la salud, ayuda a prevenir el sobrepeso en los niños, promueve el vínculo, protege a la madre contra el cáncer de ovario y mamas, es amigable con el ambiente ya que no necesita envase, transporte ni combustible para prepararse. (41)

Las técnicas y posiciones para el buen amamantamiento tiene cuatro ejes, el mentón del bebe toca el pecho, la boca del bebé está bien abierta, el labio inferior viendo hacia afuera, la areola se ve más por arriba que por abajo, la posición correcta del bebe en el pecho la cabeza y el cuerpo de la niña o el niño deben estar erguidos, en dirección a su pecho con la nariz del niño frente al pezón, con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de la madre, sosteniendo todo el cuerpo del niño y no solamente los hombros o la cabeza. (42)

### **2.2.18 Consentimiento informado**

El consentimiento informado ha sido considerado como un derecho humano consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así los efectos de la misma y riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. (43)

Se refiere al proceso de obtención del consentimiento en el paciente tras ser informado sobre un procedimiento clínico o de investigación. Así mismo se mencionan dos motivos principales que son:

Motivos éticos: Reconocimiento de la autonomía del paciente y deber del médico de procurar el mayor bien, que llevan a mejorar la participación del paciente en el proceso sanitario.

Motivos legales: Reclamación de daños, que puede conducir a una práctica defensiva de la Medicina cuando se hipertrofia su importancia. (44)

La decisión del paciente expresada como acto libre de aceptación, modificación o rechazo de la propuesta médica implica que se debe brindar la Información adecuada al paciente, expresándose a través de un lenguaje comprensible adaptado a cada condición tanto cultural como emocional del paciente, acerca del posible diagnóstico de su enfermedad; así como es importante brindar una información comprensible acerca de los diferentes procedimientos diagnósticos, sus riesgos y costos de los mismos así como las

consecuencias de su no realización, asimismo los pacientes deben ser informados de la gravedad de su enfermedad y pronóstico con y sin tratamiento, y los riesgos y duración de estos. La información descrita será entregada por escrito al paciente, explicando cada una de sus posibles dudas, dando el tiempo necesario para una correcta decisión, cabe destacar que el formulario escrito será firmado por el paciente o su subrogante y por el médico tratante; (45)

El consentimiento informado tiene implícitos tres principios éticos:

El principio de Respeto por las personas (de autonomía): Basado en el individuo como ser autónomo. Una persona autónoma es aquella que toma sus acciones de acuerdo con los planes y objetivos que ella misma se ha trazado.

El principio de Beneficencia procura el bienestar del individuo. Este principio tiene su origen en el Juramento Hipocrático.

El Principio de Justicia, hace relación a ofrecer un trato justo, debido o merecido. Este principio obedece al ofrecimiento de las posibilidades terapéuticas sin factores de discriminación y que respeten al ser humano en sí, con un trato justo, debido o merecido.

El consentimiento informado se centra en la comunicación y en esta entran en juego el contexto social de ambas partes, su nivel educativo, la capacidad del médico de informar y hacer comprender al paciente lo que está por plantearle y la relación previamente establecida entre el médico y el paciente.

Componentes del consentimiento informado.

Una pieza clave del consentimiento informado es la idea de que los pacientes deben contar con toda la información disponible que sea relevante para una decisión acerca de su atención en salud; otro componente es la comprensión, este incluye la necesidad de asegurar que el consentimiento esté escrito en un idioma común, de acuerdo al nivel académico del lector y a sus habilidades de comprensión.

Capacidad de Decisión. Para el consentimiento se requiere adicionalmente, que el sujeto tenga la capacidad de tomar una decisión sobre su participación; lo cual es dado por su capacidad mental o estado psicológico y que debe ir de acuerdo con sus preferencias, metas y valores, y a pesar de esto hay ocasiones en donde el ambiente afecta la voluntariedad de la decisión (en instituciones totalitarias como prisiones, hospitales psiquiátricos, u otros medios de detención) o que transfieren a otros la decisión, por tanto el consentimiento puede perder validez. (46)

Si un paciente indica su deseo de retirar el consentimiento de manera oral, el médico debe ser cuidadoso y redactar un formato de retiro del consentimiento informado, anotando día y hora del retiro, con el objetivo de evitar futuros malentendidos (46)

El 27 de enero del 2015, en El Salvador se emite acuerdo número 186, en el cual se oficializa un formato único de consentimiento informado, a partir de esta fecha es de obligatorio cumplimiento por parte de los profesionales de salud, públicos y privados involucrados.

### **2.2.19 Doulas**

Se refieren a las mujeres con experiencia en el embarazo, parto y puerperio que acompañan a la mujer embarazada y le brindan un apoyo físico y emocional continuo (no médico), tratando de comprender las necesidades de la parturienta en cada momento, y ayudando a que la madre recupere la confianza en su capacidad fisiológica de parir, amamantar y criar a su bebé.

La antropóloga Dana Raphael fue la primera en emplear el término doula para referirse a las mujeres experimentadas que ayudaban a las nuevas madres en la lactancia y crianza de sus bebés. (47)

El término Doula proviene del idioma griego, y significa mujer "que está al servicio de otras mujeres o partera". Significa esclava o sirviente en una gran casa, y que probablemente ayudaba a la mujer principal de la casa durante su proceso de parto.

La ayuda que ofrece la doula es de carácter profesional, durante el embarazo proporciona explicaciones teóricas y prácticas sobre la gestación y sobre el parto, y

asesora sobre los ejercicios adecuados en cada etapa del embarazo, además apoya psicológicamente para afrontar las nuevas experiencias o problemas que puedan surgir. La primera misión de la doula es informar positivamente de la experiencia de la maternidad y del parto a las mujeres embarazadas y a sus familias; la doula también es la persona que protege los deseos de la mujer facilitando la comunicación entre ella y los médicos. (48)

Durante el embarazo una de sus funciones es aclarar dudas, informa sobre el proceso de parto y el dolor, y sugiere ideas para mejorar el confort y provee consejos sobre un plan de parto; durante el parto ofrece un soporte emocional, anima y sugiere maneras de soportar el dolor y facilitar el parto, ayuda creando un entorno adecuado, respeta la privacidad de la mujer durante el parto, y da apoyo y seguridad a los miembros de la familia. (48)

Como requisitos mínimos para ser doula se puede contar con: Parteras, Auxiliares de enfermería, Terapeutas físicas, Terapeutas ocupacionales, con interés por el cuidado perinatal y un alto sentido de compromiso, responsabilidad, altruismo, servicio; que esté en la capacidad de apoyar todas las decisiones, tratamientos y recomendaciones del médico tratante durante el control prenatal, así como detectar los signos de alarma para tratar a tiempo alteraciones propias o relacionadas con el período perinatal, permitiendo el adecuado desarrollo del embarazo, y logrando un parto óptimos para la madre y el niño. (48)

La doula tiene como función poner al servicio de la embarazada todos aquellos saberes y prácticas que haya ido adquiriendo a lo largo de su vida, y que sean tendientes al bienestar de la mujer, como ser: masajes, posturas, ejercicios corporales y/o respiratorios, trabajo con aromaterapia, reflexología, digitopuntura, visualizaciones, ambientación con música, uso del rebozo, canto, danza, etc., con la única premisa de que cualquier actividad que se realice sea evaluada conjuntamente con la mujer y suspendida si no es de su agrado. (48).

### **2.2.20 Violencia obstétrica**

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto,

y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, se requiere mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo para realizar más investigaciones sobre cómo definir y medir el maltrato, y la falta de respeto, en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo, y para comprender mejor su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres. Además, se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos; asimismo los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensivos y dignidad. (49)

La práctica médica se encuentra regulada en todo el mundo y la violencia obstétrica no es la excepción:

Venezuela fue el primer país cuya legislación menciona la violencia obstétrica en la ley orgánica del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia la cual entró en vigencia en el 2007 definiendo violencia obstétrica como La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de la salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (50)

En Argentina, está la Ley de Protección Integral de las Mujeres. La Ley 26 485, vigente desde el 2009 la cual define violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25 929. (Inciso e): Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante

ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. (50)

En el 2014 México se suma a la visibilización y tipificación de la violencia obstétrica, definiéndose como la negligencia en la atención médica expresada en un trato deshumanizado; el abuso de medicalización o patologización de los procesos naturales, llegando incluso a tratarlos como si fueran emergencias obstétricas; la práctica abusiva de cesáreas pese a existir condiciones para el parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o de la esterilización sin el consentimiento informado y voluntario de la madre, obstaculizar sin causa médica “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia justificada el apego precoz del recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de acogerlo y amamantarlo inmediatamente al nacer, entre otros. (50)

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. (50)

Tras esta contextualización y definición del concepto de violencia obstétrica, es importante analizar aquellas violencias que la componen.

La violencia simbólica es el resultado de la interiorización y la naturalización de la relación de subordinación y dependencia de las mujeres dentro del sistema de atención en salud. Por ello, existe una suerte de aceptación de las propias afectadas, que hace que las mujeres justifiquen, excusen e incluso agradezcan el ejercicio de la dominación y la violencia que recae sobre ellas. (50)

La violencia institucional en violencia obstétrica se caracteriza por protocolizar la atención de las gestantes dentro de las instituciones hospitalarias, en este caso la mujer

es intervenida sin necesitarlo ni autorizarlo y el personal de salud se ve obligado a su cumplimiento siguiendo esta normatividad. (50)

Junto con la violencia institucional están las modalidades de violencia física y de la violencia obstétrica. Una de ellas está asociada precisamente con la repetición de protocolos en una mujer que no requiere de intervenciones durante su parto. En este sentido, toda intervención realizada en una gestante, que no esté médicamente justificada y aprobada por la mujer, puede ser considerada como violencia obstétrica. (50)

Así mismo, la violencia física también se expresa en intervenciones médicas dolorosas, realizadas sin utilización de alguna medida que mitigue el dolor, existiendo los medios y las condiciones para utilizar analgesia o anestesia; los tactos vaginales reiterados y realizados por más de una persona y la realización de maniobras e intervenciones de manera brusca y poco considerada con la mujer que las recibe. (50)

La violencia psicológica es el resultado de un trato deshumanizado que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención. En este sentido, la gestante, sus miedos, dudas, sensaciones y opiniones son invisibilizadas y suprimidas en tanto se percibe que contaminan, obstruyen, incomodan la labor del personal de la salud en el cumplimiento de los protocolos de atención; sumado a esto, se encuentra la ausencia de respeto por aspectos relacionados con la intimidad de las mujeres ya que, en el ámbito hospitalario, el pudor y la vergüenza ante la exhibición de sus cuerpos y genitales desnudos no es tenida en consideración (50)

Aunque El Salvador cuenta con una Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, esta no reconoce la violencia obstétrica dentro de los diferentes tipos de violencia, hasta ahora la política más contundente para erradicar la violencia obstétrica de los centros de salud es la Ley Nacer con Cariño, aprobada en agosto de 2021 en la cual se establece:

Art. 5.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- A ser tratada con calidez, respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad; logrando un ambiente relajado y seguro para el binomio madre hijo durante todo el proceso asistencial.

- Estar informada de manera cálida y respetuosa sobre la evolución de su parto, el estado de salud de su hijo o hija, a los procedimientos que se le van a realizar, así como lo relativo al diagnóstico, tratamiento o evolución en términos sencillos y fácilmente comprensibles.
- Acceso a un parto respetado y seguro.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud.
- A recibir el correspondiente control prenatal y a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el mismo, el trabajo de parto, parto y postparto.
- Al alojamiento conjunto.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.
- Recibir información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia y riesgo obstétrico, si fuera el caso.
- A recibir atención digna, de calidad y respetuosa de su autonomía.
- La ingesta de líquidos y alimentación durante el trabajo de parto. (20)

### **2.2.21 Procedimientos prohibidos**

En la ley Nacer con cariño se menciona que la mujer tiene derecho a no ser objeto de procedimientos innecesarios o injustificados enlistandose de manera enunciativa más no limitativa.

### **Tactos vaginales**

Se realiza para ver cuánto ha dilatado el cuello uterino y así empezar a valorar en cuánto tiempo tiene que nacer. El tacto vaginal es un paso importante en el momento del parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo en pacientes de bajo riesgo.

