

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA MEDICINA**

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE  
MÉDICOS GENERALES**

**TÍTULO**

***“PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA RELATIVA A LA APLICACIÓN DE LA NORMA  
ESAMYN EN LOS COMPONENTES: PRENATAL, PARTO Y POST PARTO, Y LACTANCIA  
MATERNA, EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL ÁREA MATERNO INFANTIL DEL  
HOSPITAL IESS QUITO SUR, MARZO Y ABRIL, 2024.”***

**AUTORAS:**

**CLARA HILDA GUERRERO ANALUISA**

**LIZETH CRISTINA HARO MERINO**

**DIRECTOR: DR. ALEXIS VLADIMIR RIVAS TOLEDO**

**QUITO, ECUADOR**

**2025**

## Dedicatoria

A nuestras familias, por su amor incondicional, su paciencia infinita y su apoyo constante durante todo este camino. Sin ustedes, este triunfo no habría sido posible.

A nuestros amigos, por recordarnos lo que significa la verdadera amistad y acompañarnos en los momentos de estrés y celebración de cada pequeño avance.

A nuestros mentores, por guiarnos con su sabiduría, inspirarnos con su conocimiento, creer en nuestro potencial y por sembrar en nosotras la pasión por aprender y servir con excelencia.

A quienes, con silencios pacientes y fe firme, nos acompañaron estos últimos años. Gracias por recordarnos, sin decirlo, que todo esfuerzo tiene sentido cuando se camina con propósito. Qué no nos preocupemos, que todo se solucionará, que lo tomemos con calma

A todas las madres y a sus valientes bebés recién nacidos, por abrirnos las puertas de sus vidas y permitirnos acompañarlos en uno de los momentos más significativos y frágiles de la existencia. Su fortaleza, ternura y confianza nos regalaron una experiencia invaluable que quedará grabada en nuestra memoria y en nuestro corazón porque nos enseñaron que la ciencia y el conocimiento alcanzan su verdadero sentido cuando se ponen al servicio de la vida.

Y, especialmente, a ambas: por ser amigas y compañeras en este desafío, por motivarnos mutuamente en los momentos difíciles y por transformar este camino académico en una experiencia profunda, llena de aprendizaje, risas, lágrimas y amistad verdadera.

## **Agradecimientos**

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestro asesor de tesis, Dr. Alexis Rivas, por su invaluable guía, paciencia y dedicación durante todo este proyecto. Sus conocimientos, críticas constructivas y motivación fueron esenciales para alcanzar este logro académico.

Particularmente, un profundo agradecimiento al Dr. Andrés Espinosa quien nos guio con su experticia y dominio en la normativa ESAMyN, siendo un apoyo invaluable dentro del Hospital General del IESS Quito Sur por su disposición y apoyo constante a lo largo del desarrollo de esta tesis.

### **Agradecimientos: Clara Hilda Guerrero Analuisa.**

En primer lugar, expreso mi profunda gratitud a Dios y la Virgen Dolorosa “Lolita”, quienes con su infinita misericordia me han brindado la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar mi carrera médica.

A mis padres Jesús y Blanca, por el amor que me tienen, el apoyo constante y la confianza que han depositado en mí. Dios les pague por su paciencia infinita, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la perseverancia, la fe y la esperanza. Este logro es tanto suyo como mío, porque hoy soy la profesional que soy gracias a su dedicación silenciosa, a sus oraciones y a cada momento compartido, incluso en la distancia. Porque con su amor y guía me ha inspirado a perseverar en mis objetivos. Esta tesis es un pequeño reconocimiento a todo lo que han hecho por mí.

A mi hermana, a mis tíos y tías, a mis primas, primos, amigas y amigos, gracias por estar presentes con su cariño, su fe, sus palabras de aliento y su compañía. Han sido un regalo invaluable en este camino. Este logro también les pertenece, porque su apoyo fue luz, esperanza y fuerza.

A mi increíble coautora, ha sido un viaje inolvidable, lleno de desafíos, aprendizajes, noches largas y metas compartidas. No podría haber recorrido este camino con una mejor persona a mi lado. Tu talento, tu dedicación, tu apoyo incondicional y tu forma de ver el mundo hicieron de esta experiencia algo mucho más profundo que un trabajo académico. Gracias por recordarme siempre que juntas podemos con todo ¡Eres más que una coautora, eres mi amiga!

**Agradecimientos: Lizeth Cristina Haro Merino.**

A quien escuchó sin quejarse cada versión de esta tesis, aportó con ideas, corrigió mis errores y me abrazó cuando creí que no terminaría jamás: eres el héroe silencioso de estas páginas.

A ti, que tus ojos dejaron de brillar, pero nunca dejaron de iluminar mi camino. Gracias por ser mi compañera de cuatro patas en mis clases, por estar en las noches de desvelo siempre dándome tu compañía y enseñándome lo que no comprendía. Gracias por tus ladridos de ánimo cuando el cansancio estaba presente. Aunque no pudiste verme en este día, sé que donde estés, me mueves tu cola y saltas de alegría al verme llegar a la meta. Esta tesis también lleva tus huellas. Te amo mi dogtorita, siempre estás en mi corazón y en mi piel.

A mi coautora, gracias por ser esa amiga y aliada excepcional en este reto, tus ideas y compromiso fueron clave. Y a todos los que no mencioné, pero estuvieron en pequeña o gran medida: este logro también es suyo. Finalmente, a mí misma, por persistir hasta el final a pesar de todas las adversidades y demostrar que con esfuerzo y un poco de lágrimas, todos los sueños se cumplen.

## **Resumen**

El trabajo de titulación que lleva por título “Percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma ESAMyN en los componentes: prenatal, parto y post parto, y lactancia materna, en

las madres atendidas en el área materno infantil del Hospital IESS Quito sur, marzo y abril, 2024 es en una investigación cuantitativa (encuestas) y cualitativa (entrevistas etnográficas) llevada a cabo en el Hospital IESS Quito Sur, en el Distrito metropolitano de Quito Pichincha - Ecuador, perteneciente al segundo nivel de atención de salud y cuarto nivel de complejidad de la red Nacional de Atención de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Tuvo por objetivo principal describir y analizar la percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma en las madres atendidas en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, en los meses de marzo y abril del 2024.

Mismo que se cumplió a través de entrevistas y encuestas en todas las mujeres que cursaron su postparto mediano acorde con los ciertos criterios de inclusión y exclusión al momento de su alta hospitalaria. La población investigada para la parte cuantitativa estuvo conformada por todo el universo de madres que asistieron a finalizar su embarazo en dicho periodo. Mientras que la población cualitativa estuvo conformada por 52 madres que compartieron su experiencia a través de entrevistas.

Cuantitativamente se obtuvieron resultados muy similares a los que el hospital alcanzó en su certificación salvo a variaciones muy puntuales en temas como permisibilidad de ingesta de líquidos o alimentos durante la labor de parto, ofertamiento de la posibilidad de disponer su placenta y planificación familiar. En la investigación cualitativa de acuerdo a cada componente se identificó subcategorías como: relaciones sentimentales, accesibilidad, y psicoprofilaxis (componente prenatal), experiencias previas, acompañamiento del equipo médico, acompañante – familiar, manejo del dolor, apego precoz piel con piel (componente parto y postparto), asesoría en lactancia, conocimientos previos, continuación de la lactancia materna, condiciones maternas (componente lactancia materna), desconocimiento de la definición, acciones o comentarios del personal de salud (violencia obstétrica), acompañamiento permanente: familiar, sala gimnasia obstétrica en emergencia, citas subsecuentes y empatía del personal de salud (recomendaciones de los sujetos informantes).

En síntesis, el presente trabajo investigativo sí cumple con su objetivo general y específicos, resolviendo el problema de investigación y aportando con información cuantitativa y cualitativa para una mejora continua en el mantenimiento de la aplicación de la normativa ESAMyN en el HQSUR.

## Índice de Contenidos

Dedicatoria .....	I
Agradecimientos .....	II
Resumen .....	III
Índice de Contenidos .....	VI
Índice de Tablas .....	IX
Índice de Figuras .....	X
<b>1. CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción.....	1
1.2. Justificación.....	3
1.3. Problema de Investigación .....	5
1.4. Objetivos .....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos .....	6
<b>2. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1. Violencia Obstétrica .....	7
2.1.1. Definición .....	9
2.1.2. Epidemiología.....	13
2.1.3. Situaciones de vulnerabilidad y ¿cómo se presenta? .....	14
2.1.4. Consecuencias de la violencia obstétrica .....	16
2.1.5. Actores sociales que trabajan en defensa de la violencia obstétrica.....	18
2.1.6. Medidas implementadas .....	19
2.2. Normativa ESAMyN .....	25
2.2.1. Definición .....	25
2.2.2. Componentes .....	27
<b>3. CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....</b>	<b>77</b>

3.1.	Problema de Investigación .....	77
3.2.	Hipótesis operativa .....	78
3.3.	Metodología .....	78
3.3.1.	Tipo de estudio / Diseño metodológico de la investigación.....	78
3.3.2.	Fase cuantitativa .....	78
3.3.3.	Fase cualitativa.....	82
3.3.4.	Criterios de selección .....	85
3.3.5.	Organización de resultados .....	86
3.4.	Consideraciones éticas.....	87
3.5.	Incorporación de la perspectiva de género utilizada en la investigación .....	88
4.	Capitulo IV RESULTADOS .....	90
4.1.	Descripción de Hospital General IESS QUITO SUR .....	90
4.2.	Análisis Cuantitativo.....	98
4.3.	Análisis Cualitativo.....	120
4.3.1.	Perfil de las informantes.....	121
4.3.2.	Delimitación de categorías y subcategorías utilizadas en la sistematización de la información .....	129
4.3.3.	Voces maternas: percepciones en prenatal, parto, posparto, lactancia, violencia obstétrica y recomendaciones .....	133
4.4.	Limitantes de la investigación.....	191
5.	Capítulo V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	192
5.1.	Conclusiones.....	192
5.1.1.	Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Componente Prenatal .....	193
5.1.2.	Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Componente parto y posparto	195
5.1.3.	Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Componente lactancia .....	199
5.1.4.	Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Visión de Futuro .....	202
5.1.5.	Conclusiones Cualitativas: Violencia Obstétrica .....	203

5.1.6.	Conclusiones Generales .....	205
5.2.	Recomendaciones .....	206
5.2.1.	Recomendaciones para el sistema de salud IESS.....	206
5.2.2.	Recomendaciones para el personal de salud IESS Quito Sur.....	206
5.2.3.	Recomendaciones acerca de las instalaciones IESS Quito Sur.....	208
5.2.4.	Recomendaciones administrativas al IESS Quito Sur .....	208
5.2.5.	Recomendaciones para el personal de guardianía.....	209
5.2.6.	Recomendaciones para los familiares.....	209
5.2.7.	Recomendaciones para futuros investigadores / tesisistas.....	209
6.	DECLARATORIO DE CONFLICTO DE INTERÉS.....	211
7.	ANEXOS .....	212
7.1.	Consentimiento informado: encuesta cuantitativa .....	212
7.2.	Consentimiento informado: entrevista cualitativa .....	214
7.3.	Encuesta cuantitativa.....	216
7.4.	Entrevista cualitativa.....	218
8.	REFERENCIAS CITADAS.....	219

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Signos de alarma en el binomio madre e hijo.....	56
<b>Tabla 2</b> Relación existente entre el tipo de parto y la interrupción de la lactancia materna exclusiva. ....	64
<b>Tabla 3</b> Descripción de variables cuantitativas .....	79
<b>Tabla 4</b> Cálculo de muestra para la recolección de entrevistadas .....	83
<b>Tabla 5</b> Descripción de variables cualitativas etnográficas .....	83
<b>Tabla 6</b> Estadística de Recién Nacidos Vivos de Enero a septiembre del 2024 en el HQSUR 98	
<b>Tabla 7</b> Perfil inicial de las informantes propuesto por las investigadoras.....	121
<b>Tabla 8</b> Perfil de las informantes post trabajo de campo realizado por las investigadoras .....	122
<b>Tabla 9</b> Perfil de informantes de las 52 entrevistas semiestructuradas realizadas por las investigadoras .....	124
<b>Tabla 10</b> Indicadores cualitativos. Definición conceptual de categorías .....	131

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Parto ESAMyN: Manejo del dolor no farmacológico .....	92
<b>Figura 2</b> Trabajo de parto en libre posición en compañía de familiar. ....	93
<b>Figura 3</b> Libre posición para el trabajo de parto en compañía de familiar. ....	94
<b>Figura 4</b> Ayuda por parte del personal de salud en el inicio de la lactancia materna y apego precoz del recién nacido. ....	95
<b>Figura 5</b> Ayuda por parte del personal de salud al promover el primer contacto con la madre	96
<b>Figura 6</b> Apego precoz piel con piel tras el nacimiento y posterior inicio de lactancia .....	97
<b>Figura 7</b> Edad al momento de contestar la encuesta (correspondiente a pregunta 1) .....	99
<b>Figura 8</b> ¿A qué entidad pertenece la unidad médica donde se realizó la mayoría de sus controles prenatales? (correspondiente a la pregunta 2) .....	99
<b>Figura 9</b> ¿Durante todo su embarazo con qué frecuencia asistió a los controles prenatales? (correspondiente a la pregunta 3) .....	100
<b>Figura 10:</b> ¿Durante todo su embarazo con qué frecuencia asistió a las sesiones de educación prenatal (psicoprofilaxis) o gimnasia obstétrica? (correspondiente a la pregunta 4) .....	101
<b>Figura 11</b> ¿Se encuentra satisfecha con la información brindada sobre el plan de parto y libre elección de su acompañante? (correspondiente pregunta 5).....	102
<b>Figura 12:</b> ¿Está usted de acuerdo sobre la importancia de conocer al menos dos signos de alarma sobre usted y su hijo? (correspondiente pregunta 6) .....	103
<b>Figura 13</b> ¿Qué tan importante es para usted realizarse pruebas de VIH y sífilis durante su gestación? (correspondiente a la pregunta 7).....	104
<b>Figura 14:</b> Seleccione el medio por el cuál culminó su embarazo (correspondiente a la pregunta 8) .....	105
<b>Figura 15:</b> ¿En la consulta médica o al ingreso le informaron que puede tener un acompañante de su elección durante todo el trabajo de parto o cesárea y los beneficios que esto aporta? (correspondiente a la pregunta 9) .....	106
<b>Figura 16:</b> ¿Durante su trabajo de parto en el centro obstétrico, unidades de parto o quirófanos, percibió un ambiente apropiado, acogedor y respetuoso? (correspondiente a la pregunta 10) .....	107
<b>Figura 17:</b> ¿Le permitieron la ingesta de líquidos o alimentos durante su labor de parto y al finalizar el parto/cesárea le consultaron como disponer de su placenta? (correspondiente de la pregunta 11).....	108

<b>Figura 18:</b> Si tuvo parto vaginal ¿El personal médico le alentó a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto y asistirle para que asuma la posición de su elección? (correspondiente a la pregunta 12).....	109
<b>Figura 19</b> ¿Conoce al menos una forma de calmar el dolor y estar más cómoda durante el trabajo de parto, y si se le pidiera mencionar al menos una lo haría? (corresponde a la pregunta 13)	110
<b>Figura 20:</b> ¿Fueron necesarios procedimientos invasivos ej: cesárea, corte vaginal, ruptura artificial de membranas, colocación de oxitocina, mismo que fueron explicados hasta su comprensión por el personal de salud? (correspondiente a la pregunta 14) .....	111
<b>Figura 21:</b> ¿Se le permitió tener contacto piel con piel inmediata con su hijo/a para proporcionarle abrigo y apego de no ser así le explicaron claramente las razones médicas? (correspondiente a la pregunta 15) .....	112
<b>Figura 22:</b> ¿Fue informada sobre los procedimientos a realizar en su bebe como medidas de talla y peso, limpieza ocular y administración de vitamina K en la misma sala donde usted fue atendida? (corresponde a la pregunta 16) .....	113
<b>Figura 23:</b> ¿Su acompañante mantuvo una interacción activa durante todo el parto, permitiéndole interactuar con el recién nacido? (correspondiente a la pregunta 17) .....	114
<b>Figura 24:</b> ¿Durante su hospitalización se le alentó para que su bebe sea alimentado exclusivamente con leche materna enseñándole varias técnicas de amamantamiento? (correspondiente a la pregunta 18) .....	115
<b>Figura 25:</b> ¿Se le entregó información sobre la evolución del recién nacido todas las veces que papá o mamá lo requieran? (corresponde a la pregunta 19) .....	116
<b>Figura 26:</b> ¿Fue asesorada sobre métodos de planificación familiar las veces que usted necesito, solventándose todas sus dudas sobre planificación familiar? (corresponde a la pregunta 20) .....	117
<b>Figura 27:</b> ¿Desde el nacimiento de su bebe permaneció correctamente identificado por una manilla o brazalete? (corresponde a la pregunta 21) .....	118
<b>Figura 28:</b> ¿Al momento del alta se le dio la indicación sobre asistir al primer control de la madre y del recién nacido, solventando todas sus dudas? (corresponde al gráfico 22).....	119
<b>Figura 29:</b> ¿Cómo evaluaría usted la atención brindada dentro del Hospital? (corresponde a la pregunta 23).....	120
<b>Figura 30</b> Indicadores cualitativos. Categorías y subcategorías (Realizado por las autoras) .	130
<b>Figura 31</b> Esquema Sistémico de Giddens: Componente Prenatal .....	141
<b>Figura 32</b> Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Componente Prenatal .....	142
<b>Figura 33</b> Esquema de Giddens del componente parto y postparto: Sistema Familiar .....	153

<b>Figura 34</b> Esquema Sistémico de Giddens del componente parto y postparto: Servicio Hospitalario .....	154
<b>Figura 35</b> Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Componente Parto y Postparto .....	155
<b>Figura 36</b> Esquema Sistémico de Giddens del componente lactancia materna .....	166
<b>Figura 37</b> Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Componente Lactancia Materna .....	167
<b>Figura 38</b> Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Violencia Obstétrica .....	175
<b>Figura 39</b> Esquema Sistémico de Giddens: Violencia Obstétrica .....	176
<b>Figura 40</b> Esquema Sistémico de Giddens: Visión a Futuro .....	189
<b>Figura 41</b> Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Visión a Futuro .....	190

# 1. CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe como una experiencia de parto positiva aquella que satisface las expectativas o creencias personales previas. Esto quiere decir que dar a luz a un bebé sano y sin riesgos, por medio de un parto humanizado y culturalmente adecuado con la asistencia de un personal clínico, amable y competente es lo que se busca (Ramos González et al., 2023).