Es parte del examen físico de la mujer embarazada, y permite obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna. Se efectúa con la mano más hábil (habitualmente la mano derecha). La paciente se encuentra en posición de litotomía, el médico lava sus manos y se pone guantes, luego introduce el dedo índice y medio en la vagina. Se recomienda usar lubricante en los dedos y ser cuidadoso en este examen. Para facilitar la maniobra es útil poner el pie derecho sobre el peldaño de la camilla y apoyar el codo sobre el muslo durante la introducción de los dedos en la vagina. Cuando la mujer se encuentra acostada, como es el caso del trabajo de parto, es necesario el uso de una chata, colocada bajo las nalgas, para efectuar el tacto vaginal. (51)

El método tradicional para este fin consiste en la exploración digital, mediante lo cual el obstetra adquiere habilidades como parte de su formación, pero otro modo de evaluar es la especuloscopia, basada en la experiencia visual del observador, si bien debe especificarse que ambos procedimientos tienen limitaciones, pues además de ser subjetivos, el primero puede invadir y dislocar el tapón mucoso y acercarse a las membranas. Tanto un método como otro presentan una determinada variabilidad Inter observador, además estas valoraciones solo se refieren a la porción intravaginal del cérvix.

El cuello constituye una estructura que forma parte del canal blando del parto en el que se lleva a cabo el proceso de dilatación para dar paso al cilindro fetal; por tanto, es necesaria su evaluación para definir su estado y verificar la presencia de infecciones, las cuales pueden dañar, incluso, al feto en su paso por el canal blando distal (cuello y vagina). En ese momento podrá realizarse una preparación del cuello y la vagina antes de comenzar el procedimiento. Deberá verificarse la existencia de procesos tumorales, malformaciones, estenosis, y atresias de diferentes causas y, en algunos casos, la evaluación del cuello residual después de una operación del cérvix. (52)

### **Tricotomía**

El método de la tricotomía consiste en la eliminación del vello del área circunscrita a la incisión operatoria con ayuda de dispositivos cortantes, en la fase preoperatoria.

Discusiones relacionadas con las ventajas y desventajas de la tricotomía son comunes en las instituciones. Este procedimiento, a pesar de ser innecesario en algunas cirugías, aún es utilizado en algunos casos para la mejor visualización del campo operatorio.

Se aboga por que la opción por la tricotomía sea evaluada juiciosamente, cuando recomendada, debe ser realizada hasta dos horas antes de la cirugía, en el período preoperatorio, con tricotomizadores eléctricos o tijeras, considerando el volumen del pelo, lugar de la incisión y el tipo de procedimiento quirúrgico. Investigaciones confirman que el uso inadecuado de los dispositivos utilizados para tricotomizar pueden causar daños en las capas profundas de la piel, como, por ejemplo, microlesiones y sangrías, hasta exudación. Estas, a su vez, favorecen el crecimiento de microorganismos, la colonización y eventual infección. (53)

### **Enemas**

Un enema evacuante es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

Se argumentó desde siempre que la administración de enemas evacuantes a la parturienta antes del parto tenía como propósito reducir la presencia de heces al momento del parto y de ese modo reducir las posibles infecciones, si bien es cierto la presencia de heces al momento del parto es más frecuente en las mujeres sin enemas, sin embargo, no se traduce a una mayor tasa de infecciones puerperales y neonatales, se considera constituye una seria molestia para la parturienta. (54)

### **Restricción de líquidos**

La restricción de la ingesta oral, tanto de líquidos como de sólidos durante todo el proceso de dilatación, para prevenir la neumonía por aspiración gástrica en caso de necesitar una intervención con anestesia general, fue introducida por Mendelson (del que es epónimo el síndrome), en 1946. Muchos son los factores estudiados que argumentan a favor de este ayuno, como el enlentecimiento fisiológico del vaciado del contenido

gástrico durante el embarazo, que se incrementa en la fase activa de dilatación, junto con la aparición de náuseas y posibles vómitos que aumentan el riesgo.

Se ha descrito que para prevenir dicho síndrome de broncoaspiración es necesario que el volumen gástrico sea menor a 25 ml y mantener el pH gástrico por encima de 2.5. Por otro lado, cuando sometemos a la gestante a un ayuno prolongado como ocurre en la mayoría de los trabajos de parto, se produce un aumento del ácido clorhídrico y por tanto una disminución del pH gástrico. El ayuno produce también un riesgo mayor de deshidratación y cetosis. El aumento de cuerpos cetónicos origina frecuentemente distocias en el trabajo de parto debido a la disminución de la actividad uterina.

La OMS promueve el ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, un apoyo más para replantearse la necesidad de dicha restricción.

La Guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), aconseja informar a la gestante de la posibilidad de ingerir líquidos por vía oral durante el parto, excepto cuando haya recibido opiáceos en las últimas horas o estén presentes factores de riesgo que aumentan la probabilidad de anestésico general; No se encontraron estudios con un grado suficiente de evidencia científica para determinar el volumen de líquido máximo que puede ser ingerido. (55)

### **Venopunciones innecesarias**

Es el procedimiento por medio del cual se traspasa la piel, para canalizar una vena a través de un catéter en un tiempo determinado, con el fin de administrar líquidos y/o medicamentos en forma continua al torrente circulatorio del usuario, de acuerdo con su patología y orden médica. La canalización intravenosa (IV) es un medio para lograr acceso directo a la circulación venosa, en el cual debe emplearse técnica aséptica. Al ser un procedimiento invasivo conlleva el riesgo de complicaciones como flebitis por infusión e infección local del sitio de inserción. (56)

### **Dilatación innecesaria del periné y el cérvix**

El obstetra comienza a hacer movimientos a nivel perineal para inducir el pujo, pero eso no se produce hasta el momento del parto. Este procedimiento no se produce en la fase activa. Eso solo se hace cuando se baja el periné para ayudar al momento. La dilatación perineal no existe en ningún libro y no existe en la obstetricia normal nunca se

ha hecho. Con el parte humanizado no se toca a la paciente hasta que se produce el pujo.

La escuela mexicana de obstetricia considera que la inducción del trabajo de parto implica dos fases: 1) inducción, incluida la maduración del cérvix y 2) conducción del parto (estimular las contracciones uterinas). En algunos casos es necesario inducir la maduración cervical y luego continuar con la conducción, pero en otros bastará con la conducción.

La inducción del trabajo de parto pretende emular el proceso del trabajo de parto espontáneo, que en condiciones normales inicia después de la semana 40 de la gestación, con actividad

progresiva del miometrio, seguido de cambios en el cérvix y, al final, ruptura de las membranas corioamnióticas, eventos que preceden a la expulsión del feto: la inducción del trabajo de parto contempla la estimulación secuencial o simultánea de dos etapas: 1) dilatación y borramiento del cuello uterino y 2) contracciones uterinas.

La biología de la maduración cervical consiste en la modificación de la estructura de este tejido, compuesto de tejido conectivo en un arreglo muy peculiar de los haces de colágeno, que se dividen en tres capas: una que se acomoda en forma circular y transversa en relación con el eje mayor del cérvix y las otras dos que corren en forma perpendicular al mismo eje, aunque con frecuencia se entrelazan.

La complejidad de esta estructura permite entender la enorme resistencia mecánica del cuello uterino y del fenómeno que permite el reblandecimiento del tejido para conformar el canal del parto. Se desconocen los mecanismos moleculares asociados con este proceso; sin embargo, la degradación del colágeno es un fenómeno necesario para que el cuello se dilate y se borre.

Existen varias opciones para considerar la inducción del trabajo de parto, aunque en los últimos años se ha generalizado la prescripción de análogos de prostaglandinas (misoprostol) como el protocolo más común en todo el mundo y que tiene la capacidad de cubrir la fase de inducción y conducción.

La mayor parte de los procedimientos mecánicos para dilatar el cuello uterino, como la laminaria y los catéteres inflables, han caído en desuso; sin embargo, algunos grupos de consenso, como el American College of Obstetricians and Gynecologists, recomienda

el uso del catéter de Foley como una opción factible en pacientes con cesárea previa.  
(57)

### **Restricción de movimiento**

En la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar el bienestar de este. De esta manera, se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad a posición supina o en semidecúbito para el nacimiento se usa ampliamente en la práctica obstétrica contemporánea. La principal ventaja señalada es el fácil acceso del obstetra al abdomen de la mujer para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, como ya se señaló. Quienes cuidan de las mujeres en trabajo de parto se sienten cómodos con la posición dorsal porque es la posición en la que habitualmente reciben capacitación para atender los partos, incluyendo los partos vaginales asistidos y es la posición de referencia convencional para las descripciones de los libros de texto con respecto a los mecanismos del parto vaginal. La posición de litotomía con las piernas de la mujer fijadas en estribos se usa en muchas instituciones para los partos vaginales espontáneos y especialmente para los partos vaginales asistidos.

El uso de estribos puede combinarse con una inclinación pélvica lateral y una posición semisupina, con la madre sentada en aproximadamente 45 grados, para reducir la compresión aortocava. La posición en decúbito lateral también se usa para los partos espontáneos y asistidos, con la ventaja de que evita la compresión de la aorta o la vena cava inferior por parte del útero. Las mujeres también pueden asumir las posiciones de rodillas en el período expulsivo del trabajo de parto. Estas pueden variar desde la posición arrodillada vertical a la posición de "cuatro puntos", con la pelvis y los hombros al mismo nivel. Odent en Pithiviers, Francia, promovió en los años ochenta del pasado siglo una posición erguida apoyada, pero esta no se ha evaluado hasta el momento de manera sistemática.

La posición de McRoberts, con los muslos hiperflexionados, se introdujo para resolver la distocia de hombros. Se ha demostrado un aumento en la fuerza expulsiva en el período expulsivo del trabajo de parto. Se ha ensayado el parto en una silla de parto, pero la mayoría de estos estudios han incluido pequeños tamaños de muestra. Hay datos contradictorios con respecto a las posibles ventajas y desventajas de usar una silla de parto para este evento.

Todas las posturas comentadas son buenas y válidas porque tienen sus beneficios, sin ser ninguna superior a otra de manera concluyente. Lo ideal es no quedarse con ninguna, sino aceptarlas todas como posibles candidatas y hacer uso de la que la mujer quiera en cada momento.

Las dudas acerca de la postura a la hora de parir empezaron a aparecer al observarse que en posturas en las que se aprovecha la fuerza de la gravedad los partos parecían ir más rápido y, sobre todo, que cuando la mujer podía decidir cómo ponerse su confianza como mujer y madre era mayor, se sentía más protagonista, más competente y el riesgo de depresión posparto era menor. En otras palabras, la mujer se sentía más partícipe del proceso cuando podía elegir cómo parir y menos cuando debía adoptar posiciones con tan poca libertad como la mencionada de litotomía. (58)

### **Amniotomía**

Amniotomía o desprendimiento artificial de las membranas corioamnióticas del segmento en contacto con el orificio cervical interno. Una indicación frecuente para la rotura artificial de membranas, la amniotomía quirúrgica, incluye la necesidad de vigilancia directa de la frecuencia cardíaca fetal o las contracciones uterinas.

Para minimizar el riesgo de prolapso del cordón durante la amniotomía, debe evitarse el desplazamiento de la cabeza fetal, para lo cual puede ser útil la presión sobre el fondo uterino o suprapúbico. Algunos médicos prefieren romper las membranas durante una contracción. Si el vértice no está bien aplicado al segmento uterino inferior, a veces puede lograrse la salida gradual de líquido amniótico con varias punciones en la membrana con una aguja calibre 26 sujeta con una pinza de anillos y con visualización directa a través de un espéculo vaginal. Sin embargo, en muchos de estos casos las membranas se desgarran y el líquido sale con rapidez. Debido al riesgo de prolapso del

cordón o, raras veces, de desprendimiento, se valora la frecuencia cardiaca fetal antes y justo después de la amniotomía.