Sin embargo, esta misma organización nos menciona como, para el año 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres en el embarazo, parto y puerperio, en su mayoría producidas en países de bajos ingresos económicos (MSP, 2020a). Cabe recalcar que la violencia obstétrica para el año 2019, marcó un hito histórico ya que, se la declaró vulneración de los derechos humanos.

Pasándonos a un contexto de país las cifras obtenidas en el Ecuador dictaminan que 42 de cada 100 mujeres experimentan violencia obstétrica al menos una vez en su vida (Ledezma Muñoz et al., 2023).

Además, Ecuador ha sido considerado como el segundo país en la región con el mayor número de casos de anemia y desnutrición infantil. Por lo que, implementar esta normativa es de gran beneficio, conjuntamente que incrementa el involucramiento de la pareja, no abandono de la lactancia materna, asegurando una atención medica de calidad y calidez y aumentando los beneficios físicos, psicosociales, y emocionales para el binomio (Lema & Mejías, 2023).

ESAMyN es una normativa que certifica a los establecimientos de salud como Amigos de la Madre y del Niño, a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador desde septiembre del 2016. Siempre y cuando cumplan con una atención integral y de calidad a la madre y al recién

nacido durante todo su proceso de gestación y periodo de lactancia, con esto se busca erradicar cualquier práctica que desencadene en violencia obstétrica (UNICEF, 2018).

La normativa ESAMyN está estructurada en cuatro ejes principales: general, prenatal, parto y posparto, y lactancia materna. El eje general busca socializar la norma mediante procesos educativos y capacitaciones dirigidas a la población. A su vez, el componente prenatal incorpora controles médicos, pruebas y tratamientos para VIH y sífilis, así como la opción de acompañamiento con parteras y medicina ancestral conforme a la decisión de la madre.

El componente de parto y posparto contempla el acompañamiento a la gestante desde el inicio del trabajo de parto hasta la culminación del puerperio, en un entorno acogedor y respetuoso de las prácticas interculturales. Se promueve el parto en libre posición, con la posibilidad de elegir entre métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor. Durante el nacimiento se fomenta el apego precoz y, posteriormente, se ofrece a la madre consejería en planificación familiar, cuidados y signos de alarma tanto para ella como para el recién nacido. Además, se garantiza el acceso a un primer control de salud tras el alta médica.

Finalmente, se encuentra el componente de lactancia materna, en el que se busca brindar información, técnicas y capacitaciones sobre los beneficios y manejo. Ayudando a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora tras el parto, a través de un alojamiento conjunto las 24 horas del día, por último, se refiere a las madres a los grupos de apoyo de lactancia materna al alta (MSP, 2021).

En el Ecuador, ya se han realizado investigaciones acerca de la aplicación de la normativa ESAMyN, en donde se evidencia su utilidad, sin embargo, no se muestra cuál es la perspectiva de las madres y sus experiencias en torno a un proceso de gran importancia en la vida de una mujer.

Así es como, en un trabajo realizado en la provincia de Manabí, se evidencia, que es necesario el cumplimiento de la normativa con el objetivo de reducir los procedimientos

innecesarios y conocer cuáles son los posibles riesgos a los cuales se puede enfrentar el personal de salud durante el parto o posparto. No obstante, se encontraron dos limitantes principales en este estudio, la falta de conocimiento por parte del personal y el déficit de insumos necesarios (Briones, 2022).

En otros estudios, se ha preferido solo investigar acerca de uno de los componentes de la normativa, en este caso de la lactancia materna y su cumplimiento. El primer estudio es realizado en la ciudad de Ambato (Calapiña & Paredes, 2022), el segundo en la ciudad de Quito – Yaruquí (Jacome, 2019), en donde se vuelve a evidenciar la falta de conocimiento por parte del personal de salud sobre el tema y la importancia en la capacitación de los mismos, para obtener resultados positivos que mejoren la experiencia de las madres y sus recién nacidos en este proceso.

A partir de lo expuesto, se concluye que en el Ecuador no existen investigaciones desde una perspectiva antropológica que recojan los relatos de percepción y experiencia de las madres en torno al cumplimiento de la normativa y al beneficio que representa para ellas contar con mayor poder de decisión en este proceso tan trascendental de sus vidas. En consecuencia, la presente investigación busca recopilar testimonios de las madres, con el propósito de proponer mejoras en el sistema de salud desde la mirada de las pacientes obstétricas.

## **1.2. Justificación**

Según datos proporcionados por ENSANUT en el año 2018, se considera que el parto institucional comprende el 95,6% en nuestro país con un 4,4% restante correspondiente al parto domiciliario (INEC, 2018).

En este sentido, el cumplimiento de la normativa tiene el potencial de reforzar de manera positiva la vida de las madres y de los niños puesto que, su objetivo principal es reducir las probabilidades de enfermedad, deficiencia, discapacidad y muerte (Ortiz Pinargoti & Medrano Vera, 2021). Para el constante cumplimiento, es importante caracterizar las barreras potenciales

y desafíos para los distintos actores involucrados (Oliveira et al., 2020), definitivamente es un tema de interés, porque la normativa ESAMyN es una herramienta que permite garantizar los derechos de las madres y sus hijos.

Siendo conscientes que el parto humanizado hace uso de los principios éticos y defiende los derechos del binomio (Choez Zabala & Cardenas Heredia, 2023), nos motiva y anima a investigarlo desde una mirada con la que pretendemos dar la relevancia social al HQSUR por ser el primer hospital IESS en obtener la certificación ENSAMyN.

Debe señalarse que la normativa ESAMyN constituye más que un marco regulador de los cuatro ejes que abarcan la gestación y el nacimiento. Su propósito central es garantizar atención sanitaria de calidad, con enfoque humanizado, que brinde amplios beneficios a la madre, al recién nacido y a la familia, fortaleciendo tanto el acompañamiento durante el embarazo como la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Un elemento clave es como su propósito termina siendo el brindar un parto humanizado considerando la interculturalidad de las madres, fomentando, apoyando y protegiendo la lactancia materna, de allí su nombre amigo de la madre y del niño.

A través de su aplicación, se asegura una atención médica de calidad, al brindar beneficios físicos, psicosociales, y emocionales para el binomio y su familia.

Ante lo mencionado, se estableció como prioritaria la aplicación de la normativa ESAMyN en los establecimientos de salud que atienden a madres y recién nacidos. Desde septiembre de 2016, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador promovió su implementación como una estrategia nacional.

Se justificó plenamente la realización del presente estudio, ya que, al emplear una metodología cuantitativa y cualitativa, se propuso como una base sólida para futuras recomendaciones orientadas a mejorar o transformar la atención en el área materno-infantil. El trabajo proporcionó al Hospital IESS Quito Sur (HQSUR) información cualitativa y cuantitativa

sobre la percepción y las experiencias narradas por las madres beneficiarias de la implementación de la normativa tras su certificación. De esta manera, se midió en los meses de marzo y abril de 2024 el nivel de percepción y experiencias de las mujeres atendidas en el área materno-infantil.

### **1.3. Problema de Investigación**

Según datos de la OMS para el año 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres en el embarazo, parto y puerperio, en su mayoría producidas en países de bajos ingresos económicos (MSP, 2020a). La violencia obstétrica para el año 2019 se declaró vulneración de los derechos humanos. En Ecuador 42 de cada 100 mujeres experimentan violencia obstétrica al menos una vez en su vida (Bernarda Ledesma Muñoz et al., 2023).

La realidad estadista motiva a la implementación de establecimientos de salud amigos de la madre y del niño en casi todos los países del mundo. Para el año 2017, apenas el 10 % de los nacimientos en el mundo se produjeron en hospitales acreditados como cumplidores de la normativa (UNICEF/OMS, 2018).

El 10 de agosto de 2023, el Hospital IESS Quito Sur obtuvo la certificación en la aplicación de la normativa ESAMyN. A partir de dicha fecha, se evidenció la ausencia de estudios cualitativos y cuantitativos que valoraran la percepción y las experiencias en torno a la implementación de la norma. Esta situación motivó el planteamiento de la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción y experiencia relativa a la aplicación de la normativa ESAMyN en los componentes: prenatal, parto y post parto, y lactancia materna, en las madres atendidas en el área materno infantil del hospital IESS Quito sur, marzo y abril, 2024?

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo General**

Describir y analizar la percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma en las madres atendidas en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.

#### **1.4.2. *Objetivos Específicos***

1. Analizar la percepción del periodo prenatal, parto y post parto inmediato, y lactancia en las madres que asistieron a finalizar su embarazo en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.
2. Describir las experiencias maternas durante el periodo prenatal, parto -postparto, y lactancia en las madres que asistieron a finalizar su embarazo en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.
3. Proporcionar información cualitativa y cuantitativa que permitan una mejora continua en la constante aplicación de la norma el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur.

## 2. CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Violencia Obstétrica

La OMS sostiene que una experiencia de parto positiva se define por la satisfacción de la madre en relación con sus expectativas y creencias previas al nacimiento. En este sentido, dar a luz a un recién nacido sano y sin complicaciones, mediante un parto humanizado y culturalmente pertinente, acompañado por un personal capacitado, competente y respetuoso, constituye el ideal de un parto positivo. (Ramos González et al., 2023).

No obstante, la OMS indicó que en 2015 se estimaron alrededor de 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, la mayoría de ellas registradas en países de bajos ingresos económicos (MSP, 2020a). Ecuador ocupó el segundo lugar en la región en cuanto a anemia y desnutrición en la población infantil (Lema & Mejías, 2023). Esos y más datos epidemiológicos encontrados a lo largo de esta investigación, nos muestran que es importante visibilizar este acto de violencia, siendo así que, en el año 2019 se marca un hito histórico al declarar la violencia obstétrica como vulneración de los derechos humanos (Ledesma Muñoz et al., 2023).

Considerando lo expuesto, la implementación de la Normativa ESAMyN representa un beneficio significativo para la madre, el recién nacido y su núcleo familiar cercano, ya que fomenta la participación activa de la pareja, la continuidad de la lactancia materna y una experiencia de parto positiva. De esta manera, se promueve una atención médica con calidad y calidez que garantice beneficios físicos, psicosociales y emocionales para el binomio madre-hijo (Lema & Mejías, 2023).

Esto conduce a profundizar en el estudio de la Normativa ESAMyN, la cual, desde septiembre de 2016, certifica a los establecimientos de salud como Amigos de la Madre y del

Niño a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Para obtener dicha certificación, los centros deben garantizar una atención integral y de calidad a la madre y al recién nacido durante la gestación y la lactancia. Esta normativa respalda además la erradicación de cualquier práctica que pueda derivar en violencia obstétrica (UNICEF, 2018).

La normativa ESAMyN está organizada en cuatro componentes: general, prenatal, parto y posparto, y lactancia materna. El componente general introduce a la población en la normativa a través de educación y capacitación, en tanto que el componente prenatal incorpora controles médicos, pruebas y tratamiento de VIH y sífilis, además de permitir, si la madre lo desea, la participación de parteras y el uso de medicina ancestral (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

El tercer componente comprende el proceso de parto y posparto, garantizando acompañamiento continuo de una persona libremente escogida por la gestante, un ambiente de respeto a las prácticas culturales y la opción de métodos de manejo del dolor tanto farmacológicos como no farmacológicos. Asimismo, se impulsa el apego precoz, la orientación en planificación familiar y cuidados maternos y neonatales, junto con la garantía de un primer control de salud luego del alta hospitalaria (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

Como parte final, el componente de lactancia materna busca ofrecer a las madres conocimientos, técnicas y entrenamientos que resalten las ventajas de la leche materna y promuevan prácticas adecuadas en el cuidado y alimentación del recién nacido.

Este componente tiene por objetivo promover la lactancia materna desde el nacimiento, por medio del alojamiento conjunto, y que continúe siendo exclusiva por al menos seis meses

brindando la posibilidad de recibir un apoyo externo de los grupos de lactancia materna (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

Las investigaciones previas en el Ecuador acerca de la normativa ESAMyN confirmaron su relevancia, pero omitieron la experiencia de las madres como eje de análisis. En un estudio realizado en Manabí se concluyó que el cumplimiento de la norma era indispensable para disminuir prácticas innecesarias y reconocer los riesgos presentes durante el parto y el posparto. No obstante, se identificaron dos limitantes fundamentales: el bajo nivel de conocimiento del personal de salud y la carencia de insumos (Briones, 2022).

Diversos trabajos de investigación se centraron exclusivamente en uno de los aspectos de la normativa, priorizando el componente de la lactancia materna y su aplicación. El primer estudio es realizado en la ciudad de Ambato (Calapiña & Paredes, 2022) y el segundo en la ciudad de Quito – Yaruquí (Jacome, 2019), en donde se refleja la insuficiente preparación del personal de salud y la urgencia de fortalecer su capacitación, con el objetivo de generar resultados que favorezcan tanto a las madres como a sus recién nacidos.

A partir de lo expuesto, se concluye que en el Ecuador no existen investigaciones con un enfoque antropológico que integren metodología cualitativa etnográfica y cuantitativa bioestadística sobre la percepción y experiencia de las madres respecto al cumplimiento de la normativa ESAMyN durante la gestación, el parto, el posparto y la lactancia materna. En este contexto, el presente trabajo de investigación busca recopilar los testimonios de las madres mediante sus percepciones y contrastarlos con la información obtenida a través de encuestas. El objetivo es proponer mejoras en el sistema de salud desde la perspectiva de las pacientes obstétricas.

### **2.1.1. Definición**

Para abordar el tema de la violencia obstétrica es esencial comenzar desde sus fundamentos, por lo que daremos inicio con su definición; misma que a lo largo del tiempo ha sido conceptualizada de diversas maneras con el objetivo de acuñarle un concepto específico a esta problemática. Esencialmente, la definición de violencia obstétrica se ampara en la protección de los derechos fundamentales del ser humano desde un marco normativo que resguarda estos derechos.

A pesar de que por varios siglos la violencia de género ha sido muchas veces invisibilizada, se ha marcado el inicio de una nueva historia en el reconocimiento de los derechos de las mujeres (García García, 2018). En este sentido, los derechos humanos desempeñan un papel fundamental, y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, ha sido clave en la formulación de diversas definiciones sobre el maltrato durante el proceso de atención prenatal, parto y postparto, actualmente sintetizado en la palabra “violencia obstétrica” (De las Naciones Unidas, 1948).

Al adentrarnos en el mundo de la violencia obstétrica es preciso conocer que, al ser un tema tan polémico la Asamblea General de las Naciones Unidas para el año de 1993 emite una declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, resolución 48/104 artículo 1, mencionando la definición de violencia de género como: “todo aquel acto que tenga o pueda resolverse en un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer” (ONU, 1993).

De ahí que, dentro de cada continente se fue introduciendo sus propias leyes que han contribuido a la conceptualización de violencia obstétrica. En el contexto europeo, un hito significativo ocurrió en diciembre de 2004, con la aprobación en España de la Ley Orgánica 1/2004, que aborda las Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En este país, la violencia obstétrica se considera como parte integral de la violencia dirigida contra las pacientes. El fundamento de este enfoque se halló en la Constitución Española, que en su artículo 43, apartado 1, garantizaba el derecho a la salud. A partir de ello, la legislación reconoció

la necesidad de proteger a las mujeres durante la atención obstétrica y adoptó disposiciones orientadas a prevenir y sancionar la violencia de género en dicho ámbito (García García, 2018).

En referencia con el continente americano, en específico en la zona de América Latina en la década pasada fue necesario introducir un nuevo concepto sobre violencia obstétrica, con el objetivo de proteger los derechos de las mujeres desde que inicia el proceso de concepción hasta el nacimiento de sus hijos. A partir de esta necesidad nace el término de violencia obstétrica en este continente, buscando dar una mayor visibilización a toda aquella práctica inhumana provocada por el personal de salud, bien sea por violencia física o psicológica sobre la mujer (Quattrocchi, 2018).

Por otro lado, dentro de la terminología legal se conoce a la violencia obstétrica como todo aquel acto realizado con o sin asentimiento que perjudique de forma física, psicológica o biológica al proceso natural del parto, a través de un abuso de intervenciones médicas y trato deshumanizado afectando al cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres (Quattrocchi, 2018).

De acuerdo con la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018), el artículo 10, literal g, definió la violencia obstétrica como toda acción u omisión que restringía el derecho de las mujeres, embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Asimismo, el artículo 10, literal f, señaló que esta forma de violencia se ejercía mediante prácticas invasivas o actos de maltrato físico o psicológico (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2018).

Adicionalmente, la violencia obstétrica ha sido definida como una relación de dominio o supremacía por parte del sistema de salud en las decisiones sobre el cuerpo de las mujeres (Villamil et al., 2019) o también como cualquier tipo de prácticas en las que se apropie del cuerpo de la mujer y su proceso de reproducción causando consecuencias tanto físicas como mentales en la mujer y su hijo (Bernarda Ledesma Muñoz et al., 2023).

En su intervención en el II Seminario Internacional de Violencia Obstétrica, Virginia, a través de la ponencia *“El concepto de violencia obstétrica y su evolución”*, explicó que esta problemática no solo respondía a factores clínicos, sino también a elementos culturales, sistémicos, estructurales, políticos y económicos. En su definición, la violencia obstétrica se concebía como el resultado de una cultura biomédica del parto que se reproducía en los contextos institucionales (Murialdo, 2021).

Luego de haber obtenido una comprensión general sobre cómo definir la violencia obstétrica, resulta crucial destacar la afirmación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece el derecho de cada mujer a recibir atención médica antes, durante y después del embarazo de manera digna y respetuosa (World Health Organization, 2014). Por eso, cuando los profesionales de la salud perpetran violencia obstétrica durante este proceso, están sin lugar a duda, infringiendo los derechos fundamentales de la mujer que incluyen la dignidad, la intimidad, la autonomía y la integridad física de las mismas.

Finalmente, para manejar la violencia obstétrica desde una realidad cultural, los organismos competentes han propuesto una guía técnica para la atención del parto desde un enfoque intercultural. De esta guía es que se define a la violencia como todo aquel componente que conlleve a la violación, privación de los derechos sexuales y reproductivos y dificulte el acceso oportuno a la atención médica (Torres Terán et al., 2008).

En resumen, la violencia obstétrica no se limita al momento del parto puesto que está arraigada en sistemas más amplios de inequidad, discriminación e injusticia social. Mismos sistemas que pueden incluir normativas institucionales, prácticas culturales adaptadas y estructuras de poder patriarcales que terminan perpetuando en la desigualdad de género. La lucha contra la violencia obstétrica requiere un enfoque integral que aborde tanto sus manifestaciones individuales como sus raíces estructurales (Mazuera Ayala, 2021). Para abordar efectivamente la violencia obstétrica podemos empezar conociendo sus datos epidemiológicos.

La frecuencia y la probabilidad de experimentar esta violencia son temas que vamos a explorar en la siguiente sección.

### **2.1.2. Epidemiología**

Los datos epidemiológicos nos ayudan a visibilizar como a nivel internacional y nacional se encuentra el estado de vulnerabilidad de los derechos humanos de las mujeres en estado de gestación. Las cifras estadísticas sobre cómo se encuentra esta situación en diferentes países del mundo, son las siguientes:

Desde una estadística internacional, en los países latinoamericanos se estima que el 43% de las mujeres han sufrido al menos una forma de violencia durante el parto. En Brasil, se realizó un estudio en donde se obtuvieron datos que reportaron al menos un 44% de mujeres en estado de gravidez víctimas de algún acto de violencia física o psicológica, falta de información y pérdida de autonomía (Leite et al., 2023).

Pasándonos al continente europeo en España, los datos de percepción de violencia obstétrica por parte de las madres son de 38.3%, con una percepción de procedimientos innecesarios o dolorosos del 44.4% y en el 83.4% de estos casos no se tomó en cuenta el uso del consentimiento informado (Mena-Tudela et al., 2020).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) desarrolló en 2019 la segunda *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y la Violencia de Género contra las Mujeres*, conocida como ENVIGMU 2019, como parte de sus esfuerzos por visibilizar esta problemática en el Ecuador arrojando cifras sorprendentes sobre el tema. La violencia gineco obstétrica en el área rural obtuvo una cifra de 54.8%, mientras que en la urbanidad alcanzó el 44.7% siendo la población más afectada las mujeres indígenas y mujeres sin nivel educativo o analfabetas. Las provincias de Morona Santiago, Imbabura y Carchi son las que encabezan la lista de violencia gineco obstétrica en nuestro país, mientras que, las provincias de menor puntaje fueron Santa Elena, Manabí y Galápagos (INEC, 2019b).

La investigadora Bernarda Ledesma, en estudios realizados en Ecuador en 2021, indicó que el 48 % de las mujeres se sintieron vulneradas por el personal de salud, mientras que el 42 % refirió haber sido víctima de violencia obstétrica al menos en una ocasión a lo largo de su vida (Ledesma Muñoz et al., 2023). Analizando todo lo anteriormente mencionado, podemos referir que el porcentaje de violencia obstétrica en la urbanidad del Ecuador es similar al porcentaje de Brasil y España, sin embargo, la violencia obstétrica en la ruralidad tiene porcentajes más altos.

En conclusión, la epidemiología de la violencia obstétrica nos ayuda a concientizarnos sobre la importancia de tomar acciones sobre este tema, convirtiéndolo en un tema de interés de investigación para así poder ofertar sugerencias acordes a los datos estadísticos encontrados y realizar un primer enfoque en las poblaciones con más riesgo. Abordar la violencia obstétrica implica comprender las circunstancias de vulnerabilidad en la que se han encontrado las víctimas de este fenómeno. Sin duda, existen diversas maneras en las que se manifiesta la violencia obstétrica, las cuales detallamos en la siguiente sección.

### **2.1.3. Situaciones de vulnerabilidad y ¿cómo se presenta?**

Una situación de vulnerabilidad se caracteriza por ser un estado o condición en el que una persona o grupo enfrenta un mayor riesgo de sufrir daños o dificultades, ya sea en términos físicos, emocionales, sociales o económicos. En el contexto de la violencia obstétrica, abarca cualquier condición que aumente la probabilidad de que una mujer embarazada o durante el proceso de parto, sea propensa a experimentar maltrato o abuso durante su atención médica (Saucedo et al., 2021). Estas condiciones hacen que las mujeres sean más propensas a vivir experiencias negativas en el ámbito obstétrico.

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2019), se deben reconocer las situaciones en las que se pueden ver comprometidas las mujeres y ser víctimas de violencia física, sexual o psicológica:

- *Controles prenatales rápidos y poco humanizados: en los cuales no se toma en cuenta a la madre como ser humano, sino como una situación que debe ser abordada desde un procedimiento mecánico.*
- *Falta de uso y explicación del consentimiento informado previo a cualquier procedimiento.*
- *Uso de vocabulario indebido o inapropiado que fomenta el maltrato verbal o psicológico a la madre durante su expresión de dolor en el trabajo de parto, a través de frases como:*
  - *“Deje de quejarse”.*
  - *“No haga tanto escándalo”.*
  - *“No sea floja”.*
  - *“No grite”.*
  - *“¡Usted no ayuda! — ¡Puje!”.*
  - *“Deje de quejarse y empiece a pujar, que así su hijo no va a nacer”.*
- *“Si el bebé no nace es porque usted no colabora”. No permitir el ingreso de un familiar o acompañante de libre elección al trabajo de parto.*
- *Realización de cesáreas innecesarias.*
- *No brindar espacios de privacidad a la madre, principalmente en procedimientos médicos como los tactos vaginales.*
- *Abandono por largos periodos de tiempo a las madres embarazadas en periodo de dilatación del cuello del útero.*
- *No permitir el uso de vestimenta de su elección.*

En el XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología celebrado en el año 2019 (Borges Damas et al., 2021), también se mencionaron algunas de las manifestaciones de violencia obstétrica:

- Posición en el momento del parto.
- Impedimento del apego inmediato.
- Una rápida atención en el servicio sin solventar dudas.
- Realización de procedimientos innecesarios o injustificados.
- Falta de acompañantes en el momento del parto.

La OMS menciona algunas de las características que poseen las madres para tener una mayor posibilidad de recibir un trato irrespetuoso y ofensivo; entre ellas las siguientes (World Health Organization, 2014):

- Ser adolescente
- Soltera
- Nivel socioeconómico bajo
- Pertener a una minoría étnica
- Inmigrante
- Ser portadora de VIH

En México, las mujeres indígenas son un grupo vulnerable y algunos determinantes sociales incrementan esta vulnerabilidad en el proceso de embarazo, entre ellos (Range et al., 2019):

- Edad de la madre (adolescentes o adultas que sobrepasan los 40 años)
- Alfabetización
- Bajo nivel económico
- No hablar castellano

En Ecuador, a través del estudio “*Experiencias relacionadas con la violencia obstétrica y el parto en entidades de salud públicas en Quito – Ecuador*” (Brandão et al., 2018), se visibiliza los siguientes factores de riesgo para ser víctimas propensas a la violencia obstétrica:

- Mujeres de 20 a 39 años
- Pertenecer a una etnia indígena o mestiza
- Contar con una educación primaria o bachiller

En síntesis, podemos notar la presencia de diversos factores y circunstancias que contribuyen, predisponen y aumentan la probabilidad de vivir la experiencia de violencia obstétrica. Esto, a su vez, conlleva a enfrentar consecuencias adversas tanto en el ámbito físico como psicológico para las mujeres que han experimentado este tipo de maltrato.

#### **2.1.4. Consecuencias de la violencia obstétrica**

Cada madre que haya sufrido violencia durante su proceso de embarazo puede presentar ciertas consecuencias psicológicas y emocionales tras vivir dicha experiencia traumática, tanto es el daño que se puede llegar a producir que se ha llegado a comparar la vivencia de violencia obstétrica con el haber sido víctima de violencia sexual, esta conclusión se llegó debido a los relatos expuestos por las madres. Las mujeres víctimas de violencia en su proceso de embarazo o parto expresaron que experimentaron sentimientos de culpa, victimización, baja autoestima e ira, estas emociones pudiesen repercutir en el futuro para desarrollar estrés postraumático y depresión posparto (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022).

Sin duda, las repercusiones tanto para la madre como para el bebé son serias, puesto que los efectos emocionales ocasionados por la violencia obstétrica pueden evolucionar hacia dificultades en la salud mental de la mujer y en la adaptación a la nueva etapa de vida junto a su recién nacido, por ende, las implicaciones psicológicas terminan siendo significativas para ambos, dificultando lograr una correcta relación de apego y vínculo madre e hijo (García García, 2018).

Esta conexión natural entre madre e hijo también pudiese ser interrumpida debido a los efectos secundarios de los medicamentos y procedimientos utilizados sin justificación durante el parto (Saldarriaga & Artuz, 2017), lo que constituye una forma de violencia técnica hacia la madre puesto que, disminuye su capacidad fisiológica para dar a luz y podría dejar secuelas a largo plazo (Jardim & Modena, 2018).

Evidentemente, si una madre es víctima de violencia obstétrica se convierte en una mujer que probablemente no se encuentre en condiciones psicológicas adecuada para cuidar de su recién nacido y esto podría afectar el desarrollo de su hijo.

El abandono de la lactancia materna es otra de las consecuencias de la violencia obstétrica, así lo aseveran los datos del estudio *"Birth in Brazil"*, una cohorte hospitalaria en Brasil de 20.527 puérperas y sus recién nacidos a nivel nacional en el 2011 - 2012; arrojan resultados de altas probabilidades de abandono de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia durante el parto, dentro de un rango de 43 a 180 días después del nacimiento de sus hijos (Leite et al., 2023).

Con base en la información recopilada, se evidencia cómo ser víctima de violencia obstétrica conlleva consecuencias tanto físicas como emocionales, afectando directamente el estilo de vida de la madre y del recién nacido, así como la dinámica familiar.

Abordar la violencia obstétrica se vuelve crucial no solo para prevenir estas repercusiones, sino también para asegurar un entorno de atención materna que sea respetuoso

y centrado en la salud y el bienestar tanto de la mujer como de su recién nacido. Y es esta necesidad la que ha motivado la acción de diversos actores sociales que trabajan en defensa contra la violencia obstétrica.

### **2.1.5. Actores sociales que trabajan en defensa de la violencia obstétrica**

Existen actores sociales como Villamil, Machado, y Brandão que están comprometidos en la defensa contra la violencia obstétrica, quienes han dedicado esfuerzos considerables en abordar este tema de relevancia mundial. Trabajan en diversas aproximaciones para combatir la falta de derechos de las mujeres víctimas de la violencia obstétrica.

La investigación realizada en la Universidad El Bosque (Colombia) bajo el título “*La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina*” concluyó que la violencia obstétrica respondía a un fenómeno multifactorial sustentado en relaciones de poder desiguales, generando pérdida de autonomía en las mujeres gestantes y vulneración de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos (Villamil et al., 2019).

Por otro lado, en la convención internacional de Salud Pública realizada en Cuba en el año 2012, las investigadoras Beatriz Muniz y Ruth Barbosa concluyen que el ámbito biomédico se ha apropiado del proceso del parto al asumir el control sobre el cuerpo de las mujeres sin respetar su autonomía llevándolas a parir en lugares físicamente más seguro, pero emocionalmente más pecaminosos (Maia De Vasconcelos Muniz & Machado Barbosa, 2012).

En el estudio descriptivo transversal titulado, “*Experiencias relacionadas con la violencia obstétrica y el parto en entidades de salud públicas en Quito – Ecuador*”, nos brinda narraciones de las experiencias de parto de las mujeres entre los años 2016 al 2017 en 13 unidades de salud de distintos niveles de atención. Se les preguntó a las madres 32 items sobre violencia obstétrica obteniendo de las mismas que la violencia física era descrita como un abuso de poder a través de procedimientos físicos como la maniobra de Kristeller y la episiotomía, falta de apego inmediato, y ayuda en la lactancia materna por parte del personal médico. Finalmente, los

investigadores concluyen que hay una gran necesidad de atención perinatal de calidad al más alto nivel de calidez, sugiriendo la implementación de programas que prevengan la violencia obstétrica y por ende la disminuyan (Brandão et al., 2018).

En resumen, es crucial tomar acciones concretas para reducir las tasas de violencia obstétrica, para lo cual se han establecido diversas medidas tanto en el marco legal de salud sexual y reproductiva como en el marco legal específico de la violencia obstétrica, estas medidas implementadas las citamos a continuación.

### **2.1.6. Medidas implementadas**

#### **2.1.6.1. Enfoque integral de la salud sexual y reproductiva.**

La salud sexual y reproductiva implica un estado de bienestar integral, es decir, un bienestar emocional, mental, físico y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, sin coerción, estigma, discriminación o violencia, sin importar la edad, sexo, identidad de género, capacidad, orientación sexual, situación socioeconómica u ocupacional (OMS, 2022b). Debido a su importancia, desde el año de 1994 gracias a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto, se aborda temas relacionados con la población, salud sexual y reproductiva, y desarrollo sostenible a nivel global (United Nations et al., 2014).