La rotura artificial de las membranas, a veces llamada inducción quirúrgica, puede usarse para inducir el trabajo de parto y siempre implica un compromiso para llegar al parto. La principal desventaja de la amniotomía como único mecanismo para inducir el trabajo de parto es el intervalo impredecible, y a veces prolongado, hasta el inicio del trabajo de parto. (31)

### **Dilatación manual del periné**

Esta técnica fue descrita por Piper en 1929, y consiste en introducir el puño en la vagina, donde luego se realizan movimientos en sentido caudocraneal de forma suave y continua para dilatar la vagina. Para la dilatación del introito vaginal se procede a apoyar dos a tres dedos en la horquilla y a continuación se efectúan movimientos alternantes de izquierda a derecha. Este mismo método se puede realizar con valvas de Sims o de Eastman. (59)

### **Episiotomías**

La episiotomía se considera como parte de las maniobras u operaciones dilatadoras del canal blando o del anillo vulvoperineal. Su vida en la obstetricia ha sido breve pues surgió como necesidad de un nacimiento vaginal forzado y más tarde como moda, puesto que la morbilidad de los nacimientos abdominales era muy alta. Es así como esta técnica, descrita como tal, data de hace más de 150 años, cuando llegó a convertirse en el procedimiento quirúrgico obstétrico más frecuentemente empleado (59)

La palabra episiotomía se deriva del griego episton (región púbica) y tomé (cortar). En sentido estricto, la episiotomía es la incisión de las partes pudendas (genitales externos). La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común se emplea a menudo el término episiotomía como sinónimo de la perineotomía, práctica que realizan los autores. La incisión se puede efectuar en la línea media, tras crear una episiotomía media o bien puede empezar en la línea media y luego dirigirse en sentido lateral y hacia abajo alejándose del recto, la denominada episiotomía media lateral. En el decenio de 1970 era una práctica común efectuar una episiotomía en casi todas las mujeres que tenían su primer parto. Una de las razones de su aceptación era sustituir

una laceración por una incisión quirúrgica recta, más fácil de reparar. Pese a ello, la creencia mantenida durante mucho tiempo de que el dolor posoperatorio es menor y que la cicatrización es mejor con la episiotomía respecto de la laceración ha sido infundada (Larsson, 1991). (31)

Otro beneficio de la episiotomía sistemática que se menciona con frecuencia, pero que no se ha comprobado, es que previene las alteraciones del piso pélvico. Sin embargo, en diversos estudios observacionales y en estudios clínicos aleatorizados se ha demostrado que la episiotomía sistemática aumenta la frecuencia de laceraciones del esfínter anal y el recto.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (2013a) concluyó que conviene más limitar la episiotomía que practicarla en forma sistemática. Los autores sostienen que este procedimiento se debe realizar en forma selectiva para las indicaciones adecuadas. Por consiguiente, la episiotomía se debe considerar cuando existe alguna indicación, como distocia de hombros, parto pélvico, feto macrosómico, parto vaginal quirúrgico, posición occipitoposterior persistente y otros casos en los que la ausencia de una episiotomía tendría como resultado una rotura perineal significativa. La regla final es que no existe sustituto para el criterio quirúrgico y el sentido común. (31)

### **Revisión manual del periné**

La revisión uterina postparto es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas. Este es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el post alumbramiento inmediato. La revisión uterina, después de haber salido la placenta, puede efectuarse bajo el imperativo de una indicación específica (retención de fragmentos placentarios o membranas, alumbramiento artificial, parto quirúrgico vaginal, sospecha de lesiones corporales uterinas, etcétera) o como maniobra usual de asistencia al parto. (60)

En 1985, en una reunión que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Región Europea, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, establecieron una serie de recomendaciones basadas en prácticas similares (WHO 1985). La exploración manual de rutina del útero

después del parto se cataloga como un procedimiento clasificado en la categoría B: «Actos que son claramente dañinos o inefectivos y deberán ser eliminados» así como dentro de la categoría D: «Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea. (60)

### **Maniobra de Kristeller**

La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la describió en 1867, citado por Hopp, como un «nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos». La idea de este procedimiento para el autor era fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionando en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sigue haciendo referencia a esta maniobra y su uso en casos muy concretos y determinados. En sus Recomendaciones de 2008 sobre la asistencia al parto se establece que la presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada sólo para ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación.

Sin embargo, en la guía práctica de 1996 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los cuidados del parto normal ya se comentaba que es muy común en muchos países la práctica de la presión fúndica durante el expulsivo, con el fin de acelerarlo. También se señala que, aparte de acarrear molestias maternas, existe la sospecha de que podría ser dañino para el útero, el periné y el feto, pero no existen estudios al respecto. En esta guía se remarca que la impresión general es que la presión fúndica se usa con demasiada frecuencia, sin haberse demostrado su efectividad, y se clasifica esta práctica en la categoría de evidencia C, como práctica-sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarla y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema (61)

### **Separación de membranas manual dentro del útero materno.**

La inducción del trabajo de parto mediante “separación” de membranas es una práctica frecuente. Varios estudios sugieren que esta maniobra es segura y disminuye la incidencia de embarazo postérmino sin aumentos consistentes en la incidencia de rotura de membranas, infección o hemorragia. Los autores de un metaanálisis con 22 estudios que incluyeron 2 797 mujeres informaron que la separación de membranas redujo el número de mujeres que aún no daban a luz después de las 41 semanas sin elevar el riesgo de infección. Concluyeron que la separación de membranas debió practicarse en ocho mujeres para evitar una inducción de trabajo de parto. Las desventajas incluyen la molestia y la hemorragia relacionada. (31)

### **Corte temprano del cordón.**

Definiremos el pinzamiento del cordón umbilical con relación al momento del nacimiento del recién nacido. Distinguiremos:

- Pinzamiento inmediato: inmediato al parto
- Pinzamiento precoz: pinzamiento <60 segundos
- Pinzamiento tardío (PCT): pinzamiento de cordón que se realiza  $\geq$  de 60 segundos del parto. (62)

Demorar el pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar permite el tiempo suficiente para que ocurra la transfusión placentaria, que le aporta al recién nacido cerca de un 30% adicional de volumen sanguíneo y hasta un 60% más de eritrocitos los cuales al destruirse por hemólisis suplen alrededor de 50 mg de hierro a las reservas del niño. En una revisión sistemática de la literatura referente al pinzamiento del cordón umbilical, no se encontraron efectos perjudiciales directos relacionados con el pinzamiento temprano en recién nacidos a término ni en prematuros, excepto un incremento de la anemia en la infancia. (63)

### **2.2.22 Puerperio**

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene

una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupante para la nueva madre. Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser graves.

La hiperfiltración glomerular normal inducida por el embarazo persiste durante el primer día del puerperio, pero se restablece en unas dos semanas. (31)

Al principio del puerperio, el desprendimiento del tejido decidual origina secreciones vaginales en cantidad variable. Las secreciones se denominan loquios y constan de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias. Durante los primeros días después del parto, la sangre los tiñe de color rojo y se conocen como lochia rubra. Sin embargo, después de tres o cuatro días los loquios palidecen (lochia serosa) y luego del décimo día, por una mezcla de leucocitos y reducción de los líquidos, los loquios adquieren una coloración blanquizca o amarillenta (lochia alba). Los loquios duran en promedio entre 24 y 36 días. (31)

Durante los primeros días después del parto vaginal, la mujer se siente molesta por una amplia variedad de razones, como los entuertos, la episiotomía y las laceraciones, la ingurgitación mamaria y, en ocasiones, una cefalea por punción de la duramadre durante el bloqueo. (31)

Muchas mujeres padecen cierto grado de depresión durante algunos días después del parto. Es probable que la denominada depresión posparto sea producto de varios factores, entre ellos el decaimiento emocional posterior a la excitación y los temores experimentados durante el embarazo y el parto, las molestias del puerperio inmediato, la fatiga por la privación de sueño, la ansiedad en cuanto a la capacidad de proveer atención adecuada al lactante y las preocupaciones por la imagen corporal. (31)

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos el primero es el puerperio inmediato el cual comprende las primeras 24 horas postparto, el segundo periodo es el puerperio temprano que incluye la primera semana postparto y por último el puerperio tardío abarca el tiempo necesario

para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional. (64)

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto presentan modificaciones o involucionan a un estado similar previo a la gestación.

Después de la salida de la placenta continúan las contracciones con la finalidad de comprimir los vasos del lecho placentario y de esta manera controlar la hemorragia.

El endometrio se reconstituye rápidamente exceptuando el lecho placentario. Al 7º día ya hay una superficie epitelial bien definida y el estroma muestra características pregestacionales. Al 16º día postparto el endometrio es proliferativo, casi similar al de una mujer no gestante. El cuello uterino reduce rápidamente su dilatación a 2 -3 centímetros en las primeras horas postparto y permanece así durante la primera semana del puerperio para luego disminuir a 1 cm. (64)

En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal.

En el parto, con la salida del niño/a y la placenta, la pérdida del líquido amniótico y la pérdida insensible, se produce una disminución ponderal de 5 a 6 Kg la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las semanas siguientes. (64)

### **2.2.23 Familia**

El código de familia de El Salvador define la familia como el grupo social permanente, constituido por el matrimonio, la unión no matrimonial o el parentesco. (65)

La familia es la unidad interna de dos o más elementos del grupo humano -padres e hijos-, que se constituyen en comunidad a partir de la unidad de una pareja, siendo uno de los grupos sociales que requieren con prioridad de una atención especial.

La forma o estructura, así como el papel de la familia, varía según la sociedad. Con todo, la familia nuclear (dos adultos, hombre y mujer, con sus hijos) es la unidad principal de las sociedades.

Como un hecho biológico, la Familia implica la vida en común de dos individuos de la especie humana, de sexo distinto, unidos con el fin de reproducir, y por ende de conservar la especie a través del tiempo. (66)

Para la psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que es considerada un subsistema social que hace parte del macrosistema social denominado sociedad; esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad. (66)

Para la sociología, la Familia se constituye por una comunidad interhumana configurada al menos por tres miembros, “es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos”. (66)

Para la economía, la Familia se estudia más claramente al considerarla como una “pequeña fábrica” constituye una institución que basa su existencia en la previsión de costos, gastos monetarios y de ingresos, que llevan a sus miembros, por ejemplo, a considerar a cada hijo como bienes de consumo o como generadores en presente de gastos de inversión que se proyectan como inversión a futuro, considerando correlativamente los ingresos que se han de percibir y la asistencia en la enfermedad y vejez. (66)

Desde la esfera legal, la familia tiene una connotación que se encuentra supeditada a la normatividad misma y por el momento histórico en que se revise; el concepto de familia es dinámico y está en constante evolución. La definición legal de este término va a depender de la legislación de cada estado o país, y generalmente se encuentra ubicada en la constitución. (66)

La familia es el grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socioeconómica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psico-emocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo, desde distintos aspectos cuya prioridad y dinámica pertenecen a su libre albedrío: psicológico, social, cultural, biológico, económico y legal. (66)

#### **2.2.24 Primer nivel de atención salvadoreño**

Según la ley del sistema básico de salud integral de El Salvador el primer nivel de atención está conformado por las unidades de salud, casas de salud y los centros rurales de salud y nutrición.

En este nivel de atención se deben desarrollar acciones como promover y conservar la salud con la organización y la cooperación de la población así como prevenir las enfermedades y sus complicaciones, con los recursos y las tecnologías apropiadas; además de tratar oportunamente las enfermedades de la población con equidad y calidad, asimismo debe proporcionar oportunamente a las personas con discapacidad en el nivel que le corresponde los servicios básicos de rehabilitación, y referir los pacientes al segundo nivel de atención cuando no sean de su capacidad resolutive y por ultimo pero no menos importante se deben realizar procesos de investigación, con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional. (67)

#### **2.2.25 Personal de salud**

Los sistemas de salud solo pueden funcionar con trabajadores sanitarios; el mejoramiento de la cobertura de los servicios de salud y el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr dependen de su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. (68)

El personal de salud calificado es un profesional competente en salud materna y neonatal, educado, capacitado y regulado según los estándares nacionales e internacionales. Son competentes para proporcionar y promover una atención digna, socioculturalmente sensible y de calidad basada en la evidencia, basada en los derechos humanos, a mujeres y recién nacidos. Son competentes en la gestión del trabajo de parto y el parto para garantizar una experiencia de parto positiva para las mujeres. Además, son competentes para identificar y manejar o derivar mujeres y / o recién nacidos con complicaciones de salud. (69)

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **3.1 Hipótesis de Trabajo**

**Hi:** El personal de salud tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre la ley nacer con cariño.

#### **3.2 Hipótesis Nula**

**Ho:** El personal de salud tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la ley nacer con cariño.

### 3.3 Operacionalización de las variables

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p><b>Hi:</b> El personal de salud tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre la ley nacer con cariño.</p>	<p><b>Conocimiento sobre ley nacer con cariño</b></p>	<p>Tener conocimiento sobre la ley nacer con cariño sobre el protocolo y/o del reglamento que integran la misma.</p>	<p>Aplicación de un instrumento de investigación tipo cuestionario que contiene aspectos que se encuentran dentro del protocolo y reglamento de la ley nacer con cariño con respuestas tipo Likert</p>	<p>Características sociodemográficas</p>	Sexo
					Edad
					Escolaridad
					especialidad
				<p>Nivel de conocimiento</p>	<p>Conocimiento alto (76-100 puntos)</p>
					<p>Conocimiento medio (48-75 puntos)</p>
<p>Conocimiento bajo (20-47 puntos)</p>					

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de investigación

Se realizó una investigación transversal, descriptiva, documental y de campo con enfoque cuantitativo para determinar el conocimiento que tiene el personal de salud del primer nivel de atención salvadoreño sobre la Ley Nacer con Cariño.