Los derechos sexuales garantizan decidir libremente sobre la reproducción, el número de hijos y el momento de tenerlos, sin discriminación ni violencia. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece la responsabilidad de los gobiernos de garantizar servicios de salud accesibles y programas de planificación familiar para proteger estos derechos (United Nations et al., 2014).

La cronología del marco legal en el Ecuador inició con la Ley Orgánica de Salud (2006), seguida por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2006), la Política Nacional de

Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2007), la Constitución de la República (2008), la Ley Orgánica de Participación Ciudadana (2010), la Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011), la Ley Orgánica de Discapacidades (2012), el Código Integral Penal (2014), el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia (2014), el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, el Plan Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales, Acuerdo N.º 062.22, y el Plan Multisectorial de VIH/SIDA 2015-2020. Este conjunto de antecedentes normativos dio lugar a la creación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 (Vergara et al., 2017).

La OMS recopiló estadísticas con datos validados internacionalmente hasta el año 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador. Según una infografía proporcionada por la OMS, a pesar de que la planificación familiar es un derecho, el 8.8% de las mujeres ecuatorianas entre 15 y 49 años expresan insatisfacción en este aspecto. Además, dentro de este mismo grupo de edad, el 10.8% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual en los últimos 12 meses y también se señala que el 22.2% de las mujeres se han casado antes de cumplir los 18 años (OMS, 2022b) consecuentemente, esto nos lleva a reflexionar sobre los posibles factores que pueden obstaculizar el pleno ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Con el objetivo de proteger este derecho, el gobierno ecuatoriano ha adoptado un compromiso ético y político para comprometerse a promover, ejercer, realizar, reparar y restituir el derecho a la salud sexual y reproductiva. De esta manera, se cumplen los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al asegurar una vida saludable y de bienestar en todas las etapas de vida del ser humano llevando de la mano la igualdad de género (MSP, 2017). El plan nacional de salud sexual y reproductiva busca diagnosticar los factores que se relacionen con la muerte materna, aborto y embarazos no deseados, a través de la creación de comités encargados que vigilen el cumplimiento de la atención adecuada del parto y los cuidados obstétricos.

En conclusión, el plan nacional de salud sexual y reproductiva garantiza a toda la población ecuatoriana el recibir una atención integral con calidad y calidez, haciendo goce de los derechos sexuales y reproductivos. Este objetivo se logra por medio del libre acceso a servicios de salud reproductiva que incluyen: atención prenatal, durante el parto, postnatal, planificación familiar, servicios de salud sexual, y prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Este plan busca brindar educación sexual integral para adolescentes y adultos, con el afán de fomentar prácticas saludables y prevenir riesgos, que respeten y protejan los derechos reproductivos.

#### **2.1.6.2. Marco legal contra la violencia obstétrica.**

La lucha contra la violencia obstétrica ha impulsado la creación de un marco legal destinado a proteger los derechos fundamentales de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. En este contexto, se han establecido normativas y disposiciones legales con el propósito de prevenir y erradicar prácticas que atenten contra la dignidad, autonomía e integridad física de las mujeres en el ámbito obstétrico. Exploraremos el marco legal diseñado para hacer frente a la violencia obstétrica, destacando la importancia de estas medidas en la promoción de un cuidado materno respetuoso y seguro, evitando las consecuencias físicas y psicológicas que la violencia obstétrica acarrea (Adán et al., 2018).

Con una vista en el pasado, todo empieza en el año de 1979 con la reunión entre la OMS y la UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, donde se visualiza la necesidad de frenar la comercialización de sucedáneos de la leche materna, sin embargo, es hasta 1981 que se propone un código internacional que regule la misma, mientras que para apoyarla, protegerla y promoverla se dicta la declaración de Innocenti en 1990 (OMS, 2007).

En concordancia con la visión planteada en el objetivo de desarrollo sostenible (orientado a garantizar una vida saludable y fomentar el bienestar en todas las edades) y la reciente estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016 -2030, la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) ha difundido recomendaciones a través de la guía titulada *"Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva"*. El propósito es que cada país elabore políticas de salud pública que garanticen para todas las mujeres una atención respetuosa durante su maternidad, salvaguardando su dignidad, privacidad y confidencialidad, al tiempo que se respeta la integridad física de cada una mediante un trato apropiado. Se busca también empoderar a las mujeres para que tomen decisiones informadas y recibir apoyo de sus familiares (Organización Panamericana de la Salud, 2018b).

La Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres se logró en 2018, marcando otro hito importante (Alcocer Ortega, 2021). Además, en ese mismo año, la OMS lanzó las *"Recomendaciones para una experiencia de parto positiva"* (PAHO, 2019). En algunos países de América Latina como México, Argentina y Venezuela; se considera a la violencia obstétrica desde el punto de vista legal como una violencia de género y violación de los derechos humanos, tanto de los derechos propios de la salud como de la salud reproductiva (Quattrocchi, 2018).

Desde 1994 en Ecuador, se promulgó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, estableciendo el derecho y deber del estado ecuatoriano de proporcionar atención de calidad en: planificación familiar, embarazo, parto, postparto y lactancia. Continuando con la cronología en el año 2004, se crearon en la Fiscalía las Unidades Especializadas para marcar un hito en la lucha contra la violencia de género. Además, en el 2005 se crearon políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos, y se presentó el código de la niñez y la adolescencia. Para el año 2008 en la nueva Constitución de la República, se incluye la sección de atención prioritaria, preferente y especializada; para este mismo año, se reconoce el derecho a la integridad personal, y se establece la Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial. En el 2010, se propuso la estrategia ENIPLA para la prevención del embarazo adolescente y planificación familiar. Posteriormente, en el año 2014 se unifica todas las estrategias y planes previos en el *"Plan Familia Ecuador"* (Alcocer Ortega, 2021).

Como elemento importante en el 2013-2014, se llevó a cabo una reforma al Código Orgánico Integral Penal (COIP) para tipificar y sancionar la violencia contra la mujer y miembros del hogar (INEC, 2019). En síntesis, Ecuador ha desarrollado a lo largo de los años leyes y estrategias para enfrentar la violencia de género, fortalecer la atención materno-neonatal, fomentar la planificación familiar y prevenir el embarazo adolescente, logrando avances significativos en cada etapa.

Actualmente, en nuestro país tenemos vigente el *“Plan nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres 2019-2025: subsecretaría de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes”* (Secretaría de derechos humanos, 2020). El cuál se trata de una política pública integral de largo alcance centrada en cuatro áreas estratégicas: 1) Transformación de patrones socioculturales, 2) Sistema de protección integral, 3) Acceso a la justicia y 4) Sistema de registro.

Se busca implementar estas estrategias en los niveles personal, familiar, comunitario, social y nacional, con el propósito de prevenir la violencia, fomentar los derechos de las mujeres y garantizar atención, protección y reparación integral a las víctimas (Secretaría de derechos humanos, 2020).

Estas estrategias de intervención se implementan en los niveles individual, familiar, comunitario, social y nacional, con el fin de prevenir la violencia, promover los derechos de las mujeres, garantizar la atención y protección de las víctimas, y asegurar la reparación integral de sus derechos (Secretaría de derechos humanos, 2020).

Con el propósito de alcanzar estos objetivos, se implementaron programas intersectoriales orientados a promover los derechos sexuales y reproductivos de mujeres adultas y adolescentes. Este enfoque contempló la sensibilización de los profesionales de la salud en los sectores público y privado, así como la regulación y sanción de casos de violencia gineco-obstétrica. Gracias a la articulación de entidades como el MSP, el MINEDUC y el MIES, se puso

en marcha una política intersectorial para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes (Secretaría Derechos Humanos, 2020).

Ahora bien, en el contexto de la pandemia se desarrollaron estrategias destinadas a alcanzar los objetivos del plan; tales como la implementación de mecanismos para denunciar y alertar de manera temprana la violencia contra la mujer en el contexto de la crisis de COVID19.

Donde se pone a disposición de la ciudadanía la opción de realizar denuncias virtuales, donde los organismos competentes son la Fiscalía General del Estado, la Secretaría de Derechos Humanos, el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 y el Consejo de la Judicatura (Secretaría Derechos Humanos, 2020).

Se establecieron mecanismos orientados a facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva mediante la telemedicina, así como la distribución a domicilio de métodos anticonceptivos. Además, se implementaron conferencias virtuales y servicios de telesalud en esta área, coordinados por instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME) y el Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador (CONAGOPARE) (Secretaría Derechos Humanos, 2020). Con la iniciativa actual *“Recomendaciones de la Organización Mundial de Salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”* propuesta por la OMS en el 2018, se buscó difundir los derechos que posee cada mujer, de tal manera que, al iniciar su embarazo se encuentren empoderadas y capaces de tomar decisiones. Además, se sugirió tomar acciones para llevar a cabo un trato respetuoso y un manejo integral en esta etapa (PAHO, 2019).

En conclusión, abordar el tema de la violencia gineco-obstétrica es de vital importancia debido a su impacto en la vulneración de los derechos humanos. Ahí es donde entra la normativa ESAMyN, como ente certificador de Establecimientos Amigos de la Madre y del Niño, emerge como una herramienta significativa para resguardar estos derechos fundamentales de la madre y el niño. Al velar por la calidad obstétrica, el respeto a la autonomía materna y el cuidado físico

y emocional de las mujeres, la certificación ESAMyN se orienta a mitigar la violencia obstétrica y asegurar la vigencia de los derechos humanos en la salud materno-infantil, frente a modelos de atención centrados exclusivamente en la intervención médica.

## **2.2. Normativa ESAMyN**

En el Ecuador se reconoció la relevancia y particularidad del proceso de maternidad y del cuidado del recién nacido, lo que condujo a la adopción de un enfoque especializado. En este marco, en el año 2021, y en cumplimiento de las disposiciones de la Constitución de la República, se promulgó el acuerdo ministerial denominado *“Norma técnica para la certificación de establecimientos de salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN”* (MSP, 2021).

Una vez que este acuerdo ministerial fue publicado en el Registro Oficial, se convirtió en una necesidad para todo el sistema de salud a nivel nacional. Reemplazándole al anterior acuerdo ministerial N° 00000108 del año 2016, titulado *“Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema nacional de salud, que atiendan partos”* (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021)

### **2.2.1. Definición**

El ESAMyN es una norma sanitaria derivada de la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)*, promovida por la OMS y UNICEF. Al aplicarse en los centros de salud, estos reciben la certificación que los acredita como entornos propicios para la atención de madres y niños. el niño (MSP, 2021).

ESAMyN se convierte en una herramienta que enriquece las experiencias de todo este proceso gestacional a través de un enfoque distinto. Un enfoque holístico basado en los derechos humanos, con el objetivo de garantizar una experiencia integral y respetuosa para las mujeres

en estas etapas. Contribuyendo así a una atención más completa y humanizada durante el proceso de gestación, parto y postparto (MSP, 2013).

Fundamentada en la evidencia científica y en un enfoque intercultural, esta norma establece directrices que garantizan una atención de calidad, humanizada e integral a la mujer y al recién nacido. Su propósito general consiste en dotar al personal sanitario de herramientas normativas que les permitan brindar cuidados adecuados y seguros en todas las etapas de la maternidad, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad materna y neonatal (MSP, 2021, pp. 16–19).

Del objetivo general se derivan unas metas más detalladas y concretas, como lo son (MSP, 2021, pp. 16–19):

- *Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal.*
- *Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido.*
- *Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.*
- *Eliminar la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas.*
- *Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.*

La implementación de esta norma sanitaria permite reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. En este contexto, los establecimientos de salud que cumplan con todos los pasos de la normativa ESAMyN obtienen la certificación de “*Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y del Niño*”. Su aplicación es obligatoria en el sistema público de salud, mientras que en el sector privado tiene carácter voluntario.

Es importante mencionar que los cuatro componentes que integran la norma están compuestos por pasos, los mismos que emiten directrices y parámetros que deben cumplirse en un porcentaje del 70%, 80% e incluso el 100%, según corresponda a cada parámetro. Estos componentes son (MSP, 2021, pp. 16–19):

- *Componente general.*

- *Componente prenatal.*
- *Componente parto y posparto.*
- *Componente lactancia materna.*

A continuación, procederemos a mencionar y describir a cada uno de los componentes que integran la norma.

## **2.2.2. Componentes**

### **2.2.2.1. Componente general.**

Es el primer componente de la normativa que cumple con el objetivo de difundir de manera sistemática y organizada la existencia y su funcionamiento tanto a los usuarios internos como externos del establecimiento de salud (*MSP, 2021, pp. 16–19*).

Lo que vuelve fundamental brindar una amplia cobertura de capacitaciones sobre la normativa, como se narra en el siguiente apartado:

#### **2.2.2.1.1. Capacitación sobre la normativa.**

Para el proceso de capacitación sobre la normativa, se crea una directriz que dicta difundir la norma ESAMyN a todos los usuarios, llevando un registro detallado de al menos cuatro difusiones. Se propone apoyarse en herramientas educativas y comunicativas que informen sobre la existencia de la norma, como con material exhibido dentro del centro de salud en al menos tres ubicaciones y en lugares de mayor afluencia de pacientes (*MSP, 2021*).

Para control de cumplimiento de este primer componente se debe llevar indicadores claros sobre el porcentaje de profesionales de salud que conocen la norma como de aquellos que no tienen contacto directo con las madres. Se debe tener al menos el 80 por ciento de profesionales de salud en contacto con las madres, mismos que deben conocer la norma en profundidad y manejar los documentos normativos que la integran. Así mismos se busca que al menos el 80% de los servidores públicos que no tienen contacto directo con las madres conozcan a grandes rasgos la norma ESAMyN (*MSP, 2021*).

Este primer paso implica no solo contar con el marco normativo legal, sino también asegurarse de que la normativa sea conocida de manera efectiva y organizada por todos los implicados, con un énfasis en la medición de la comprensión profunda por parte de los profesionales de salud en contacto directo y se cree una conciencia general por parte del personal no directamente involucrado.

### **2.2.2.2. Componente prenatal.**

#### **2.2.2.2.1. Definición.**

Se trata acerca de la *“Preparación a la embarazada y a los futuros padres para encontrarse listos para el nacimiento, el cuidado del niño y la paternidad”* (MSP, 2015b).

Según la normativa ESAMyN, se estipula que se deben seguir una serie de pasos para garantizar su cumplimiento (MSP, 2021, pp. 16–19):

- Asegurar el cumplimiento de la Norma de Educación Prenatal (NEP) establecida por el Ministerio de Salud Pública.
- Supervisar la cobertura, la frecuencia de los controles prenatales y las acciones de promoción conforme a cada nivel de atención.
- Garantizar la asesoría, el tamizaje y el tratamiento de VIH, sífilis, hepatitis B y chagas durante la gestación.

#### **2.2.2.2.2. Sesiones de educación prenatal.**

Es un derecho de la mujer gestante según el artículo 5 del Acuerdo 00000108 de la Normativa ESAMyN en nuestro país, recibir atención de calidad y de manera oportuna durante todos sus controles prenatales, como de ser partícipes de capacitaciones impartidas por el primer nivel de atención (MSP, 2016c).

Según el MSP, para cumplir con este objetivo se debe realizar tres actividades, por un lado, su enfoque es la capacitación a los profesionales que brindan atención a las madres; se estima llegar a tener un 80% del personal del centro de salud capacitado. Por otro lado, se debe adecuar el espacio en el cual se van a realizar las sesiones prenatales para que este sea

acogedor y, por último, se debe llevar una organización para planificar y realizar las sesiones de educación, además es necesario mantener un registro de las madres que son partícipes (MSP, 2015d).

Las sesiones de educación prenatal, también conocidas como psicoprofilaxis prenatal, se recomiendan iniciar durante el quinto y sexto mes de gestación, sin embargo, si no hay restricciones se las puede realizar antes de este tiempo o incluso después.

Es importante que la pareja gestante conozca los beneficios que obtendrá la madre al ser parte de estas sesiones, entre ellos participar de forma activa durante el trabajo de parto, controlar el miedo, el dolor por medio de técnicas no farmacológicas; lo que brinda como resultado un menor tiempo en el trabajo de parto (A. Martínez & Karchmer, 2021).

La educación prenatal es un deber y un derecho que presenta cada pareja gestante, por lo que, en 2016 el MSP publica la Norma Técnica de Educación Prenatal, cuyo objetivo es ayudar a los profesionales de la salud a realizar un abordaje correcto en las madres embarazadas.

Durante la planificación de las sesiones, se oferta el servicio con la comunidad, se inscribe a las madres y se programa la realización de las sesiones y su duración, por lo general, se recomienda una duración de dos horas, la programación de los horarios debe ser en base a las necesidades de la población.

Se debe llevar a cabo seis sesiones en donde se abarquen los siguientes temas: teoría, gimnasia, relajación y respiración, consejería nutricional y salud sexual y reproductiva. Además, se debe mantener un espacio físico con ciertos mínimos, por ejemplo: garantía de privacidad, sin ruido exterior, acogedor, con aire acondicionado o calefacción, cómodo y limpio. Por último, se debe medir la cobertura del programa en la comunidad y realizar estudios de investigación que aporten en mejorar la calidad de atención que se brinda a las madres.

En lo concerniente a los temas a tratar durante las seis reuniones prenatales y a su orden a seguir (MSP, 2015d), se los detalla a continuación:

- Primera sesión
  - Educación prenatal, cambios durante el embarazo y signos de alarma
- Segunda sesión
  - Atención prenatal
- Tercera sesión
  - Preparación para el parto
- Cuarta sesión
  - Atención del parto y apego precoz
- Quinta sesión
  - Puerperio y lactancia
- Sexta sesión
  - Preparación de la gestante con el ambiente del parto

#### **2.2.2.2.1. Gimnasia obstétrica.**

El realizar ejercicio durante el embarazo representa un bajo riesgo para la gestación gracias a sus múltiples ventajas, sin embargo, se debe considerar ciertas modificaciones al momento de realizar los ejercicios debido a los cambios anatómicos propios del embarazo. Entre las ventajas que adquiere la madre al momento de ejercitarse son: disminuir el riesgo de presentar diabetes mellitus gestacional, la tasa de cesáreas o partos vaginales instrumentales y sumar beneficios a favor de la salud mental; donde se ha visto la prevención de trastornos depresivos posparto y suicidios (ACOG Committee Opinion, 2020).

Antes de iniciar con la gimnasia obstétrica se recomienda realizar de tres a cinco minutos de calistenia. Posteriormente, se procede con ejercicios de gimnasia donde se le explica a la madre la importancia y beneficios de cada ejercicio tales como, fortalecimiento muscular, flexibilidad, incremento de la oxigenación y mejora en la circulación sanguínea.

Una vez realizados estos ejercicios, se continúa con las técnicas de relajación neuromuscular y técnicas de actividad respiratoria. Para finalizar, se realiza la preparación psicoafectiva, en donde se busca tranquilizar a la madre y al acompañante y generar más lazos entre el bebé y la pareja o acompañante (MSP, 2015d).

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras recomiendan que antes de iniciar cualquier tipo de ejercicio durante el periodo de embarazo, se realice una examinación previa para descartar cualquier contraindicación; si la mujer no presenta ninguna, se prefiere realizar ejercicios aeróbicos y de fuerza por al menos un tiempo de 150 minutos por semana en una intensidad de leve a moderada. Se recomienda ejercicios como caminar, bicicleta estática, hidroterapia y ejercicios de resistencia con bandas elásticas (Birsner & Gyamfi-Bannerman, 2020).

Es importante considerar algunas contraindicaciones absolutas para la realización de ejercicio físico como, por ejemplo: gestación múltiple, cardiopatías, preeclampsia, placenta previa, antecedente de ruptura precoz de membranas, sangrado vaginal y retraso del crecimiento intrauterino (MSP, 2015d).

En conclusión, el ejercicio durante el embarazo ofrece una amplia gama de beneficios tanto para la madre como para el feto. Donde la evaluación previa y la identificación de contraindicaciones son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar del binomio durante este período. Por lo tanto, se recomienda seguir las sugerencias anteriormente mencionadas para garantizar un ejercicio adecuado y beneficioso en el embarazo.

#### **2.2.2.2.3. Tamizaje y tratamiento de VIH y Sífilis.**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un agente infecto contagioso que puede propagarse de diversas maneras. En esta investigación se aborda la transmisión vertical, entendida como la transferencia del virus de madre a hijo durante el embarazo y el parto. A nivel mundial, se estima que más del 50 % de las mujeres que viven con VIH/SIDA, así como el 60 % de sus hijos, no acceden al tratamiento necesario para prevenir dicha transmisión (UNICEF, 2022).

Al que una persona portadora del VIH no tenga tratamiento su pareja sexual corre riesgo de contagio, por lo tanto, la prontitud en el acceso al tratamiento y su continuidad son

fundamentales no solo para mejorar la salud de los pacientes, sino también para prevenir la transmisión del virus (OMS, 2023). Dar información a la mamá es tan importante como concientizar a su pareja sobre la existencia de estas enfermedades.

Sin duda, el riesgo potencial de transmisión del VIH de madre a hijo es significativo en ausencia de intervenciones. Evidenciándose en la estadística mundial donde, la tasa estimada de transmisión durante el embarazo oscila entre el 5% y el 10%, durante el trabajo de parto y el parto aumenta del 10% al 15%, y durante la lactancia materna se sitúa entre el 5% y el 20% (MSP, 2015c). De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difunde la relevancia del tamizaje y del tratamiento oportuno de estas enfermedades. Entre sus principales acciones se encuentran las *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030* (OMS, 2022a).

Estas medidas estratégicas, se han implementado con el objetivo de trabajar hacia la erradicación del VIH/SIDA, las hepatitis B y C para el año 2030. Estableciendo que cada mujer embarazada o en fase de lactancia es considerada una prioridad en el abordaje del VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual (OMS, 2023). La tercera medida es la que nos corresponde "*Medida 3: Vertical transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus*" (OMS, 2022a).

Con el fin de poner fin a la transmisión vertical del VIH, la sífilis y la hepatitis B, se propone garantizar servicios completos y fácilmente accesibles que integren medidas preventivas, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento a mujeres, niños y familias. Este lineamiento es de aplicación obligatoria en todos los servicios de salud materno-infantiles (OMS, 2022a).

Para lograr lo anteriormente dicho se dictó cumplir con la implementación refuerzo y seguimiento de herramientas como (OMS, 2022a):

- Asesoría en planificación familiar
- Pruebas de detección
- Intervenciones rápidas para tratar a las embarazadas con resultados positivos

- Seguimiento de los lactantes expuestos
  - Administrar la dosis de la vacuna contra la hepatitis B al momento del nacimiento y completar la serie de tres dosis correspondientes.
- Seguimiento de las mujeres embarazadas
- Seguimiento de madres, niños y familias
- Promoción de la alimentación óptima de los lactantes
- Tratamiento adecuado

En Ecuador, la Constitución de la República, en su artículo 6 del acuerdo 00000108, establece el derecho a recibir cobertura de tamizaje y tratamiento para el virus de la inmunodeficiencia humana y la sífilis. Este derecho se extiende a la obtención conjunta de asesorías sobre infecciones de transmisión sexual desde el primer control prenatal (MSP, 2016c).

Todas las mujeres y niñas deben contar con la posibilidad de acceder a información sobre el VIH/SIDA, así como a pruebas diagnósticas y a métodos de protección frente a la infección. En el país se dispone de la *Guía de prevención y control de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis congénita y de atención integral a niños/as con VIH/SIDA*, como referencia oficial para el abordaje de estas enfermedades (MSP, 2015c).

La guía, siendo una herramienta técnica, está diseñada para los profesionales de la salud que participan en la atención médica de mujeres embarazadas y en el ámbito reproductivo. Su objetivo principal es proporcionar instrumentos que contribuyan a mejorar y asegurar la calidad de la atención, buscando así mejorar la salud de los pacientes y alcanzar una buena calidad de vida.

Entre las directrices que aborda, se encuentran la asesoría sobre lactancia materna para todas las mujeres, actividades destinadas a prevenir la transmisión del virus a lactantes y niños pequeños, la identificación del personal encargado de brindar asesoramiento sobre alimentación infantil y la asignación de un presupuesto. Misma que es de aplicación obligatoria para la red pública y complementaria en el sector privado.

La normativa ESAMyN aborda específicamente este tema en el componente prenatal y de acuerdo con el paso cuatro de la normativa, con el que se pretende asegurar la asesoría, tamizaje y tratamiento del VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas durante el periodo de gestación poniendo hincapié en las áreas endémicas. Asesorando sobre los riesgos de transmisión de estas enfermedades durante el embarazo a través de capacitaciones de manera que el 100% de las embarazadas hayan recibido asesoría sobre el tema (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

La realización de tamizajes es una obligación en los centros de salud, lo que implica que deben contar con pruebas disponibles tanto en situaciones de emergencia como en el laboratorio central. Este indicador es favorable cuando al menos el 95% de mujeres embarazadas que asisten a controles prenatales cumplen con lo siguiente: al menos un primer tamizaje a partir de las 14 semanas de embarazo, dos tamizajes para sífilis y hepatitis B, y una única vez para Chagas (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021). No consta dentro de la normativa, pero cabe mencionar que la recomendación de la OMS para entornos de alta prevalencia (más del 5% de la población tamizada) es que pese a ser mujeres seronegativas se les debe realizar una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre (PAHO, 2019).

Según la normativa ESAMyN, el personal de salud debe referir o realizar interconsulta para garantizar tratamiento a las gestantes que lo requieran, asegurando la entrega de antirretrovirales cuando sea indicado. El cumplimiento se alcanza cuando el 100 % de las mujeres con la enfermedad recibe tratamiento y medidas de lactancia segura (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

Otra de las estrategias impulsadas por la UNICEF, en conjunto con la OMS y otros aliados, fue la implementación del *Kit Madre-Hijo* para la prevención del VIH. Este recurso contenía medicamentos antirretrovirales y antibióticos destinados a evitar la transmisión vertical. El kit se estructuraba en tres secciones diferenciadas por un código de color que señalaba el tratamiento a seguir durante el embarazo, el parto y el periodo de lactancia, además de incluir instrucciones claras sobre las dosis y su administración (UNICEF, 2022).

Hemos detallado algunas estrategias, pero es importante destacar que existen diversos obstáculos para la implementación de las medidas mencionadas. Por lo tanto, en la siguiente investigación se describen algunas de estas barreras y desafíos.

En el país de Bolivia se efectuó un estudio cualitativo cuantitativo en ocho establecimientos de salud de la red Los Andes, cuyo propósito fue identificar las limitaciones del personal de salud que influían en que las gestantes no accedieran al tamizaje de sífilis durante el control prenatal. La investigación obtuvo resultados a partir de entrevistas y del análisis de historias clínicas (Tinajeros et al., 2017).:

- desembolsos de presupuesto tardíos
- limitado tiempo durante las consultas médicas.
- comunicación deficiente entre médicos y laboratoristas
- realización de pruebas, pero no registro de resultados en la historia clínica perinatal

En resumen, La normativa ESAMyN busca garantizar la asesoría, tamizaje y tratamiento durante el embarazo, especialmente en áreas endémicas. Los tamizajes son obligatorios, y se evalúa el cumplimiento mediante el porcentaje de embarazadas tamizadas, sin embargo, esta labor de la normativa no culmina en el componente prenatal por lo que a continuación vamos a abordar diversos temas inmersos en el componente parto y post parto.

### **2.2.2.3. Componente parto y post parto.**

#### **2.2.2.3.1. Definición.**

El parto y el posparto se refieren a los procesos fisiológicos que marcan el final del embarazo y los días siguientes, respectivamente (Perez & Albarracin, 2009). Durante este período, la madre experimenta cambios hormonales, reducción del tamaño del útero de vuelta a su estado normal y empieza a ajustarse a las necesidades físicas y emocionales que enfrentará con el cuidado de su recién nacido (Amaya Guío, 2017).

Los países en vías de desarrollo enfrentan un desafío común: mujeres en etapa de embarazo, parto o posparto, presentan más riesgos y complicaciones que las puede llevar a la muerte, por lo que, al implementar la normativa ESAMyN, se busca reducir la mortalidad materna y neonatal. Para lo que el Ministerio de Salud Pública ha propuesto una serie de medidas para disminuir estas tasas y fomentar un bienestar integral, tales como (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021):

- *Fomentar la presencia de la pareja o de un acompañante elegido por la madre durante el trabajo de parto, el parto y el posparto.*
- *Promover el respeto hacia las mujeres en el proceso de parto y después de este, garantizando su dignidad, privacidad y confidencialidad.*
- *Garantizar un entorno seguro para el parto, con instalaciones adecuadas, equipamiento completo, insumos y personal altamente capacitado para atender en diferentes posiciones.*
- *Ofrecer a las madres diversas opciones y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.*
- *Evitar intervenciones invasivas y cesáreas innecesarias.*
- *Asegurar la integración de prácticas esenciales durante la atención del parto.*
- *Realizar procedimientos preventivos en el recién nacido en presencia de la madre.*
- *Mejorar las competencias del personal de salud en el manejo estandarizado de complicaciones que pongan en riesgo la vida materna o neonatal.*
- *Promover unidades de neonatología abiertas que permitan el contacto de los padres o familiares con el recién nacido y que proporcionen información clara sobre su evolución cuando requiera cuidados especiales.*
- *Garantizar la consejería y provisión de métodos anticonceptivos tras el evento obstétrico, así como la orientación sobre signos de alarma en la madre y el recién nacido antes del alta hospitalaria*

En sí, se busca que al implementar las medidas propuestas por el MSP a través del componente parto y post parto reduzca la mortalidad materna y mejore significativamente la salud

materna y neonatal. A continuación, es necesario irnos adentrando en algunas de estas medidas, para así conocerlas a fondo.

#### **2.2.2.3.2. Acompañante de libre elección a convenir de la mujer gestante.**

Dentro de la normativa, en el paso cinco se indica el acompañamiento de la mujer durante la labor del parto, ya sea vaginal o por cesárea, y en el posparto por una persona elegida por ella misma, es un derecho que debe respetarse. Si en caso la condición clínica de la madre no fuera la idónea y se tuviera que contraindicar este acompañamiento se debe explicar detalladamente tanto a la mujer como a su acompañante. El cumplimiento de esta medida será evaluado a través de una encuesta, donde al menos el 80% de las encuestadas deben informar que se les permitió estar acompañadas por la persona de su elección durante el parto y al menos dos horas durante el posparto, independientemente de la modalidad de parto (MSP, 2021).

Es requisito que el acompañante sea de libre elección o a conveniencia de la mujer gestante, es decir que el acompañante durante el trabajo de parto y el parto puede ser cualquier persona elegida por la mujer como fuente de apoyo continuo. Esta persona puede ser un miembro de la familia, cónyuge, amigo/a, o una "doula" (generalmente mujer, que ha sido capacitada para ofrecer apoyo durante el parto, pero que no es parte del personal de salud). Es fundamental, respetar las preferencias de las mujeres, incluso de aquellas que optan por no tener ningún acompañante durante este proceso (PAHO, 2019).

A su vez, es necesario proporcionar capacitación al acompañante a través de una sesión de orientación que aborde técnicas para brindar durante el trabajo de parto (PAHO, 2019). Además de una habitación adecuada para la presencia del acompañante de la madre y ella misma, brindando espacio suficiente para apoyarla durante el proceso, así como para descansar y recuperarse. Es preferible contar con un área donde la pareja pueda permanecer físicamente cerca, como un sofá, ya que el contacto físico promueve la sensación de seguridad y estimula la producción de oxitocina (Andrén et al., 2021).

Entonces, se considera crucial realizar una reunión durante el embarazo con las mujeres y sus acompañantes elegidos para establecer una relación sólida y gestionar adecuadamente las expectativas de ambas partes. Esto ayudará a prevenir que las mujeres que no tengan un acompañante perciban el parto de forma negativa (Bohren et al., 2019).

Bohren y colaboradores efectuaron una revisión sistemática de intervenciones en el parto, en la cual se concluyó que la presencia de un acompañante durante el proceso mejoraba los resultados tanto para la madre como para el recién nacido. Esta revisión, publicada por Cochrane, destacó la relevancia del acompañamiento como estrategia para optimizar la calidad de la atención obstétrica. La búsqueda de estudios elegibles se llevó a cabo en bases de datos como MEDLINE, CINAHL y POPLINE K4Health, incluyendo investigaciones en diversos contextos y tipos de centros de salud a nivel mundial hasta el 9 de septiembre de 2018 (Bohren et al., 2019).

Se identificaron 51 estudios, en su mayoría procedentes de países de ingresos altos, que predominantemente abordaron las percepciones de las mujeres sobre el haber contado con la presencia de su acompañante, tales como (Bohren et al., 2019):

- La mejora de la comunicación entre el personal de salud y las pacientes.
- Facilitaron métodos no farmacológicos para aliviar el dolor.
- El rol de los acompañantes fue actuar como defensores, lo que significa que hablaron en apoyo de la mujer.
- Brindaron apoyo físico a través de ayuda en la movilidad, masajes y sostener las manos de las pacientes.
- Brindaron apoyo emocional, elogiando y reconfortando a las pacientes.
- Ayudaron a que las mujeres se sintiesen empoderadas y seguras.
- Contribuyeron a que las mujeres tengan una experiencia de parto positiva.