Según el período y la secuencia de la investigación, fue de tipo:

**Transversal** se estudió la variable: conocimiento, haciendo un corte en el tiempo, donde únicamente se estudió el nivel de conocimiento en el periodo de septiembre a noviembre del 2022.

En base al alcance de los resultados, la investigación fue de tipo:

**Descriptivo** porque se encaminó a determinar cómo está la variable conocimiento que este tiene sobre la Ley nacer con cariño, así como la magnitud y circunstancias en que se presentan.

Según la fuente de los datos con que se obtuvo la información, fue un estudio de tipo:

**Documental:** se consultó fuentes bibliográficas de la Organización Mundial de la Salud, así como documentos legales de El Salvador, además se revisaron libros, revistas y artículos web para fundamentar el marco teórico, el cual sirvió de marco de referencia para la ejecución, el análisis y la interpretación de resultados.

**De campo:** debido a que la recopilación de datos se realizó mediante la encuesta directamente al personal de salud del primer nivel de atención salvadoreño, el cual es la población de estudio, cabe mencionar no se realizará en un ambiente controlado ni hubo intervención alguna sobre las variables.

Tomando en base el análisis y procesamiento de los datos, la investigación tiene:

**Enfoque cuantitativo:** porque se establecieron hipótesis y se emplearon técnicas estadísticas para el análisis e interpretación de los datos recolectados por el instrumento de investigación, los cuales permitieron aceptar o rechazar las hipótesis formuladas

## 4.2 Universo y muestra

### Población

De acuerdo con el personal que labora en cada unidad de salud y aplicando los criterios de exclusión se tomó un total de 47 empleados del Ministerio de Salud, incluyendo médicos, enfermería, laboratoristas, fisioterapeutas, odontólogos, y promotores de salud.

**TABLA 1. Distribución de la población en estudio según procedencia**

Unidad de Salud	Número de recursos
UDS Corinto, Morazán	25
UDS San Carlos, Morazán	11
UDS Nueva Guadalupe, San Miguel	11
<b>Total</b>	<b>47</b>

**Fuente:** Recursos Humanos contratados consultado con previa autorización de directores de unidades correspondientes. (año 2022)

### Muestra

Debido a que la población a estudiar es pequeña se estudió al 100% del universo.

## 4.3 Criterios para establecer la muestra

### 4.3.1 Criterios de inclusión

- Personal de salud que labora en las unidades de salud de Corinto, San Carlos y Nueva Guadalupe.

- Personal que posea diploma de participación en capacitación sobre la Ley Nacer con Cariño.

- Personal dispuesto a participar en el estudio.

#### **4.3.2 Criterios de exclusión**

- Personal de salud ajeno a las unidades de salud en estudio.

- Personal investigador.

- Personal de ordenanza, secretarias, saneamiento ambiental, personal de bodega, encargados de farmacia, psicólogos.

#### **4.4 Tipo de muestreo**

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se escogió cómo muestra a aquellos recursos que se consideró aportan más información de interés al estudio a realizarse.

#### **4.5 Técnica de recolección de datos**

**Técnica documental bibliográfica:** se realizó una revisión documental bibliográfica profunda y extensa en documentos y bibliografías nacionales e internacionales, incluyendo libros, artículos de revistas, fuentes de Internet, documentos legales, así como guías clínicas.

**Técnica de trabajo de campo:** La encuesta estuvo conformada por una serie de preguntas que permitieron conocer la información de manera directa, determinando los puntajes mediante la escala Likert, se estableció una fecha límite de 3 semanas para contestar el cuestionario en forma razonada, individual y sin límite de tiempo, no se administraban respuestas duplicadas y el instrumento fue administrado solo una vez.

#### **4.6 Instrumentos**

Se empleó un cuestionario como instrumento para la recolección de datos, el cual consta de 24 ítems coherentemente escritos, dispuestos en orden secuencial que facilita la comprensión por parte de los participantes. (Anexo 1)

- En el primer apartado se colocaron las características sociodemográficas de la población constó de 4 ítems.
- Un segundo apartado para el protocolo, el cual constó de 10 ítems.
- Un tercer apartado en el que se desarrollaron las preguntas del reglamento y se realizaron la misma cantidad de ítems que en el segundo apartado.

Para medir el nivel de ambos segmentos de conocimiento, se elaboró una escala que a través del número de preguntas se obtuvo el valor determinado para cada nivel en el segundo y tercer apartado del instrumento se obtuvo la siguiente escala:

- Nivel básico de 1 a 16
- Nivel medio 17 a 33
- Nivel alto 34 a 50

Para clasificar el conocimiento de forma general se utilizó la escala en base al total de preguntas ya que el valor mínimo a contestar fue 20 nuestra escala inicio de dicho valor y se obtuvo la siguiente escala:

- Nivel básico 20 a 46
- Nivel medio 47 a 72
- Nivel alto 73 a 100.

#### **4.7 Plan de análisis**

Se tabularon los datos obtenidos por el instrumento de investigación auxiliándose del programa ofimático Microsoft Office Excel 2019. Se creó una base de datos con las respuestas a nuestros objetivos, las cuales se analizaron y se plasmaron en cuadros y gráficas para la confrontación e interpretación de los resultados.

#### **4.8. Consideraciones éticas**

La participación en el estudio fue consciente, de manera voluntaria y confidencial. Se explicó a cada participante la importancia, alcance y limitaciones del estudio, así como también la importancia de una participación activa, honesta e individual, lo cual garantizó la veracidad de los datos aportados. Para ello, previo a la administración del cuestionario, se solicitó el consentimiento informado de los participantes. (Anexo 2)

### **5. RESULTADOS**

Los resultados fueron elaborados de acuerdo al orden del instrumento donde se dividen a partir de tres apartados o secciones:

- La primera sección corresponde a las características sociodemográficas del estudio.
- La segunda presenta el apartado nivel de conocimiento sobre el protocolo nacer con cariño.
- La tercera sección presenta los conocimientos sobre el reglamento de la ley nacer con cariño.
- Por último, se realiza el consolidado de conocimientos generales sobre la ley nacer con cariño además se realizó la presentación de resultados por unidad de salud.

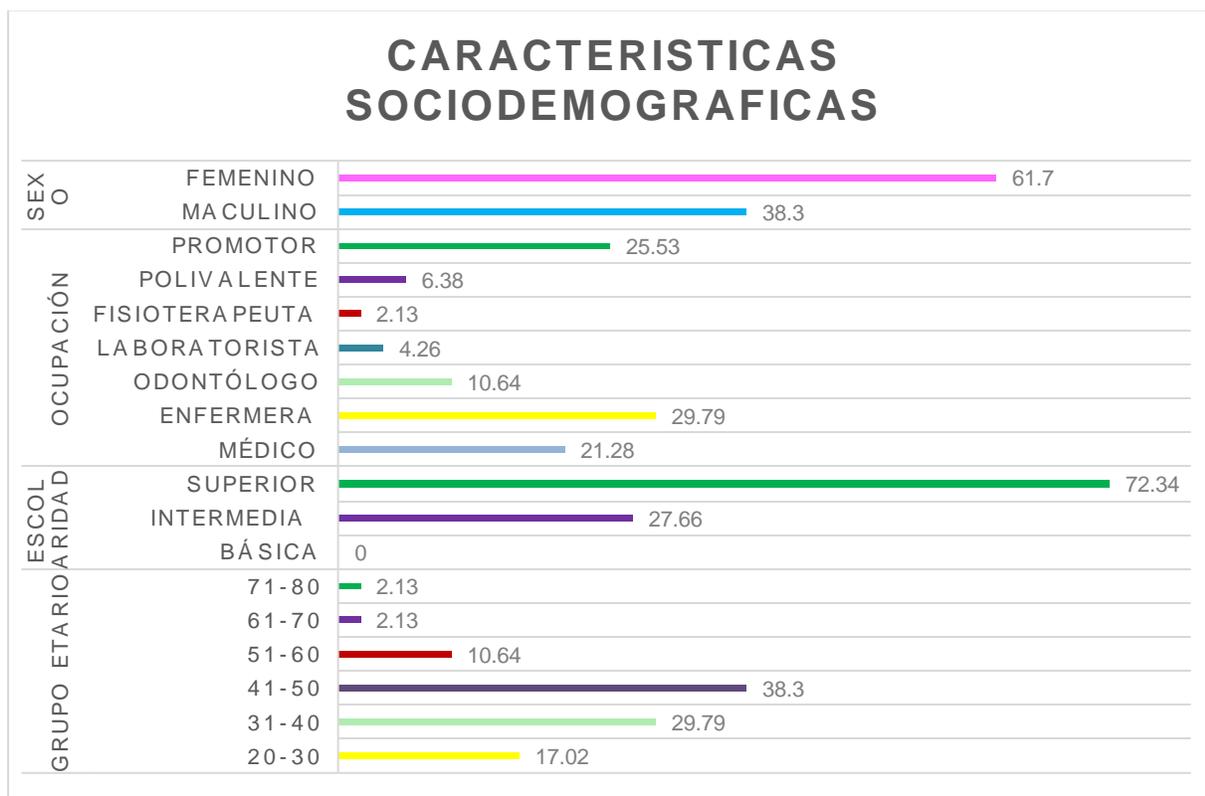
## 5.1 caracterización de la muestra en estudio.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas

<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Grupo etario	20-30	8	17.02
	31-40	14	29.79
	41-50	18	38.30
	51-60	5	10.64
	61-70	1	2.13
	71-80	1	2.13
	Total	47	100.00
Escolaridad	Básica	0	-
	Intermedia	13	27.66
	Superior	34	72.34
	Total	47	100.00
Ocupación	Médico	10	21.28
	Enfermera	14	29.79
	Odontólogo	5	10.64
	Laboratorista	2	4.26
	Fisioterapeuta	1	2.13
	Polivalente	3	6.38
	Promotor	12	25.53
	Total	47	100.00
Sexo	Masculino	18	38.30
	Femenino	29	61.70
	Total	47	100.00

**Fuente:** encuesta dirigida a la población de estudio

**Gráfico 1. Características Sociodemográficas**



**Fuente:** Tabla 2

**Análisis:** Se puede observar en el grupo etario en la categoría de 20 a 30 años una frecuencia de 8 corresponde a un porcentaje de 17.02, de 31 a 40 una frecuencia de 14 que corresponde a un porcentaje 29.79, en las edades de 41 a 50 se obtuvo una frecuencia de 18 siendo esta el grupo de edad con mayor frecuencia correspondiente a un 38.3%, las edades de 51-50 cuenta con una frecuencia de 5, de 61 a 70 se observa frecuencia de 1 y de 71 a 80 corresponde a frecuencia de 1 siendo estos últimos las categorías con menor frecuencia. En cuanto a la variable escolaridad no se observan datos en categoría básica en intermedia se observa frecuencia de 14 y superior de 34. Con la variable ocupación se observa categoría médico una frecuencia de 10, enfermera 14 siendo esta la categoría con más frecuencia, odontólogo 5, laboratorista 2, fisioterapeuta 1, polivalente 3 y promotor 12. Al observar la variable sexo encontramos 18 del sexo masculino y 29 femenino.