Ahora bien, hubo varios factores que afectaron la implementación o satisfacción total de este beneficio para la madre, viéndose limitada la presencia de los acompañantes por (Bohren et al., 2019):

- Profesionales de la salud y las mujeres que desconocen de los beneficios de la compañía.

- Falta de espacio y privacidad
- Los acompañantes no estaban integrados en la atención prenatal, lo que puede causar frustración a las pacientes.

El acompañamiento de libre elección en nuestro país se convierte en un derecho de las madres. Según el artículo 8 del acuerdo 00000108, cada mujer embarazada tiene el derecho de estar informada y de tener la presencia del acompañante de su elección durante el trabajo de parto, el parto y posparto (MSP, 2016c).

Entonces, una de las recomendaciones clave para garantizar un parto positivo es que la madre esté acompañada durante el alumbramiento por la persona que ella misma haya designado para brindarle apoyo emocional, y que también le acompañe durante el trabajo de parto y el parto (PAHO, 2019). En conclusión, la presencia de un acompañante elegido por la mujer durante el trabajo de parto, parto y posparto es un derecho fundamental que se ha reconocido y respaldado mediante la normativa ESAMyN. Y de esta manera, se pueda promover y garantizar el derecho de las mujeres a recibir apoyo continuo durante el proceso de parto, contribuyendo a una maternidad más segura, respetuosa y satisfactoria para todas las mujeres. Sin embargo, es crucial abordar los desafíos y barreras interculturales que pueden limitar la implementación efectiva de este derecho.

#### **2.2.2.3.3. *Prácticas interculturales en el parto.***

En el marco de la promoción de un parto respetado, la OMS afirmó que toda mujer tenía derecho al más alto estándar de atención sanitaria, lo cual comprendía recibir un trato digno y respetuoso durante el embarazo y el parto, además de estar protegida frente a cualquier forma de violencia o discriminación (World Health Organization, 2014)

La OPS reconoce la importancia de las parteras o también llamadas matronas al momento del parto en las zonas de Latino América, debido a que ayudan a la madre de forma práctica y espiritual, siendo este el punto de inflexión debido a que, por las brechas culturales las madres no se sienten seguras al asistir a los centros de salud. Sin embargo, las mismas matronas

reconocen la importancia de acudir a los centros de salud, es por eso que la OPS ha trabajado con las parteras para impartir conocimientos que les ayuden a reconocer señales de riesgo y acudir de forma oportuna a los centros de salud con el objetivo de prevenir muertes maternas y neonatales (OPS, 2023).

En el paso seis de la normativa ESAMyN se menciona que toda mujer debe recibir una atención respetuosa durante el parto y posparto, esta directriz se cumple cuando al evaluarlo se llega a obtener al menos el 80% de satisfacción en (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021):

- *Ofrecer la posibilidad de que la madre vista la ropa que prefiera, garantizando su confort.*
- *Garantizar que la madre pueda ingerir líquidos o comidas ligeras en el trabajo de parto, excepto cuando exista una indicación clínica en contra, la cual debe ser explicada claramente a ella y/o a su acompañante.*

Por medio de la normativa ESAMyN, se impulsa tanto la formación del personal de salud como la adecuación de los espacios y del instrumental para facilitar partos en libre posición. Este enfoque busca alentar a la madre a decidir la postura que le proporcione mayor comodidad durante el nacimiento (MSP, 2021).

Las practicas ancestrales llevadas por las mujeres consideradas como las primeras sanadoras, van variando según el lugar geográfico o pertenencia cultural debido a las creencias espirituales y socioculturales. En el caso de Colombia, se usan ciertas hierbas para realizar purgas, pringues y bebedizos a base de anamú, manzanilla, pringamoza y canela, cada una de estas hierbas pueden ser utilizadas para mejorar los síntomas del embarazo, si es necesario acelerar el parto o prevenir hemorragias posparto. Para las madres es importante el tema de la espiritualidad, la utilización de canticos y arrullos las hace sentir más seguras, además del poder disponer del uso de la placenta debido a la realización del ritual llamado ombligada, muy necesario para ligar a su hijo al mundo. En el ambiente hospitalario no se siguen estas ideologías,

es por esto que las madres no se sienten cómodas al dar a luz en hospitales porque no se respeta su cultura y prefieren hacerlo en casa junto a personas que si las entienden y comparten las tradiciones ancestrales (Motta et al., 2020).

En México, específicamente en la región de Yucatán, se realiza una investigación acerca del parto humanizado en donde por medio de entrevistas, las madres relatan su decisión de llevar su parto en casa y no en un hospital. Una de las razones para hacerlo en casa es por la seguridad que sienten al hacerlo en un lugar cotidiano y que es considerado confortable, una de las madres se refiere de la siguiente manera: *"pues acá en mi casa es más confiable, más cómodo. Y pues [la partera] tiene más experiencia en cuidados"* (Pereira, 2016).

Inclusive de acuerdo a las problemáticas mundiales más recientes las agrupaciones de parteras en México reportan un incremento en el número de mujeres que muestran interés en optar por partos en el hogar, motivadas tanto por el temor a contraer COVID-19 en los hospitales como por el deseo de evitar las tasas elevadas de cesáreas, que representan el 45% de los nacimientos en el país, con muchas de estas intervenciones siendo realizadas sin necesidad médica. Durante la pandemia, las madres estaban conscientes de la saturación del sistema de salud, lo que las llevó a anticipar una atención deficiente (DW Español, 2020).

Las madres entrevistadas señalaron que percibían a los hospitales como espacios inseguros y expresaron temor por la seguridad de sus hijos. Una de sus principales preocupaciones era que sus bebés pudieran ser cambiados o lastimados. En uno de los testimonios, una madre relató haber presenciado un trato brusco hacia su hijo durante la atención médica, lo que incrementó su miedo y la percepción de que los recién nacidos no siempre recibían cuidados adecuados (Pereira, 2016).

La interculturalidad en Ecuador también está arraigada a varias prácticas medicinales, curativas y tradicionales diversificadas en cada región, ahora bien, si el país cuenta con cuatro regiones, siendo estas de la Costa, Sierra, Amazonia y región Insular.

En la región costa una de las investigaciones sobre prácticas ancestrales realizadas en Esmeraldas concluyó que las comadronas son un pilar fundamental en las comunidades rurales del Cantón Eloy Alfaro de la Provincia de Esmeraldas porque gracias a ellas se mantienen las diversas costumbres y tradiciones. Cada comadrona junto a la parturienta que atienden son un solo equipo en los momentos del parto, es la comadrona quien le ayuda a tomar varias posiciones ya sea cuclillas, semi sentadas o en el extremo de la cama para dar a luz y a la par le prepara distintas infusiones de plantas medicinales que mientras la madre las ingiere, la comadrona brinda masajes para posicionar correctamente al bebé y así apresurar el parto (Peña Quiñonez, 2014).

En la región de la sierra se actúa con mayor empeño en las practicas ancestrales de acomodación de la posición fetal, denominadas parteras en estas culturas andinas, para pasar al bebé de una posición horizontal (atravesado) podálico (de nalgas) o hacia atrás (salen las piernas en primera instancia) a una adecuada para su nacimiento. Colocando 27 distintos tipos de aceites vegetales y animales en el abdomen gestante, de entre ellos los más usados, aceite de almendras y manteca de borrego, que a más de colocar en una posición adecuada al bebé alivian los dolores del parto (Pérez De Mora, 2017).

En la expresión cultural andina la posición que adopta la madre para dar a luz es la tradición que más perdura en el tiempo puesto que las posiciones en cuclillas y arrodilladas fueron las más elegidas tanto por mujeres indígenas como no indígenas. Cada mujer da a luz a su bebé en la posición que guste, para ellas el parto vertical no solo es una cómoda posición de alumbramiento para ellas, también es una manera de respetar sus creencias, rituales y cosmovisión andina (Dueñas Matute et al., 2021).

En la región amazónica en las comunidades indígenas Shuar y Achuar, la representación del parto está dada por la elección de posiciones verticales y el uso de plantas medicinales como manzanilla, valeriana y toronjil. Las matronas son quienes preparan estas infusiones para aliviar

los síntomas de dolor abdominal, cólicos y náuseas de las parturientas (Sánchez chavarria et al., 2022). Es claro como el parto es una expresión cultural muy diversa en cada región del Ecuador, porque se manifiesta fuertemente en cada una de las distintas prácticas que sin duda son las que mantienen las tradiciones ancestrales.

La última reforma del Acuerdo 00000108, artículo 7 dictada por la corte constitucional del Ecuador se deja por sentado el deber de la máxima autoridad de cada establecimiento de salud de fomentar e involucrar a los actores de medicina ancestral, como parteras. Así mismo, en el artículo 9 inciso a) se exige sensibilizar al personal de salud que se ve involucrado con mujeres en estado de gravidez sobre las practicas interculturales, en el inciso b) se recalca el derecho al uso de la vestimenta que la madre escoja, mientras que en el inciso c) se permitirá la libre ingesta de líquidos y alimentos ligeros, finalmente en el inciso d) se consultara a la madre sobre la disposición de la placenta (MSP, 2016).

El MSP como parte del Modelo de Atención Integral de Salud, ha empezado un trabajo conjunto con las parteras con el objetivo de brindarles un certificado de atención al momento del parto y así poder reducir la tasa de muerte materna a nivel nacional.

Como parte de los objetivos de este programa se busca que para el año 2021 se encuentren certificadas más de 1351 parteras. Cabe reconocerse que la etnia a la que pertenecen estas "mamas parteras" son: indígena, afrodescendiente, mestiza y montubias pertenecientes a las provincias de Chimborazo, Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua y Pastaza (MSP, 2020b).

Nuestro país al ser tan rico en conocimientos ancestrales es importante conocer la historia de las comadronas o parteras. Las comadronas reconocen que Dios les ha bendecido con el don de traer niños al mundo y se sienten conectadas tanto con la naturaleza porque poseen la chacana. Así es el caso de Mama Gloria nacida en el sector de Cochasquí en el año de 1934. Ella aprendió desde muy pequeña este oficio con las comadronas de su región y ya para sus 15

años había atendido a su primer parto. Mama Gloria relata como en cada parto era necesario rezarle a San Ramón, ya que es considerado el patrono de embarazadas, parturientas y parteras, con el siguiente rezo:

*“San Ramoncito vos que naciste dentro de la tumba, ayuda ayuda ayuda, despacito despacito, San Ramón no nato que no nació con partera ni con nadie”* (Burbano, 2020).

Cada historia es distinta, ahora es el caso de María Luzmila Morán, a diferencia de Mama Gloria, tuvo que aprender como una necesidad después de su cuarto embarazo, debido a que, su partera no iba a estar siempre con ella y era necesario que se pueda ayudar ella misma, incluso su partera le comentaba a su esposo que debía aprender este oficio para que cuando María lo necesitara, el cortara el cordón umbilical y le ayude en el parto. Comenta que ya ha dado a luz alrededor de 80 niños, incluso entre ellos a sus propios hijos y nietos (Burbano, 2020).

En conclusión, es importante conocer el parto humanizado desde la perspectiva de las parteras, sin embargo, también es necesario comprender el punto de vista de las madres y porque es importante para ellas contar con la ayuda de su partera de confianza en el proceso de su embarazo (Pereira, 2016).

#### **2.2.2.3.4. Parto libre posición.**

El parto en posición libre, también conocido como parto en movimiento o parto activo, es aquel en el que la mujer tiene la libertad de elegir la posición que le resulte más cómoda y efectiva durante el proceso de parto. Dado que el parto constituye uno de los momentos más importantes y estresantes en la vida de las mujeres, independientemente de su edad, posición social, etnia o afiliación religiosa y cultural, es comprensible que en ese momento la mujer experimente una gran vulnerabilidad pues se encuentra desnuda, llena de inseguridades, adolorida y rodeada de individuos desconocidos se enfrenta a la inminente responsabilidad de dar vida (Mazuera Ayala, 2021).

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre la atención del parto, este se reconoce como un proceso fisiológico que, en la mayoría de los casos, puede desarrollarse sin complicaciones para la madre y el recién nacido, constituyendo una experiencia positiva (PAHO, 2019).

Para garantizar una experiencia positiva, la normativa ESAMyN, en su séptimo paso, subraya la necesidad de disponer de un espacio físico adecuado, equipamiento completo, insumos y personal capacitado para la atención del parto en libre posición. Esta disposición busca fomentar que las mujeres puedan caminar y moverse durante el trabajo de parto, así como ejercer la libertad de elegir la postura de su preferencia en el momento de la expulsión (MSP, 2021).

A lo largo de la historia, el parto femenino se realizó, en su mayoría, en posturas que mantenían cierta verticalidad, principalmente en cuclillas, sentada o semisentada. Estas prácticas fueron documentadas y consideradas desde el siglo XVI por el científico Mauriceau (Crespo-Antepara, 2018).

En el Ecuador, la Constitución de la República, en su artículo 10, junto con los incisos a, b, c y d del Acuerdo 00000108, promueve el parto en libre posición. Esta normativa establece la obligación del personal de salud que atiende partos de incentivar la movilización durante el trabajo de parto, garantizar la libre elección de la postura para dar a luz y contar con la capacitación necesaria respecto a las distintas posiciones (Acuerdo Ministerial N.º 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN, 2021).

Diversas investigaciones han demostrado que el lugar donde se lleva a cabo el parto tiene un impacto significativo en sus resultados y en la cantidad de intervenciones médicas utilizadas. Al comparar entornos institucionales alternativos con los convencionales, se ha observado que los primeros están vinculados con una mayor incidencia de partos vaginales espontáneos, menos

necesidad de partos instrumentales y episiotomías, un menor uso de anestesia epidural, una mayor promoción de la lactancia materna y una mayor satisfacción con la atención recibida (Hodnett et al., 2010), además de que en el parto vertical, se ha observado que a menudo se prioriza la comodidad de los profesionales de la salud sobre la de las madres, lo que disminuye los beneficios (Paniagua Urbano & Fernández Ruiz, 2013).

Estos beneficio potenciales y naturales que una mujer experimenta al optar por una posición vertical durante el parto incluyen mejoras en varios aspectos como los mencionados a continuación (Martínez et al., 2001):

- Reducir los riesgos de compresión de la aorta.
- Disminuir la probabilidad de hemorragia.
- Acortar la duración del trabajo de parto.
- Atenuar el dolor durante la fase expulsiva y en el postparto.
- Favorecer una amniorrexis espontánea más tardía.
- Minimizar el riesgo de prolapso del cordón umbilical.
- Mejorar el estado de ánimo y el bienestar psicológico de la mujer.

Por el lado contrario de no practicarse el parto vertical hay algunas desventajas tales como (Zetina-Hernández et al., 2016):

- Aumentar el riesgo de pérdida de sangre.
- Mayor posibilidad de desgarros, sobre todo en primíparas.

Existe una investigación denominada “*El parto en libre posición*”, que analizó 3.486 historias clínicas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús durante el período mayo 2014 – febrero 2015, concluyó que el parto en posición vertical presentaba menor duración que el horizontal. A pesar de ser la opción más natural y fisiológica, la litotomía continuaba siendo la práctica habitual, justificada en la falta de información sobre el derecho a elegir, la preparación insuficiente del personal y de las instituciones, así como en la creencia equivocada de que la postura vertical estaba vinculada con culturas menos civilizadas (Crespo-Antepara, 2018).

La evidencia indicó que, de un total de 551 mujeres que optaron por el parto vertical, el 41,74 % correspondía al grupo etario de 30 a 35 años; además, el 81,49 % se autodefinía como

indígena y el 45,37 % reportaba únicamente educación primaria (Crespo-Antepara, 2018). Por lo que, podemos mirar como el componente cultural y académico involucra en la toma de decisiones en base a las creencias de cada mujer sobre el parto.

Sin embargo, la posición en la que la mujer va a dar a luz, no solo se ve influenciada por sus creencias y las creencias de su entorno cultural. También juega un rol fundamental el entorno físico que rodea a esta mujer en ese momento, es así como en Suecia se realiza un estudio titulado *“La sala de partos y su influencia en la promoción de un parto fisiológico normal: un estudio de entrevista cualitativa con parteras en Suecia”* (Andrén et al., 2021).

En este estudio se investigó las experiencias de las parteras acerca del impacto de una adecuada sala de partos para poder promover un parto fisiológico. La población investigada estuvo conformada por 15 parteras que trabajan en cuatro hospitales distintos en el oeste de Suecia, dos de las cuales también participaban en partos domiciliarios.