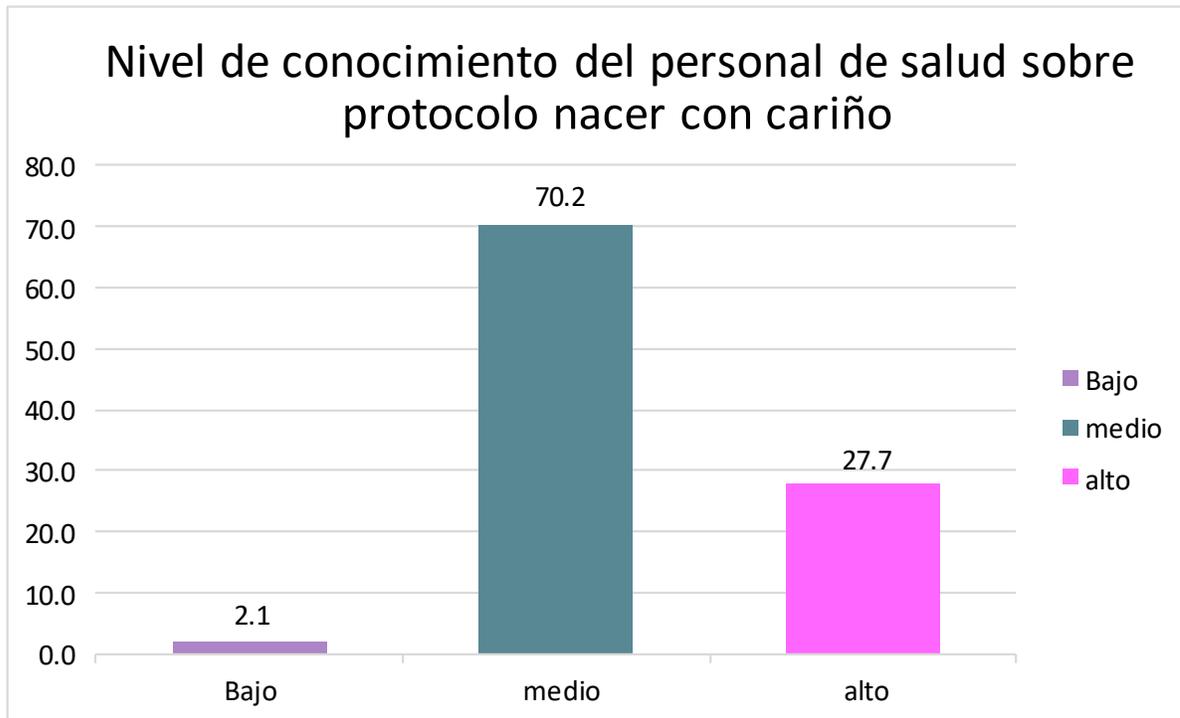
**Interpretación:** Según las características demográficas de la población estudiada se observa que la mayor parte se encuentra entre los 31 a 50 años de edad que estos poseen un nivel educativo lo suficiente para comprender los enunciados y que en cuanto a ocupación su mayoría son personal de salud que está directamente en contacto con las personas que protege esta ley como son medico enfermera, promotor y odontólogo, en cuanto al sexo se evidencia en las unidades estudiadas se encuentra más población femenina en comparación con masculina.

**Tabla 3.** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre protocolo nacer con cariño

Nivel de conocimiento del personal de salud sobre protocolo nacer con cariño		
<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	1	2.1
Medio	33	70.2
Alto	13	27.7
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta dirigida a la población en estudio

**Gráfico 2:** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre protocolo nacer con cariño



Fuente: tabla 3

**Análisis:** se observa en el indicador de conocimiento bajo una frecuencia de 1, mientras que el indicador intermedio con 33 de frecuencia resulta ser la mayoría del total de encuestados y alto tiene una frecuencia de 13 quedando con un 27.7% del total.

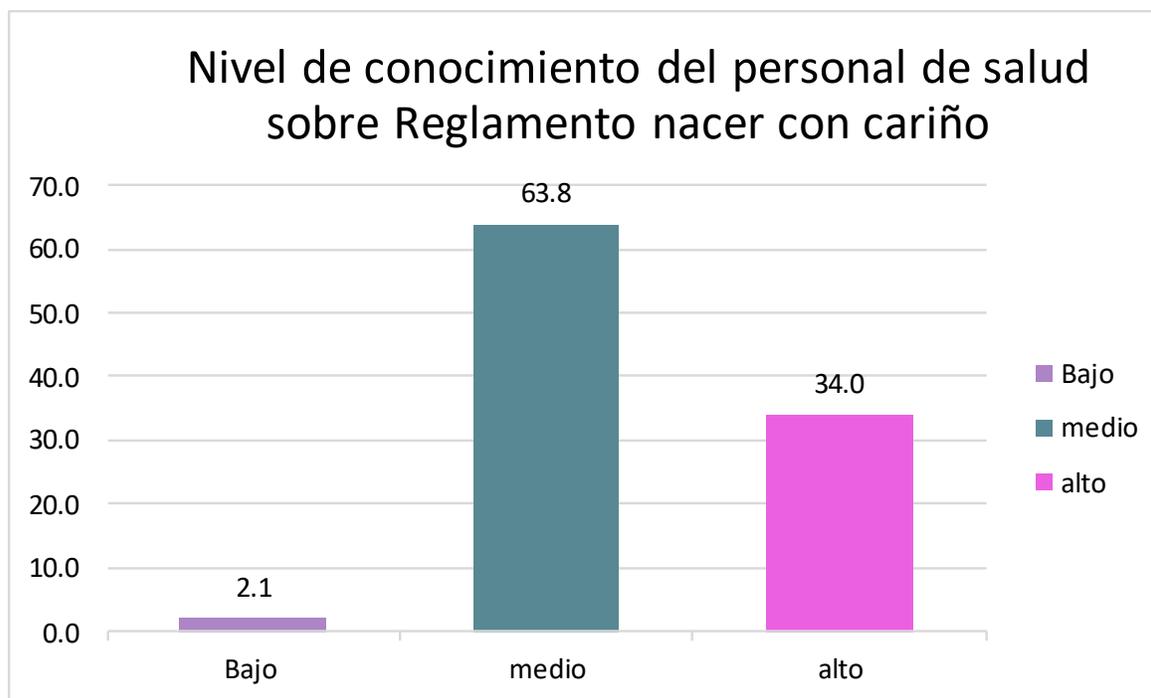
**Interpretación:** del personal encuestado la mayoría se encuentra dentro de los indicadores medio y alto lo que corresponde a que dentro de las unidades de salud en estudio la mayor parte del personal cuenta con un nivel medio de conocimiento con respecto al protocolo de nacer con cariño por lo tanto refleja la capacidad para brindar una atención adecuada al grupo poblacional que protege la ley.

**Tabla 4.** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el reglamento nacer con cariño

Nivel de conocimiento del personal de salud sobre Reglamento nacer con cariño		
Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	2.0
Medio	30	64.0
Alto	16	34.0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta dirigida a la población de estudio

**Gráfico 3:** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre reglamento nacer con cariño



**Fuente:** Tabla 4

**Análisis:** En cuanto a nivel de conocimiento del reglamento 1 se encontró en nivel bajo correspondiente a un porcentaje de 2.1, 30 en el nivel medio siendo este nivel donde se encuentra el mayor porcentaje correspondiendo a un 64% y 16 en el nivel alto correspondiendo a un 34%.

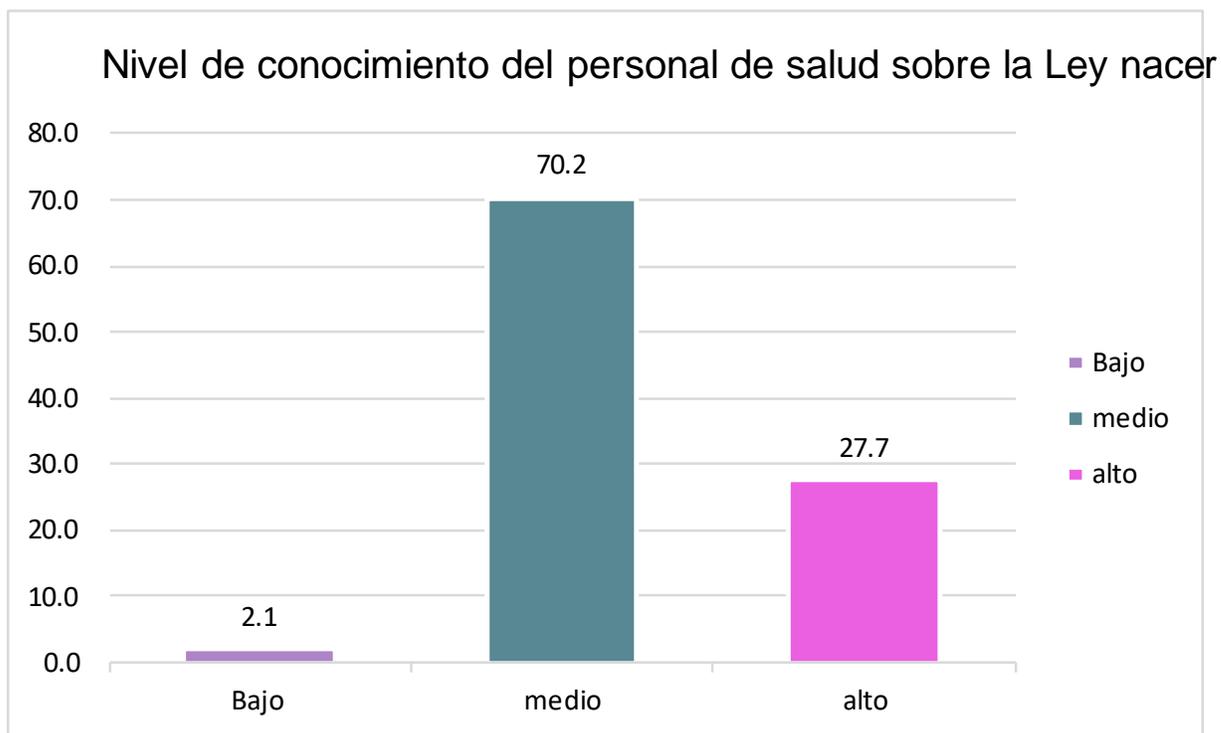
**Interpretación:** Debido a que el 98% del personal de salud tiene conocimientos medios que corresponde a 64% a altos 34% sobre el reglamento de la ley nacer con cariño significa que en las unidades estudiadas se tiene conocimiento sobre los alcances de la ley además de las consecuencias legales que el incumplimiento de esta deriva, cual es el ente rector y las obligaciones que como personal de salud se adquieren.

**Tabla 5.** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre la Ley nacer con cariño

Nivel de conocimiento del personal de salud sobre la Ley nacer con cariño		
<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
Bajo	1	2.0
Medio	33	70.0
Alto	13	28.0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la población en estudios

**Gráfico 4.** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre la Ley nacer con cariño



Fuente: tabla 5

**Análisis:** Se puede observar que hay 1 participante que está clasificado su conocimiento sobre la ley nacer con cariño de forma generalizada como bajo correspondiente al 2.0 %, mientras que nivel medio se encuentran 33 participantes corresponde a un porcentaje del 70.0 siendo este el mayor porcentaje y nivel alto 13 con un 27.7%.

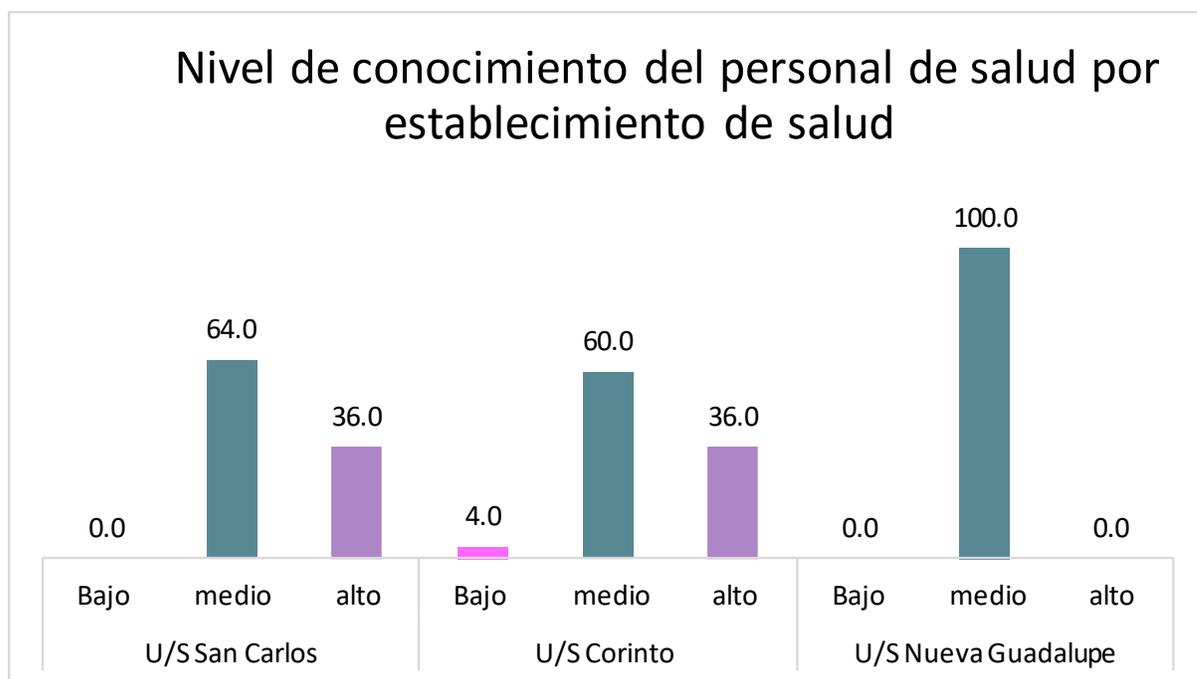
**Interpretación:** Un 80% de los participantes en estudio cuentan con conocimientos medios a superiores este dato refleja la capacidad de la calidad de atención que se puede brindar ya que se cuenta con los conocimientos necesarios para brindarla.