A todas estas parteras se les realizó entrevistas individuales, llegando a la conclusión sobre lo crucial que resulta proteger a la madre de cualquier elemento perturbador dentro y fuera de la habitación donde se desarrolla el nacimiento de su bebé. Siendo el objetivo principal convertir las salas de partos en un entorno de apoyo para la madre y su acompañante (Andrén et al., 2021).

Una sala de parto adecuada es aquella que ofrece seguridad emocional y un ambiente hogareño, equipada con recursos como pelotas de pilates, barandillas de apoyo, esterillas de yoga y una bañera en la misma habitación. Puesto que al conseguir que la madre se sienta como en casa en la sala de partos, es más fácil que ella pueda decidir libremente la posición para el parto. Las matronas afirman que las salas de parto hospitalarias reflejan una atención jerárquica y enfocada en el parto como un evento de riesgo, lo que limita una atención ajustada a las necesidades de las madres y de las propias parteras. Se recomiendan mejoras como que en las

paredes de la habitación haya cuadros sobre las diferentes posiciones que pueden facilitar el parto pensando en contar con un material visual como fuente de inspiración (Andrén et al., 2021).

En las entrevistas que se les realizó, narran sus experiencias atendiendo partos y como ellas promueven el parto, mencionando lo siguiente

*“...Si tienes cosas que promuevan que la mujer sea activa, creo que se convierte en un recuerdo positivo de estar activa en su parto, que no sea otro quien lo haga por ti... que eres solo una máquina que saca a este niño...”* (Andrén et al., 2021).

En conclusión, el parto en posición libre, que ofrece a la mujer la posibilidad de elegir la postura más cómoda y eficaz durante el proceso, se consolida como una alternativa que respeta la fisiología natural y favorece una experiencia materna positiva. Este enfoque cuenta con el respaldo de organismos como la OMS y de normativas como la ESAMyN, que destacan la necesidad de garantizar un entorno físico adecuado y brindar el apoyo necesario para que las gestantes puedan movilizarse y decidir libremente su posición de parto, priorizando su bienestar físico, emocional y cultural.

#### **2.2.2.3.5. Abordajes farmacológicos y no farmacológicos utilizados en el dolor.**

En el artículo 11 del acuerdo 00000108, es un derecho de la mujer parturienta ser beneficiará de métodos no farmacológicos que promuevan su comodidad y alivio del dolor durante su trabajo de parto (MSP, 2016c). Por lo que en la normativa ESAMyN se especifica dentro del componente de parto y posparto en el paso ocho que se le debe facilitar a la madre los métodos y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (MSP, 2021).

Las investigaciones sobre el parto y su estrecha relación con el dolor se desarrollaron desde hace varios años. Un ejemplo de ello es el trabajo de Lowe, quien señaló que en aproximadamente el 50 % de los partos la variabilidad del dolor estaba condicionada por factores psicológicos, demográficos y por la experiencia individual (Lowe, 1996).

Al comparar a las primigestas con las multigestas, se observa que las primeras perciben un mayor nivel de dolor que aquellas con experiencia previa de parto, lo cual se relaciona con

sus expectativas, la falta de experiencia y las distintas habilidades de afrontamiento. Asimismo, los partos inducidos tienden a asociarse con un dolor más intenso y, en consecuencia, con una menor satisfacción. En este sentido, un parto con menor dolor incrementa la satisfacción materna (López Mirones et al., 2016).

Para el alivio del dolor al momento del parto las madres pueden escoger la utilización de métodos farmacológicos y no farmacológicos, incluso realizar una combinación entre ellos. Poder ayudar a las madres en la reducción de sus niveles de dolor trae grandes beneficios como la disminución de los niveles de ansiedad y estrés, lo que lleva a una consecuencia de reducción de tiempo al momento del parto.

Sin embargo, según estudios en las revisiones de Cochrane se ha visto que no hay una relación directa entre una alta satisfacción materna y el alivio eficaz del dolor; es ahí donde toma una gran relevancia conocer las experiencias de las madres y saber cuáles podrían ser los cambios para realizar para que las siguientes generaciones de madres pueden vivir un mejor ambiente en donde prime el respeto y la escucha a las necesidades de la embarazada (Thomson, Feeley, Hall Moran, et al., 2019).

En algunas de las madres que recibieron el uso de métodos farmacológicos como la epidural lo decidieron gracias a experiencias previas de dolor como se narra en la siguiente experiencia: *"No me gusta el dolor, quería una epidural. Pasé la mayor parte del tiempo gritando: Quiero una epidural; No me gusta el dolor, duele mucho y no entiendo por qué una mujer querría tener un parto natural; Cuando tengo dolor pienso para mis adentros que me pusieron la inyección, ¿por qué sigo sintiendo dolor?; Esperaba que me pusieran [la epidural] inmediatamente, pero cuando me dijeron 30 minutos, me di por vencida... entonces comencé a gritar"* (Thomson, Feeley, Moran, et al., 2019).

Sin embargo, es importante conocer otro punto de vista acerca de la medicalización de los procesos de parto, porque se ha visto que su uso tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto (PAHO, 2019).

De esta necesidad es que nace la utilización de métodos no farmacológicos, que tienen como objetivo cambiar la percepción de los estímulos dolorosos más no dejar de sentirlos. Entre los métodos más utilizados se encuentran las técnicas psicológicas, de relajación y el tipo mecánico. Poder hacer uso de estas técnicas también tiene sus beneficios, en los que las madres mencionan sentirse más preparadas, tranquilas e incluso empoderadas al conocer nuevas técnicas a utilizar al momento del parto (Thomson, Feeley, Hall Moran, et al., 2019).

En un estudio realizado en Brasil con el objetivo de conocer los perfiles de las madres que utilizaban el método no farmacológico, como la hidroterapia que tienen gran aceptación o el cambio de posición, se obtuvo los siguientes resultados: las madres adolescentes y que no cuentan con estudios, son las que menos hacen uso de este método; por otro lado, el grupo etario que más lo utilizaba es las mujeres de 15 a 35 años, según el nivel de estudios cuentan con una escuela secundaria completa y debido al estado civil, las madres son solteras (Klein & Gouveia, 2022).

#### **2.2.2.3.6. Cesáreas innecesarias.**

La cesárea es un método quirúrgico utilizado al momento del parto para extraer al feto ubicado en el útero de la madre por medio de la pared abdominal y no por la vía vaginal debido a que no ha sido posible la utilización de este método (Vázquez Parra, 2016).

La línea del tiempo de inicio de la cesárea narra su aparición desde la antigüedad antes de Cristo en civilizaciones como Egipto, Grecia y Roma donde la costumbre era realizar incisiones abdominales post mortem para extraer al feto cuando la madre moría durante el parto porque la ley así lo dictaba. Para el siglo I después de Cristo hubo una falsa creencia de que Julio César nació por cesárea, conforme pasa el tiempo alrededor del 500 después de Cristo

hubo las primeras menciones en textos médicos bizantinos de intentos de cesárea con resultados de una madre viva (Baskett & Calder, 2014).

Mas aún en el año 1500 en Suiza, Jakob Nufer, castrador de animales realizó la primera cesárea documentada con supervivencia del binomio y desde allí empieza una evolución desde la introducción de la sutura uterina moderna, la combinación de la cesárea con histerectomía para evitar hemorragias “cesárea de Porro”, el inicio de la incisión transversal baja en el útero hasta el actual desarrollo de la anestesia segura, antibióticos y técnicas quirúrgicas que la convierten en un procedimiento mucho más seguro (Sánchez-Torres et al., 2020).

A nivel mundial la tasa de cesáreas debe ser inferior al 15% de los nacimientos, sin embargo, en algunos países se llega a obtener una tasa de hasta el 40% (Vázquez Parra, 2016). En América Latina se ha llegado a considerar que se sufre una ola de cesáreas, debido a que, en el año 2018 la OMS y la UNICEF determinaron que esta región presenta una estadística del 44.3% y la República Dominicana es considerado a nivel mundial con la tasa más alta con un 58.1% (Riofrío et al., 2023).

Según se menciona en la normativa ESAMyN específicamente en el paso nueve, se debe evitar la realización de forma innecesaria de procedimientos invasivos y cesáreas. Además, de la inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto a más de las cesáreas sin pertinencia médica (MSP, 2021). Entre 2012 y 2015, el Ministerio de Salud Pública (MSP) recopiló información sobre cesáreas en el país, diferenciadas por zonales y tipo de establecimiento. En 2012, la zonal 9 (Distrito Metropolitano de Quito) registró el mayor número de cesáreas en el MSP con 5504 casos. En el sector privado, la zonal 5 (Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar y Galápagos) alcanzó la cifra más alta con 9150 procedimientos. En los hospitales del IESS, la zonal 9 también lideró con 2245 cesáreas, mientras que la zonal 2 reportó la menor cantidad, apenas 10 casos (MSP, 2015a).

Para el año 2015, los centros MSP ubicados en la zonal 9 pasan a ser los cuartos a nivel nacional con un número de 6080 partos por cesárea y ahora la zonal 8 se encuentra a la cabecera con 7875. A nivel privado, la zonal 5 sigue siendo la primera, pero ahora con 11249 cesáreas. Para finalizar, en los hospitales IESS de la zonal 9 se siguen realizando el mayor número de procedimientos quirúrgicos, en donde sube a 3195 y el menor con un reporte de una cesárea en la zonal 2, en la que claramente vemos una disminución de procedimientos quirúrgicos (MSP, 2015a).

Para el año de 2017, la PAHO demuestra la prevalencia de este método quirúrgico y se obtiene datos estadísticos sorprendentes, hay una diferencia entre el sector público y privado, en el primero su tasa de cesáreas no es superior a 22.3%, mientras que en el segundo esta tasa alcanza cifras de hasta 57.5%. Es importante conocer si estas cesáreas fueron realizadas bajo alguna justificación médica, pero ni el 36% de este método de parto tiene una justificación clínica (Ortiz Prado et al., 2017).

Con los datos antes vistos, se llega fácilmente a la conclusión que las cifras de cesáreas en el Ecuador son elevadas y se realizan de forma innecesaria, por lo que hasta hay un gasto económico fuerte que representa aproximadamente 200 millones de dólares, mismo que es ocupado en intervenciones realizadas sin una justificación clínica (Bernarda Ledesma Muñoz et al., 2023).

Para finalizar, es importante reconocer ciertos factores de riesgo para que una mujer embarazada sea sometida a una cesárea. En México se realizó un estudio para identificar a estos factores, se obtuvieron los siguientes resultados (Bernala et al., 2024):

- Edad de la madre
  - Si tiene más de 35 años, su probabilidad de ser intervenida es del 61%.
  - Si tiene menor de 20 años y es primípara, su riesgo aumenta 6 veces.
- Decisión del médico
  - El personal de salud opta por un procedimiento quirúrgico debido a su facilidad, en comparación con la vigilancia del trabajo de parto que en muchos casos puede ser prolongada.

- Petición materna
  - Las madres prefieren un parto por cesárea debido a que, el parto por vía vaginal es asociado a dolor y sufrimiento.
  - Las madres refieren tener miedo a no tener un buen desempeño al momento del parto por vía vaginal y que pueden de esa manera comprometer el bienestar de su hijo, por lo que piden de forma voluntaria a su médico que se les realice una cesárea.

#### **2.2.2.3.7. Apego inmediato.**

La OMS procura que todas las mujeres embarazadas y los recién nacidos en el mundo reciban una atención de calidad, basada en experiencias positivas durante el parto, con el fin de consolidar las bases para una maternidad saludable (PAHO, 2019) y para alcanzar este objetivo parte de las acciones a realizarse es el apego inmediato del recién nacido a la piel de su madre.

Entonces, se define como contacto piel con piel, a aquella actividad donde se le coloca al recién nacido desnudo sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre dentro de los primeros 10 minutos posteriores al parto, y mantiene esta cercanía durante al menos una hora. También conocido como “método de la madre canguro” haciendo referencia al contacto temprano piel con piel en las primeras 24 horas después del parto (Moore et al., 2007).

La normativa ESAMyN, en su paso diez, resalta el valor del apego inmediato como parte de las prácticas de atención al parto, priorizando el contacto piel con piel inmediato y sostenido durante al menos una hora (MSP, 2021).

Se debe fomentar la práctica del contacto piel con piel para todas las mujeres, sin importar la vía de culminación del parto. Esta práctica, es muy común en los partos vaginales, que en los partos por cesárea. El contacto piel con piel durante la cesárea empodera a las mujeres al brindarles una sensación de conexión más natural durante el proceso de parto (Deys et al., 2021).

De acuerdo con la normativa ESAMyN, el contacto piel con piel debe garantizarse aun en cesáreas con anestesia raquídea, excepto en los casos donde la condición de salud de la madre o del neonato lo impida. Para considerar alcanzado este indicador, se requiere que el 80 % de

las mujeres encuestadas refiera haber colocado a su hijo sobre su pecho inmediatamente tras el nacimiento y haberlo mantenido allí durante al menos una hora, salvo decisión personal o razones médicas (MSP, 2021).

El contacto piel con piel siempre se debe ejecutar y mantener cuando no haya complicaciones durante la primera hora después del nacimiento (PAHO, 2019). Es así como el apego inmediato es un momento crucial para la conexión del binomio de manera inmediata y natural. Durante este apego, se producen varios beneficios, entre ellos: facilitar el intercambio de calor, transmisión de sustancias beneficiosas como las bacterias de la piel, estabilizar la temperatura corporal del recién nacido, regular su frecuencia cardíaca y respiratoria, facilitar la lactancia materna temprana, garantizar el consumo de la primera leche que produce la madre (calostro), promover el contacto visual, y reconocimiento mutuo. Creando un vínculo afectivo entre las partes y promoviendo un bienestar emocional y físico para ambos (Moore et al., 2007).

Otro beneficio de este contacto piel a piel es el reducir los síntomas depresivos y estrés fisiológico propio del período de posparto (Bigelow et al., 2012). Según Ghanbari – Homayi, el contacto piel con piel es un factor predictivo clave para la experiencia del parto. Además, se destaca su eficacia en el inicio temprano de la lactancia, la regulación de la temperatura corporal del bebé, la protección contra infecciones y la mejora de su salud cardiovascular y respiratoria. Esta práctica también contribuye a reducir la mortalidad infantil, aumentar los niveles de glucosa en sangre, fortalecer el vínculo entre la madre y el neonato, y mejorar la confianza materna en el cuidado del bebé. Es esencial que las mujeres reciban una educación prenatal adecuada sobre la importancia del contacto piel con piel para fortalecer el vínculo madre-hijo y garantizar una experiencia de parto positiva sin importar el tipo de parto (Ghanbari-Homayi et al., 2020).

Sin duda madre e hijo son los beneficiarios del contacto piel con piel después del nacimiento (Kahalon et al., 2021). En resumen, el apego inmediato durante el nacimiento se orienta a propiciar la interacción y el lazo afectivo entre la madre y su recién nacido desde el

inicio de la vida extrauterina. A través de la normativa ESAMyN se enfatiza en la importancia del apego inmediato como parte integral de la atención al parto porque promueve el bienestar emocional y físico del binomio anteriormente mencionado.

#### ***2.2.2.3.8. Procedimientos médicos realizados al recién nacido con acompañamiento materno.***

Según el acuerdo 00000108 artículo 14 inciso a y b, el pediatra estará obligado a realizar e informar sobre la atención inicial del recién nacido con acompañamiento materno (MSP, 2016c).

En la normativa ESAMyN se toma en cuenta este acuerdo y se estipula de forma clara en el paso once que la realización de los procedimientos preventivos del recién nacido se los realiza frente a la madre o el acompañante dentro de la primera hora de vida; en el literal a, se estipula que la identificación del neonato debe ser por medio de brazaletes de forma inmediata y en el literal b se especifica los procedimientos médicos a realizar como la toma de medidas antropométricas, profilaxis ocular y la administración de vitamina K (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

En caso de que el recién nacido sano sea catalogado como de bajo riesgo, uno de los primeros procedimientos a realizar de forma inmediata en el momento del nacimiento es evitar la hipotermia y promover el contacto piel con piel entre la madre y su hijo; se recomienda que este momento sea de intimidad para la madre y su recién nacido en donde se favorezca un ambiente cálido y con el menor número posible de personal de salud, esto se debe a que se recomienda que este tiempo de contacto entre el binomio sea de 50 a 110 minutos. Durante este tiempo se realiza el test de Apgar al primer y quinto minuto, se identifica al recién nacido y se realiza el pinzamiento del cordón umbilical. Los procedimientos preventivos como tomar sus medidas antropométricas y la realización de un examen físico completo, se pueden posponer, vale la pena

recalcar que se procede de esta forma en los recién nacidos categorizados como sanos (Sánchez et al., 2009).