**Tabla 6.** Nivel de conocimiento del personal de salud sobre la Ley nacer con cariño por Unidad de salud

Nivel de conocimiento del personal de salud por establecimiento de salud			
UNIDAD DE SALUD	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
U/S San Carlos	Bajo	0	0.0
	Medio	7	64.0
	Alto	4	36.0
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>
U/S Corinto	Bajo	1	4.0
	Medio	15	60.0
	Alto	9	36.0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>
U/S Nueva Guadalupe	Bajo	0	0.0
	Medio	11	100.0
	Alto	0	0.0
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta dirigida a población en estudio

**Gráfico 5.** Nivel de conocimiento del personal de salud por establecimiento de salud



**Fuente:** Tabla 6

**Análisis:** se observa en la unidad de salud San Carlos que 7 se encuentran en el nivel medio y 4 en el alto, en la unidad de salud de Corinto 1 se encuentra en nivel bajo, 15 medio y 9 en el nivel alto, mientras que Nueva Guadalupe se encuentran dentro del nivel de conocimiento medio.

**Interpretación:** en las unidades de salud se maneja en general un conocimiento medio a alto, pero en su mayor porcentaje es medio, a partir de esto se puede considerar como conocimiento mínimo suficiente para poder ejercer correctamente lo que dicta la ley, se puede observar que en las unidades de San Carlos y Corinto hay personal de salud que manejan con un nivel más alto los documentos regulatorios de la ley así como sus conceptos básicos y en Nueva Guadalupe se observa el personal de salud se encuentran todos dentro de un nivel de conocimiento medio.

## **5.2 Comprobación de hipótesis**

En este caso se realiza la prueba de hipótesis mediante proporciones con aproximación a la distribución normal, dado que para determinar el porcentaje de personal de salud que tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre la Ley Nacer con Cariño, se hizo mediante medición de frecuencias. Además, el tamaño de muestra  $n$  es mayor que 30, en este caso 47. Y a pesar de que el muestreo no es aleatorio se realiza la prueba de hipótesis a una confianza del 95% (lo que significa que no se puede generalizar a otras poblaciones).

Para ello, se realizan los siguientes pasos:

### **Paso 1. Establecimiento de hipótesis**

Según el enunciado de la hipótesis, su planteamiento queda así (donde  $P$  es el porcentaje de personal de salud que tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre el contenido de la ley Nacer con Cariño, que formaron parte del estudio):

$H_i: P > 50\%$ .

$H_o: P \leq 50\%$ .

### **Paso 2. Nivel de confianza**

Para la prueba se utiliza el nivel de confianza del 95% lo cual genera un valor crítico o de decisión de 1.65 por la razón de que la hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor  $Z$  de tabla,  $Z_t$  (ver anexo 5).

### Paso 3. Cálculo del valor de Z

Para calcular el valor de Z ( $Z_c$ ) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Significado:

$\hat{p}$  es el porcentaje de personal de salud que tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre el contenido de la ley nacer con cariño en la muestra en estudio.

$P$  es el porcentaje de personal de salud que tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre el contenido de la ley nacer con cariño, que se estima existen en la población en estudio.

$\sigma_{\hat{p}}$  se refiere al error estándarizado que se comete al realizar la prueba con este tamaño de muestra.

$n$  es el tamaño de muestra de este estudio.

Con  $P = 50\% = 0.50$ ,  $n = 47$  y  $\hat{p} = \frac{33+13}{47} = \frac{46}{47} = 0.98$  (según resultados de la tabla

5)

$$\text{entonces } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.5(1-0.5)}{47}} = 0.005$$

$$\text{Por lo que, } Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.98-0.50}{0.005} = \frac{0.48}{0.005} = 96.00 . \text{ Así: } Z_c = 96.00$$

### Paso 4. Reglas de decisión

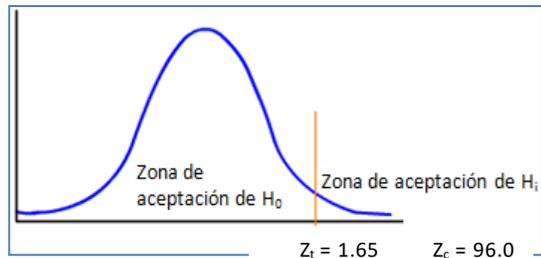
Si  $Z_c$  es mayor que  $Z_t$ , entonces se acepta  $H_i$ .

Si  $Z_c$  es menor que  $Z_t$ , entonces se acepta  $H_o$ .

### Paso 5. Decisión estadística

Dado que el valor Z calculado con los datos muestrales es de 96.00 el cual es mayor al valor Z de tabla que es 1.65, entonces se acepta la hipótesis de trabajo, cual dice de la siguiente manera:  $H_1$ : El

personal de salud tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre la ley nacer con cariño.



la

### Conclusión estadística

A partir de la información obtenida y organizada tanto en la parte de procesamiento descriptivo como de la prueba de hipótesis se puede afirmar que del total de población un 98% se encuentra en indicador de conocimiento medio o alto en comparación con 2% que se encuentra en conocimiento bajo por lo cual se aprueba la hipótesis de trabajo donde se plantea el personal de salud tiene un nivel de conocimiento medio o superior sobre la ley nacer con cariño, como más del 50% de la población tuvo resultados medios y altos se rechaza la hipótesis nula.

## 6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó los conocimientos que tiene el personal de salud del primer nivel de atención salvadoreño sobre la ley nacer con cariño, que están actualmente laborando y que recibieron el curso sobre la ley nacer con cariño en el departamento de San miguel y Morazán.

Según los resultados del estudio se puede observar que de los 47 empleados de salud que conforman la población existen más población femenina un 61.70% comparado al 38.30% que son masculinos, con respecto a las edades se puede observar que en las unidades de salud en estudio el grupo etario 31 a 40 tiene un porcentaje de 29.79 comparable con el grupo de edad de 41 a 50 años con un porcentaje de 38.30 de igual forma el nivel de escolaridad se observa que hay mayor cantidad que tiene educación de nivel superior con un 72.34% esto debido a que la mayoría de especialidades a nivel de salud requieren profesión universitaria para ejercer.

Al momento no se encuentran estudios dentro del país sobre el conocimiento del personal de salud sobre la ley nacer con cariño esto debido a que la ley fue introducida recientemente.

Aunque no se cuenta con investigaciones previas que midan el conocimiento sobre la ley nacer con cariño se puede comparar el modelo de atención que esta promueve para asociar con otras investigaciones.

La investigación realizada en Colombia por Yuri Paola Gómez Ángel (2020) en el cual tomaron de muestra a 13 ginecólogos y 3 enfermeras sobre el parto humanizado: percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en dicha investigación realizada en la sala de partos de Unidad Médica Hospitalaria Especializada Engativá calle 80, realizado desde el mes de mayo a julio 2020. donde a pesar que el objetivo era obtener la percepción como conclusión se obtuvo que el personal de salud estudiado en dicha unidad contaba con bajos conocimientos del modelo de atención por lo que no podrían brindar un concepto claro de que trata, este conocimiento es justificado debido a falta de capacitación en el modelo de atención introducido, además manifiesta que a indagar

sobre el modelo de parto humanizado se brindaron conceptos distantes entre las diferentes disciplinas estudiadas además dicho estudio no solamente trata del personal de salud cuando de la capacitación hace referencia, para un adecuado acompañamiento también es necesario la educación al familiar y a la paciente frente al comportamiento durante el trabajo de parto y en una sala de partos por lo que recomienda fortalecer el respeto al paciente, no solo educar al familiar si no al personal y dejar de crear barreras propias y tratar de buscar soluciones para que se brinde la atención del parto humanizado, la educación es un punto vital en dicho estudio, a pesar de lo fundamental que es el conocimiento es algo poco investigado.

Un artículo publicado en la revista colombiana de Obstetricia y ginecología en el 2017, enfatiza en la falta de capacitación sobre humanización en los profesionales de salud lo que conduce a una mala comunicación, interpretación y actuación dentro de la sala de partos en lo que al acompañamiento concierne (70)

## **7. CONCLUSIONES**

Para las conclusiones el equipo investigador ha considerado el logro de los objetivos propuestos en dicha investigación así se tiene lo siguiente:

7.1 Se logró identificar las características sociodemográficas del personal de salud identificando que en su mayoría cuentan con educación media a superior que el rango de edad que es mayor en frecuencia es de 30 a 50 años y el género femenino es el que se encuentra en mayor porcentaje además se logró obtener información de los recursos que frecuentemente están en contacto con la población que protege la ley nacer con cariño como son médicos, enfermeras, promotores, odontólogos, fisioterapeutas.

7.2 Del personal evaluado se realizó la separación de documentos para medir el nivel de conocimientos por documento regulatorio a través del instrumento tipo cuestionario de los 47 evaluados se obtuvo que los conocimientos del protocolo de la ley nacer con cariño fueron en su mayor porcentaje medios mientras que los conocimientos del reglamento fueron igualmente en su mayor porcentaje medio.

7.3 Al comparar las 3 unidades de salud se concluye que en la unidad de salud Nueva Guadalupe todo el personal de salud tiene un nivel de conocimiento medio, en la unidad de salud de corinto es donde se observa que hay personal de salud que maneja altos conocimientos de la ley pero también hay personal que tiene conocimientos básicos no suficiente para poder ejecutar la ley, en la unidad de salud san Carlos es donde se encuentra personal de salud que tiene conocimiento medio a alto por lo que se puede lograr una correcta implementación.

7.4 Se Determinó el conocimiento del personal de salud estudiado donde en su mayor porcentaje de la población en estudio tiene conocimientos medios o altos cumpliendo esto con la definición de conocimiento que es tener conocimiento sobre la ley nacer con cariño sobre el protocolo y/o del reglamento que integran la misma

7.5 Debido a que en su mayor porcentaje superando al 50% el personal de salud se categorizó como conocimiento medio o alto la hipótesis de trabajo fue aceptada, mientras que conocimiento bajo solo obtuvo un 2% es decir menor al 50% por lo que la hipótesis nula fue rechaza.

## **8. RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones se plasmaron de acuerdo al nivel jerárquico de la institución por lo que se comenzó con el ministerio de salud como ente rector de los servicios de salud, posterior las unidades de salud y finalmente al personal de salud.

### **Al Ministerio de Salud:**

- Promover espacios a través de cursos asincrónicos al personal de salud con la finalidad de brindar más conocimientos sobre la ley nacer con cariño con respecto a reglamento.
- Brindar espacios para que el personal de salud pueda resolver dudas sobre el marco regulatorio de la ley nacer con cariño

### **A las Unidades de Salud:**

- A los directores de unidades de salud desarrollar actividades que incentiven al personal a conocer más sobre la ley
- Al comité materno de cada unidad de salud realizar autoevaluaciones semestrales sobre conocimiento y aplicación de la ley en el establecimiento y reforzar áreas que se consideren deficientes

### **Al Personal de salud:**

- Mantener siempre buena disposición ante los cambios realizados en el modelo de atención.
- Mantener siempre actitud proactiva y abierta a adquirir nuevos conocimientos.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Recomendaciones de la OMS para un parto humanizado. [Online]. [cited 2022 Marzo. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
2. C. M. salud en las americas. [Online].; 2012 [cited 2022 Marzo. Available from: [https://www3.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36:el-salvador&Itemid=145&lang=es](https://www3.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=36:el-salvador&Itemid=145&lang=es)
3. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. revista cubana de ginecología y obstetricia. 2018; 44(33).
4. Carla Muñoz Dueñas YCGCMV. Vivencia de mujeres con asistencia de parto personalizado. Revista chilena de ginecología y obstetricia. 2018.
5. Alfredo Enrique Oyola-García ALPGMPQI. violencia obstétrica: a propósito de una serie de casos. facultad de medicina humana 2018 Universidad Ricardo palma. 2018.
6. Secretaria de Salud Mexicano. modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio enfoque humanizado intercultural y seguro. [Online]; 2018 [cited 2022 Abril 27. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
7. Paula Katerine Dueñas Marín NVRPCSC. Vivencias y experiencias de las gestantes que tuvieron el trabajo de parto y parto en un Hospital. [Online].; 2019 [cited 2022 Abril 27. Available from: [https://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/107/PaulaKaterineDue%C3%B1asMar%C3%ADn\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/107/PaulaKaterineDue%C3%B1asMar%C3%ADn_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
8. Humanización de la atención del parto en las mujeres embarazadas con la aplicación de medidas Psicoprofilácticas en los servicios de ginecología y partos del

Hospital Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque. [Online].; 2019 [cited 2022 Abril 27. Available from <https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2022/02/5-RIMP-2019-HNCOJUTEPEQUE-2019-HUMANIZACION-DE-LA-ATENCION-DEL-PARTO.pdf>.

9. Tobasía-Hege C PMMSGARLVSR. irrespeto y maltrato durante el parto y aborto en América latina. [Online].; 2019 [cited 2022 Abril 28. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50724/v43e362019.pdf?sequence=5>.
10. Kermia Ruth Camino Cedeño GHDA. el parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 27. Available from: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5206/1/TESIS%20PARTO%20HUMANIZADO%20COMO%20INSTRUMENTO%20DE%20MEJORA%20Y%20BIENESTAR%20DE%20LA%20MUJER%20Y%20SU%20PRODUCTO..pdf>
11. Yuri Paola Gómez Ángel MAOF. parto humanizado: percepción de los profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 27. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/78858/1023934277.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. Jina Lisbeth Romero Trejo GMSMAOMI. conocimiento del parto humanizado y actitud de gestantes clas huanchac-marian. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 27. Available from: [http://www.repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/4926/T033\\_46518537\\_T%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/4926/T033_46518537_T%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
13. Francini de Souza Rodríguez CBbGMB. perfil de la asistencia al parto normal en una maternidad escuela federal. [Online].; 2021 [cited 2022 Abril 27. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358174/perfil-de-la-asistencia-al-parto-normal-en-una-maternidad.pdf>
14. Taquia Fabian Tabita Yesica Vzdz. percepción sobre parto institucional humanizado de gestantes de establecimientos rurales de la microrred chilca. [Online].; 2021 [cited

- 2022                      Abril                      27.                      Available                      from:  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358174/perfil-de-la-asistencia-al-parto-normal-en-una-maternidad.pdf>
15. Laura Sanchon Gómez jscnrgfjs. Atención al parto humanizado. editorial científico tecnica ocronos. 2021.
  16. Yuri Caseido acgrlv. satisfacción del parto humanizado de las usuarias atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital de alta complejidad. [Online].; 2021 [cited 2022 Abril 27. Available from: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/10358/JimenezMaria2020.pdf;jsessionid=3A1D07725D768E44D79702BEFFB3ACF1?sequence=1>
  17. J.C.B CMS&L. conceptos tipos y dimensiones del conocimiento, configuración del conocimiento estratégico. Economía y empresa. 2004: p. 175-196.
  18. Ciber tesis- URP tesis digitales. [Online].; 2012 [cited 2022 Junio 24. Available from: <https://xdoc.mx/documents/cybertesis-urp-universidad-ricardo-palma-5e49a65a9ed60>
  19. Asamblea Legislativa. código civil de la república de El Salvador.
  20. Ministerio de Salud. Ley nacer con Cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido. 2021.
  21. UTEC. La potestad reglamentaria en el Derecho salvadoreño. [Online]. [cited 2022 Mayo 20. Available from: [http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/estudios\\_legales\\_fusades/fel\\_17.htm](http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/estudios_legales_fusades/fel_17.htm).
  22. Asamblea Legislativa. Constitución de la república de El Salvador. 1983.
  23. Derechos Humanos. Presupuesto público. 2013.
  24. Derechos Humanos. Derechos Humanos. París: Universitaria Ramón Areces. 1948.
  25. MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. [Online].; 2021 [cited 2022 mayo 19. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_preconcepcional\\_v2.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf).

26. Guillen. A.MVLLCMM. atención preconcepcional prevención primaria. investigación en mujer salud y sociedad. 2016.
27. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human development. información sobre el embarazo. [Online].; 2020 [cited 2022 mayo 18. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/>].
28. Felipe Edmundo Takajashi Medina FGDMSPJCC. sexología forense. primera ed.
29. Obstetricia CAdGy. definición de embarazo a término. [Online].; 2013 [cited 2022 mayo 18. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>].
30. F. Gary Cunningham. Williams obstetricia. 25th ed. F. Gary Cunningham, editor.: Mc GrawHill Education; 2019.
31. Cunningham LBSDHCS. Williams obstetricia. 24th ed.: McGraw Hill; 2015.
32. MINISTERIO DE SALUD. Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 19. Available from: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/PROTOCOLO\\_NACER\\_CON\\_CARINO%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/PROTOCOLO_NACER_CON_CARINO%20(2).pdf)].
33. Ministerio de Salud de El Salvador. lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna. [Online].; 2017 [cited 2022 Mayo 19. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_para\\_el\\_funcionamiento\\_de\\_hogares\\_de\\_espera\\_materna\\_v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_para_el_funcionamiento_de_hogares_de_espera_materna_v1.pdf)].
34. T. Martínez NDF. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. ELSEVIER. 2014 JUNIO; II (2).
35. Mercy Rosero RAKG. Apego precoz como practica integrada del ESAMYN durante el parto céfalo vaginal. [Online].; 2018 [cited 2022 mayo 19.
36. Organización Panamericana de la Salud. Método Madre Canguro: Una solución segura y eficaz. [Online].; 2010 [cited 2022 mayo 20. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/22-3-2010-metodo-madre-canguro-solucion-segura-eficaz>].

37. UNICEF. Conocer el método Mama Canguro. [Online]. [cited 2022 mayo 20]. Available from: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/conoce-el-metodo-mama-canguro>.
38. USAID. Aplicación de método madre canguro en bebés prematuros y de bajo peso en 4 países de América latina. [Online].; 2012 [cited 2022 mayo 21]. Available from: [https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Aplicando\\_Metodo\\_Madre\\_Canguro\\_Nov2011.pdf](https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Aplicando_Metodo_Madre_Canguro_Nov2011.pdf).
39. Organización Panamericana de la Salud. Semana de la lactancia materna 2020. [Online].; 2020 [cited 2022 mayo 21]. Available from: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020#:~:text=La%20lactancia%20materna%20es%20la,mortalidad%20debido%20a%20enfermedades%20infecciosas>.
40. Ministerio de salud de El Salvador. Iniciativa unidades de salud amigas de la niñez y las madres. 2005.
41. Organización Panamericana de la Salud. beneficios de la lactancia materna. [Online]. [cited 2022 mayo 21]. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es).
42. Ministerio de Salud de El salvador. Lineamientos Técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 10 años. [Online]; 2018 [cited 2022 mayo 21]. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_integral\\_menor\\_diez\\_v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_integral_menor_diez_v1.pdf).
43. Pablo Simon Lorda SC. Consentimiento informado: Teoría y práctica. [Online]; 1993 [cited 2022 Mayo]. Available from: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136881.pdf>
44. Espíldora MNM. consentimiento informado en la práctica clínica. [Online]. [cited 17 mayo 2022]. Available from: <http://www.institutodebioetica.org/cursoetica/modulo5/Unidad%205%20Consentimiento%20informado.pdf>.

45. Flores DMP. Bioética: Consentimiento informado. [Online].; 2002 [cited 2022 mayo 17. Available from: [http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med\\_13\\_1/bioetica.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_13_1/bioetica.pdf).
46. Francisco Javier Bonilla Escobar LEPS. consentimiento informado en la práctica clínica: Retos del personal de salud. CIMEL. 2012; 17(2).
47. Silin J. De mujeres, matronas, doulas y partos. In II congreso virtual sobre historia de las mujeres; 2010; La plata.
48. Uribe Bustamante DM, Viveros Mejía L. Modelo de atención en salud "doulas", para mejorar la calidad del parto. cuadernos latinoamericanos de administración. 2009 julio-diciembre; V (9).
49. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. [Online].; 2014 [cited 2022 mayo 18. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.p](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.p).
50. Msc VVVS. "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": Análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. Revista ciencias de la salud. 2019.
51. Dr. Jorge A. Carvajal DcR. Manual de obstetricia y ginecología. 2018. página 15.
52. Méndez DCDN. Evaluación del cérvix ante parto: importancia practica en obstetricia. Medisan. 2013.
53. Lima Gebrim CF, Melchior LMR, Menezes Amaral N, Soares Barreto RAS, Prado Palos MA. Tricotomía preoperatoria: aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Enfermería Global on line. 2014; 13(34).
54. Tavara L. Algunas controversias en la práctica de la obstetricia. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 2003 abril; 49(2).
55. Pérez Vergara Inmaculada CBV, VRM. Hidratación oral en el trabajo de parto. Revista electrónica de portales médicos. 2017 julio.
56. Sánchez Y. protocolo de venopunción. 2014..
57. Aragón-Hernández JP ÁVMB. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto, propuesta consenso. [Online].; 2017 [cited 2022 mayo 19. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2017/gom175f.pdf>.

58. Msc Dr. Miguel Lugones Botell DMRB. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista cubana de ginecología y obstetricia. 2012 julio.
59. Omar Felipe Dueñas García JJBM. Manual de obstetricia y procedimientos medico quirúrgicos. 1st ed.: McGraw Hill; 2015.
60. Osvaldo Alvirde Álvaro GRA. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el posparto inmediato. Investigación materno infantil. 2009 mayo- agosto; I (2).
61. Diaz CR. La maniobra de Kristeller: revisión de evidencias científicas. Matronas profesión. 2011.
62. M. Illa RPASEPMDGRd. protocolo pinzamiento tardío de cordón umbilical. [Online]; 2019 [cited 2022 mayo 2022. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/pinzamiento-tardio-cordon-umbilical.pdf>.
63. Fernando Arango Gómez MDJCMLMD. ¿cuándo pinzar el cordón umbilical? Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2004; 55(2).
64. Peralta MDO. Aspectos clínicos del puerperio. [Online]. [cited 2022 mayo 18. Available from: [https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio\\_octavio.pdf](https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf).
65. salvador AldE. Código de familia. artículo 2.
66. Eduardo Oliva Gómez VJVG. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia. Justicia Juris. 2014 enero-junio; 10(1).
67. social Mdspya. ley de sistema básico de salud integral. 2005. capitulo II, artículos 7, 8 y 9.
68. OMS. Personal sanitario. [Online]. [cited 2022 mayo 20. Available from: [https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce#tab=tab_1).
69. Federación internacional de ginecología y obstetricia. Nueva definición de personal de salud calificado. [Online].; 2018 [cited 2022 mayo 20. Available from: <https://www.figo.org/es/news/nueva-definicion-de-personal-de-salud-calificado#:~:text=Lo%20que%20dice%20la%20definici%C3%B3n,los%20est%C3%A1ndares%20nacionales%20e%20internacionales>.

70. De María Cáceres-Manrique F, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):128–34. Available from: <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>

## LISTADO DE ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de investigación



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**

### CUESTIONARIO

FECHA: \_\_\_\_\_ CUESTIONARIO N°: \_\_\_\_\_

UNIDAD DE SALUD: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Recopilar información relacionada con el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud que labora en el primer nivel de atención salvadoreño respecto a la ley nacer con cariño.

### INSTRUCCIONES:

Emplee un lapicero de color azul o negro para llenar el cuestionario

Todas las preguntas tienen 5 opciones de respuesta en donde:

1= completamente falso 2= falso 3= ni falso ni verdadero 4= verdadero 5= completamente verdadero

Elija el número de respuesta que usted considere como adecuada

Marque con claridad la opción elegida con una X o un tache

Recuerde no debe marcar dos opciones

### I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

femenino	masculino
----------	-----------

Edad: \_\_\_\_\_

sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

### **DISCIPLINAS QUE CONFORMAN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Seleccione el cargo que ocupa:

- a. Médico
- b. Enfermería
- c. Odontología
- d. Laboratorio clínico
- e. Fisioterapia
- f. Polivalente
- g. Promotor de salud

<b>II. CONOCIMIENTO PROTOCOLO</b>					
1. A toda usuaria que desea embarazarse, la atención preconcepcional se le debe brindar con al menos seis meses previos a la búsqueda del embarazo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. La Ley nacer con cariño estipula un tiempo de 45 minutos para una inscripción prenatal.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. Los padres del recién nacido en situación de riesgo tienen derecho al acceso continuo a su recién nacido, mientras la situación clínica lo permita.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. El método canguro es la atención de los niños y niñas prematuros o de bajo peso al nacer, manteniéndolos en contacto piel con piel con su madre o acompañante.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5. Dentro de los procedimientos innecesarios o injustificados se encuentran los tactos vaginales, tricotomía, enemas, restricción de	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

líquidos, revisión manual del periné y corte temprano del cordón.					
6. Toda mujer con relación a embarazo, trabajo de parto, parto y postparto no tiene derecho a ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna y apoyo para amamantar.	1	2	3	4	5
7. Un principio rector de la Ley nacer con cariño es de supremacía de la dignidad humana.	1	2	3	4	5
8. Uno de los beneficios del acompañamiento continuo es que aumenta el índice de parto vaginal espontáneo.	1	2	3	4	5
9. El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente mentalmente competente o su familiar, de su enfermedad, así como los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados solicitando su aprobación escrita.	1	2	3	4	5
10. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud recomienda que las embarazadas reciban un número mínimo de 8 controles prenatales.	1	2	3	4	5
<b>III. CONOCIMIENTO REGLAMENTO</b>					
11. En el reglamento de la Ley se contempla que en la atención preconcepcional se debe dar una atención de calidad, respetando la integridad y la autonomía, proporcionando un	1	2	3	4	5

buen trato de forma individual y personalizada.					
12. La Ley nacer con cariño tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como también los del niño desde la gestación, nacimiento y etapa de recién nacido.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13. Las características del control prenatal son precoces, periódico, completo y de amplia cobertura.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14. Sobre la atención durante el trabajo de parto, parto y nacimiento el reglamento sobre la Ley contempla realizar prácticas seguras y efectivas basadas en la mejor evidencia científica disponible.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
15. Los hogares de espera materna brindan alojamiento y alimentación para mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos provenientes de zonas geográficas prioritariamente rurales y de difícil acceso.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
16. Sobre la atención y seguimiento de la mujer durante el puerperio y el recién nacido, se debe realizar su primera visita domiciliar en un lapso de 72 horas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17. El Ministerio de Salud como ente rector del sistema nacional integrado de salud es el responsable de dirigir la implementación de la Ley nacer con cariño.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

18. Parto respetado es un modelo de atención que toma en cuenta de manera explícita y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.	1	2	3	4	5
19. La mujer embarazada podrá ser acompañada durante sus controles prenatales, ingreso hospitalario, parto y puerperio, por una persona de su elección y confianza, siendo esta mayor de edad, sea esta su familiar o no.	1	2	3	4	5
20. Las doulas son personas con experiencia en el embarazo, parto y puerperio que acompañan a la mujer embarazada y le brindan un apoyo físico y emocional continuo.	1	2	3	4	5

**¡muchas gracias por su valiosa colaboración!**

EVALUACIÓN GLOBAL:

Puntaje total obtenida (PTO): \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Consentimiento informado



Yo he sido elegido(a) para participar en la investigación denominada Conocimiento que tiene el personal de salud del primer nivel de atención salvadoreño sobre la ley nacer con cariño.

Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho(a) con las respuestas brindadas por los investigadores. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante (en letra de molde):

---

Firma:

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Día/ Mes/ Año

### Anexo 3. Cronograma de actividades

Cronograma de Actividades a desarrollar en la modalidad Trabajo de investigación Ciclo I y II Año 2022																																																								
Carrera de Doctorado en Medicina																																																								
Meses	Marzo/2022				Abril/2022				Mayo/2022				Junio/2022				Julio/2022				Agost/2022				Sep/2022				Oct/2022				Nov/2022				Dic/2022																			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4												
Actividades																																																								
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías metodológicas																																																								
2. Elaboración del perfil de investigación																																																								
3. Presentación del perfil de investigación a la Subcomisión																																																								
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																																								
5. Presentación del Protocolo de Investigación																																																								
6. Desarrollo o ejecución de la Investigación (recolección de la información, procesamiento de los datos y análisis e interpretación de los resultados)																																																								
7. Redacción del Informe Final																																																								
8. Entrega del Informe Final																																																								

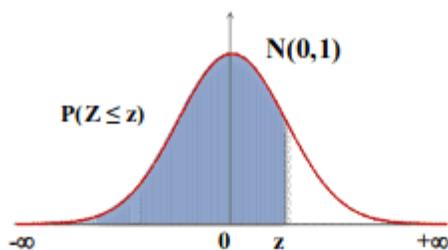


#### Anexo 4. Presupuesto

Unidades requeridas	Número de unidades	Costo unitario	Costo total
<b>Materiales y suministros de oficina</b>	5 resmas de papel bond tamaño carta	5.00	25.00
	20 folders tamaño carta	0.20	4.00
	1 engrapador	2.00	2.00
	1 perforador	2.50	2.50
	1 caja de grapas	3.50	3.50
	1 caja de fástenes	3.00	3.00
	1 caja de lapiceros	3.50	3.50
	1 caja de lápices	3.00	3.00
<b>Materiales y suministros informáticos</b>	3 USB	10.00	30.00
	270 paquetes de Internet	1.00/ día	270
	300 fotocopias	0.05	15.00
	200 impresiones	0.10	20.00
	3 laptops	300.00	900.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 2219.00</b>

## Anexo 5. Tabla de función de distribución normal

### FUNCIÓN DE DISTRIBUCIÓN NORMAL $N(0,1)$



z	0,00	0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09
0,0	0,5000	0,5040	0,5080	0,5120	0,5160	0,5199	0,5239	0,5279	0,5319	0,5359
0,1	0,5398	0,5438	0,5478	0,5517	0,5557	0,5596	0,5636	0,5675	0,5714	0,5753
0,2	0,5793	0,5832	0,5871	0,5910	0,5948	0,5987	0,6026	0,6064	0,6103	0,6141
0,3	0,6179	0,6217	0,6255	0,6293	0,6331	0,6368	0,6406	0,6443	0,6480	0,6517
0,4	0,6554	0,6591	0,6628	0,6664	0,6700	0,6736	0,6772	0,6808	0,6844	0,6879
0,5	0,6915	0,6950	0,6985	0,7019	0,7054	0,7088	0,7123	0,7157	0,7190	0,7224
0,6	0,7257	0,7291	0,7324	0,7357	0,7389	0,7422	0,7454	0,7486	0,7517	0,7549
0,7	0,7580	0,7611	0,7642	0,7673	0,7704	0,7734	0,7764	0,7794	0,7823	0,7852
0,8	0,7881	0,7910	0,7939	0,7967	0,7995	0,8023	0,8051	0,8078	0,8106	0,8133
0,9	0,8159	0,8186	0,8212	0,8238	0,8264	0,8289	0,8315	0,8340	0,8365	0,8389
1,0	0,8413	0,8438	0,8461	0,8485	0,8508	0,8531	0,8554	0,8577	0,8599	0,8621
1,1	0,8643	0,8665	0,8686	0,8708	0,8729	0,8749	0,8770	0,8790	0,8810	0,8830
1,2	0,8849	0,8869	0,8888	0,8907	0,8925	0,8944	0,8962	0,8980	0,8997	0,9015
1,3	0,9032	0,9049	0,9066	0,9082	0,9099	0,9115	0,9131	0,9147	0,9162	0,9177
1,4	0,9192	0,9207	0,9222	0,9236	0,9251	0,9265	0,9279	0,9292	0,9306	0,9319
1,5	0,9332	0,9345	0,9357	0,9370	0,9382	0,9394	0,9406	0,9418	0,9429	0,9441
1,6	0,9452	0,9463	0,9474	0,9484	0,9495	0,9505	0,9515	0,9525	0,9535	0,9545
1,7	0,9554	0,9564	0,9573	0,9582	0,9591	0,9599	0,9608	0,9616	0,9625	0,9633
1,8	0,9641	0,9649	0,9656	0,9664	0,9671	0,9678	0,9686	0,9693	0,9699	0,9706
1,9	0,9713	0,9719	0,9726	0,9732	0,9738	0,9744	0,9750	0,9756	0,9761	0,9767
2,0	0,9772	0,9778	0,9783	0,9788	0,9793	0,9798	0,9803	0,9808	0,9812	0,9817
2,1	0,9821	0,9826	0,9830	0,9834	0,9838	0,9842	0,9846	0,9850	0,9854	0,9857
2,2	0,9861	0,9864	0,9868	0,9871	0,9875	0,9878	0,9881	0,9884	0,9887	0,9890
2,3	0,9893	0,9896	0,9898	0,9901	0,9904	0,9906	0,9909	0,9911	0,9913	0,9916
2,4	0,9918	0,9920	0,9922	0,9925	0,9927	0,9929	0,9931	0,9932	0,9934	0,9936
2,5	0,9938	0,9940	0,9941	0,9943	0,9945	0,9946	0,9948	0,9949	0,9951	0,9952
2,6	0,9953	0,9955	0,9956	0,9957	0,9959	0,9960	0,9961	0,9962	0,9963	0,9964
2,7	0,9965	0,9966	0,9967	0,9968	0,9969	0,9970	0,9971	0,9972	0,9973	0,9974
2,8	0,9975	0,9976	0,9977	0,9978	0,9979	0,9980	0,9981	0,9982	0,9983	0,9984
2,9	0,9985	0,9986	0,9987	0,9988	0,9989	0,9990	0,9991	0,9992	0,9993	0,9994
3,0	0,9995	0,9996	0,9997	0,9998	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,1	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,2	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,3	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,4	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,5	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,6	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,7	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,8	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
3,9	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
4,0	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999

**Nota:** En el interior de la tabla se da la probabilidad de que la variable aleatoria  $Z$ , con distribución  $N(0,1)$ , esté por debajo del valor  $z$ .

## **Anexo 6. Glosario**

**Alimentación complementaria:** es la incorporación gradual de otros alimentos a la dieta del niño o niña, los cuales complementan la alimentación con el seno materno que está recibiendo.

**Alojamiento conjunto:** contacto inmediato y permanente de la persona recién nacida con su madre, iniciando desde su nacimiento.

**Apego precoz:** Llamado también contacto precoz, significa que el bebé fue puesto piel a piel con su madre, en la primera media hora después del parto, para propiciar el inicio de la lactancia materna.

**Atención preconcepcional:** conjunto de atenciones que se brindan a las mujeres en edad reproductiva previo al embarazo para identificar riesgos potenciales que pueden desarrollarse durante la gestación.

**Atención prenatal:** la serie de contactos entrevistas o visitas integrales, periódicas, sistemáticas y programadas de las embarazadas con el personal de salud, idealmente acompañada a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y la atención de la persona recién nacida.

**Consentimiento informado:** proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito asignado por el paciente, su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante se acepta procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

**Contacto piel con piel:** consiste en colocar al recién nacido desnudo, sobre el abdomen y tórax desnudo de la madre inmediatamente al nacer y durante las primeras tres horas de vida.

**Doula:** se refieren a las mujeres con experiencia en el embarazo, parto y puerperio que acompañan a la mujer embarazada y le brindan un apoyo físico y emocional continuo

**Embarazo:** parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la concepción, luego la implantación y termina con el nacimiento.

**Lactancia materna exclusiva:** a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos sucedáneos de la leche, durante los primeros seis meses de vida.

**Lactancia materna prolongada:** es la prolongación de la lactancia materna después de los seis meses de edad cumplidos hasta los dos años de edad o más.

**Método canguro:** es la atención a niñas y niños prematuros o de bajo peso al nacer manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre o acompañante, constituye un método sencillo y eficaz que proporciona bienestar tanto a los bebés como a sus madres favoreciendo la lactancia materna, paternidad activa, vínculo afectivo y potenciando el neurodesarrollo del recién nacido.

**Maternidad:** función reproductiva de la mujer que comprende la gestación, embarazo, parto y puerperio.

**Parto:** es la culminación fisiológica de todo el proceso del embarazo, que implica el nacimiento del feto de veintidós semanas o más, incluyendo placenta y sus anexos.

**Parto profesional:** persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel superior.

**Parto respetado:** modelo de atención del parto que toma en cuenta, de manera explícita y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio, persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero en condiciones de dignidad humana, donde la mujer y su bebé se convierten en sujeto y protagonistas de las decisiones y atenciones que reciben.

**Persona recién nacida:** periodo comprendido desde el nacimiento, hasta los veintiocho días de vida extrauterina.

**Profesionales de la salud:** médicos, enfermeras y/o parteras profesionales que atiendan a la mujer y el recién nacido durante el embarazo, parto y puerperio.

**Puerperio:** periodo que sigue al nacimiento del feto, en el cual los cambios anatómicos y fisiológicos propios del embarazo se revierten.

**Trabajo de parto:** periodo comprendido desde el inicio de las contracciones uterinas y que termina con el nacimiento del feto o extracción de este y sus anexos.