### **2.2.2.3.9. Signos de alarma del binomio.**

Con el fin de garantizar la detección temprana de complicaciones y reducir las muertes maternas y neonatales, el paso 14 de la normativa ESAMyN determina que los familiares y padres deben recibir información sobre los signos de alarma en madre e hijo, procedimiento que debe efectuarse antes del egreso hospitalario (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021).

Se ha establecido que los cuidadores y progenitores sepan los signos de alarma que se pueden presentar en su recién nacido desde que se encuentra en su estancia hospitalaria e incluso se los vuelve a recordar antes del alta médica (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016).

Debido a que la madre no puede ser descuidada en su proceso de puerperio, también se le debe recordar a ella y a sus familiares o acompañante, cuáles son los signos de peligro que se pueden presentar en ella (MSPAS, 2010).

#### **Tabla 1**

*Signos de alarma en el binomio madre e hijo*

<b>Signos de alarma</b>	
<b>En el recién nacido</b>	<b>En la madre</b>
Fiebre > 37,5 °C*	Fiebre > 38 °C
Hipotermia < 36,5 °C	Sangrado genital abundante
Aumento de la frecuencia respiratoria**	Dificultad respiratoria
Dificultad al momento de la alimentación	Epigastralgia

Irritabilidad***	Cefalea
Hipotonía, llanto débil y letargia	Hipertensión arterial
Piel con palidez, cianosis o ictericia	Involución uterina
Presencia de lesiones vesiculares	Visión borrosa
Vómitos persistentes	Vómito
Diarrea****	Diarrea
Diuresis disminuida	Retención de restos placentarios
La eliminación de heces no se ha realizado en más de 48 horas	Desgarros en la zona perianal o a nivel de la herida quirúrgica por cesárea
Convulsiones	Convulsiones

Notas: \* Se debe capacitar a los padres sobre el correcto uso del termómetro. \*\* Se les enseña a los padres a identificar el patrón respiratorio normal y a contar el número de respiraciones que se producen en un minuto. \*\*\* Los padres tomarán como signo de alarma una vez que se haya descartado otras razones que la provoquen como hambre, calor o falta de higiene. \*\*\*\* Los padres tomarán como signo de alarma, sobre todo si cuenta con presencia de sangre.

En Paraguay se realizó un estudio para el año 2021 en donde, se buscaba medir los conocimientos de las madres acerca de los signos de alarma en el recién nacido, en donde se obtuvo los siguientes resultados; los signos mejor reconocidos fueron tres: presencia de sangre en las heces, hipertonía de las extremidades y llanto persistente, sin embargo, solo el 27.2% de las madres encuestadas sabía con exactitud cuando referirse a que su hijo presenta fiebre, es por esto que, las madres no reconocían cuando la fiebre es un signo de alarma (Agüero & Meza, 2021).

#### **2.2.2.3.10. Métodos de planificación familiar.**

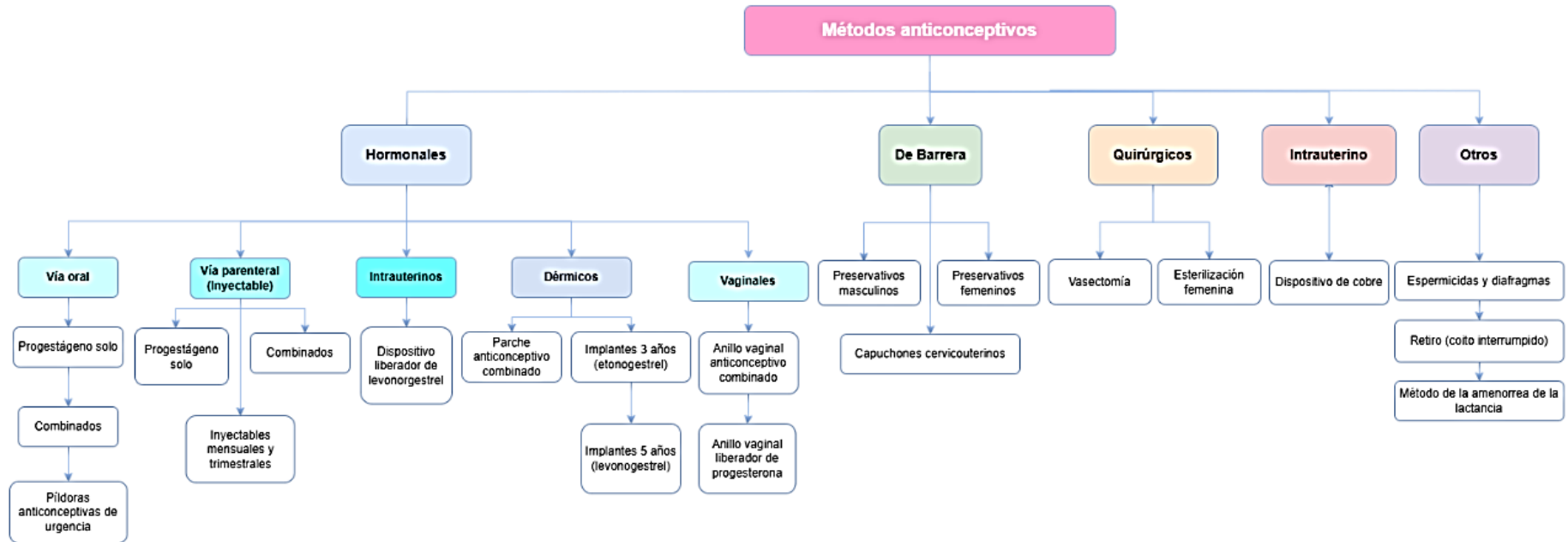
El acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluyan una variedad de opciones anticonceptivas, es crucial para salvaguardar los derechos y el bienestar de mujeres, niñas, hombres y niños. Esta garantía asegura la prevención de las repercusiones adversas para la salud y el bienestar socioeconómico derivadas de embarazos no deseados, al tiempo que fomenta una vida sexual satisfactoria. Iniciativas globales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, subrayan la importancia de este acceso como un derecho fundamental, reconociendo su papel en la promoción de la equidad y el desarrollo sostenible a nivel mundial (PAHO, 2020).

Basándose en lo mencionado anteriormente, los métodos de planificación familiar se convierten en un requisito esencial de la normativa ESAMyN. En el paso 14 de esta normativa, se asegura que todas las mujeres que hayan pasado por un evento obstétrico reciban asesoramiento y acceso a cualquier método anticonceptivo de su elección. Para dar cumplimiento a este indicador el 100% de las mujeres en posparto encuestadas deben haber recibido esta asesoría y al menos el 80% de ellas accedan y utilicen estos métodos anticonceptivos según su elección pudiendo elegir de entre al menos cinco métodos (MSP, 2021).

A pesar de la importancia de garantizar el acceso a los anticonceptivos, su implementación efectiva puede enfrentar varios desafíos. El uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) después del parto puede verse obstaculizado por la falta de conciencia por parte de los pacientes, altos costos iniciales y una falta de atención médica adecuada (J. Tang et al., 2014). Las barreras más notables incluyen la insuficiente prestación de asesoramiento, falta de integración de la planificación familiar postparto y la dificultad para abordar las normas religiosas y tradicionales que pueden tener una visión negativa sobre el uso de anticonceptivos (Nabhan et al., 2023).

En nuestro país según la infografía "Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos - ECUADOR 2021", los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres ecuatorianas de entre 15 y 49 años son los siguientes: en primer lugar se encuentra la ligadura de trompas, con un porcentaje del 45.2%; seguido por los anticonceptivos orales, con un 15.5%; las inyecciones, con un 15.1%; los implantes, con un 8.1%; los condones masculinos, con un 7.6%; y los dispositivos intrauterinos, con un 7.1% (OMS, 2022b).

Hemos elaborado un cuadro sinóptico en base al Manual Mundial de Planificación familiar tercera edición versión actualizada, 2019 donde resumimos los diversos métodos anticonceptivos a disposición de las pacientes y todo ser humano.



(OMS &amp; OPS, 2019)

#### **2.2.2.4. Componente lactancia materna.**

##### **2.2.2.4.1. Definición biomédica lactancia materna.**

La leche materna, secretada por la glándula mamaria, posee una composición altamente compleja que integra nutrientes, defensas inmunológicas, hormonas y enzimas. Gracias a ello, constituye el alimento más adecuado para el lactante en sus primeros seis meses GARICA

Durante la succión del pezón y la areola se estimulan las terminaciones nerviosas, que envían impulsos al cerebro materno. Como consecuencia, se libera oxitocina, hormona responsable de provocar la contracción de las células musculares que rodean los folículos y de facilitar la eyección de la leche. Este reflejo está condicionado no solo por la frecuencia de succión del lactante, sino también por el estado emocional y afectivo de la madre (Díaz-Gómez & Domenech, 2000).

La lactancia materna, desde una perspectiva biomédica, se define como el proceso en el cual una mujer produce y suministra leche directamente de su pecho a su hijo recién nacido o lactante. Esta leche representa una fuente esencial de nutrición y protección para el bebé, ya que contiene una amplia gama de nutrientes, anticuerpos, hormonas y otros componentes bioactivos que contribuyen al crecimiento y desarrollo saludable del lactante. En términos biomédicos, la lactancia materna también implica la estimulación de las glándulas mamarias para la producción de leche, así como la regulación de la secreción hormonal, como la oxitocina y la prolactina, que desempeñan un papel fundamental en este proceso (Moore et al., 2007).

Siguiendo esta mirada biopsicosocial la leche humana puede considerarse un híbrido biológico-social, ya que va más allá de ser simplemente una fuente de nutrientes, puesto que este fenómeno biológico puede ser influenciado y modificado por factores sociales, económicos y culturales particulares de cada madre (Asociación Española de Pediatría, 2008).

Factores como el apoyo familiar, las políticas laborales que permiten o dificultan la lactancia materna, las prácticas culturales relacionadas con la alimentación infantil y las creencias individuales de la madre sobre la lactancia pueden influir significativamente en la duración y el éxito de la lactancia materna (López Sáleme et al., 2019).

Por ende, para comprender y abordar la lactancia materna exclusiva ESAMyN sigue lineamientos esenciales para su implementación, como lo son (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021):

- Brindar asistencia a las mujeres para iniciar y mantener la lactancia materna, incluso cuando exista separación del recién nacido, salvo en casos de diagnóstico de VIH.
- Garantizar que a los neonatos amamantados no se les administre ningún alimento o líquido distinto a la leche materna, excepto cuando existan indicaciones médicas justificadas.
- Implementar el alojamiento conjunto, permitiendo la permanencia continua de la madre y su hijo durante las 24 horas del día.
- Promover la lactancia materna a libre demanda, sin imponer horarios ni restricciones en su frecuencia.
- Evitar la utilización de biberones o chupones en los recién nacidos que reciben leche materna.
- Facilitar la integración de las madres en grupos de apoyo a la lactancia y referirlas a estos al momento del alta hospitalaria.
- Cumplir con lo establecido en el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, que regula la promoción y comercialización de productos sustitutos.

Por lo que podemos concluir que la lactancia materna exclusiva es fundamental para el crecimiento y desarrollo saludable del bebé, proporcionando una nutrición óptima y protección contra enfermedades. ESAMyN ofrece directrices para promover y apoyar la lactancia materna exclusiva, reconociendo su importancia para la salud materno-infantil.

Para abordar este tema es importante conocer su perspectiva epidemiológica como lo haremos en el siguiente apartado.

#### **2.2.2.4.2. Historia sobre la lactancia materna.**

La alimentación de los lactantes y de los niños pequeños constituyó una preocupación permanente para los organismos internacionales, motivo por el cual se destinaron importantes esfuerzos humanos y económicos con el fin de fortalecer la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. En 1992, durante la Conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma y convocada por la FAO y la OMS, la promoción de la lactancia fue reconocida entre los ocho ejes prioritarios de la agenda mundial en nutrición (Asociación Española de Pediatría, 2008).

Aunque la lactancia ha sido apoyada en foros internacionales y promovida por UNICEF y la OMS, la desnutrición y los problemas derivados de su abandono seguían ocasionando el 60 % de las defunciones anuales en menores de cinco años (Asociación Española de Pediatría, 2008).

Aproximadamente 5,500 niños fallecen diariamente debido a malas prácticas de alimentación. Esto genera consecuencias a largo plazo como alteraciones en su desarrollo, desnutrición, aumento de infecciones, enfermedades crónicas y obesidad infantil. Estos datos subrayan la importancia de apoyar la lactancia materna para prevenir estas graves consecuencias y reducir la mortalidad infantil (OMS et al., 2008).

A nivel mundial según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, para el año 2020 la tasa de lactancia materna exclusiva en Latino América y el Caribe es del 37,3% mientras que a nivel mundial es de 43,8% (FAO et al., 2023).

El análisis de la Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna, aplicado en 194 naciones, mostró que la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses solo se alcanzaba en el 40 % de los casos, mientras que únicamente 23 países registraban índices superiores al 60 % (OMS, 2017).

Según la constitución del Ecuador del 2016, en los artículos 18, 19, 20, 21 y 22 del acuerdo 00000108, se norma prever como un derecho el recibir información sobre los beneficios y técnicas de manejo con un inicio temprano para fomentar la lactancia materna a través de un alojamiento en conjunto para asegurar una lactancia a libre demanda enseñando a las madres las señales de hambre y saciedad de sus hijos (MSP, 2016c).

En el Ecuador para el año 2012 según ENSANUT “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición”, la duración promedio de lactancia materna tiene relación con los diferentes quintiles económicos, se ha visto que la duración en el quintil 2 es de 18.5 meses, mientras que en el quintil 5 considerado como rico la duración de lactancia materna es de 12.9 meses. Se ha encontrado una gran diferencia en la prevalencia de lactancia materna exclusiva según la ubicación geográfica de la madre, si se encuentra en el área rural su prevalencia es de 58.9% mientras que en el área urbana es de 35.9%; también hay un contraste en la continuación de la lactancia al año de vida, en el área rural es de 70.5%, mientras que en el área urbana es de 52.9% (Freire et al., 2012).

#### **2.2.2.4.3. Factores de riesgo para el abandono de la lactancia.**

Se han estudiado algunos factores de riesgo como el tipo de parto, en un estudio realizado en los países de España y Suiza se obtuvo los siguientes resultados a los tres y seis meses (Sayres & Visentin, 2018).

**Tabla 2**

*Relación existente entre el tipo de parto y la interrupción de la lactancia materna exclusiva.*

<b>Tipo de parto</b>	<b>3 meses</b>	<b>6 meses</b>
<b>Estudio realizado en España</b>		
<b>Cesárea</b>	51%	25%
<b>Vía vaginal</b>	67.6%	33%

<b>Estudio realizado en Suiza</b>	
<b>Cesárea</b>	58.1%
<b>Vía vaginal</b>	79.8%

Tabla realizada por las investigadoras Guerrero & Haro.

En la tabla se observa cómo el 51 % de las madres que culminaron su embarazo mediante una cesárea al culminar 3 meses de puerperio abandonaron la lactancia materna exclusiva a diferencia del 67.6 % que mantuvo una lactancia exclusiva en el mismo lapso. Una estadística similar la evidencia en el estudio realizado en Suiza, por lo que podemos aseverar que el culminar el parto por vía vaginal asegura periodos más largos de lactancia materna exclusiva.

Otro factor de riesgo es la ubicación demográfica de la madre, se visibilizó que los grupos de lactancia materna a pesar de que se encuentran en varias áreas metropolitanas, los beneficios son mayores para la población blanca, adinerada y que residen en áreas suburbanas; en donde se observa claramente la desigualdad al momento de repartir los recursos (Grubestic & Durbin, 2021). Las condiciones socioeconómicas también representaban un riesgo: las madres que eran cabeza de familia y retornaban al trabajo tenían mayores dificultades para sostener la lactancia exclusiva. Este problema se agravaba por la comercialización indiscriminada de sucedáneos, a pesar del control que ejercían la UNICEF y la OMS mediante el Código Internacional (Campiño & Duque, 2019).

Las madres que ya presentaban antes del embarazo el riesgo de consumo de tabaco o incluso si lo mantuvieron en el embarazo, presentan un aumento de probabilidades de abandonar la lactancia materna exclusiva, a los tres meses de vida de su hijo tienen una probabilidad del 55% y ya para el cuarto mes puede llegar a incrementar hasta un 84% (Mulero, 2020).

En una investigación realizada en México se identificaron aspectos relevantes sobre la influencia de la cultura, las creencias y los mitos en la decisión de las madres de no continuar con la lactancia materna exclusiva. Entre las percepciones más frecuentes se encontraba la idea de que, a partir de los cuatro meses de vida, la leche materna dejaba de ser suficiente y era

necesario introducir otros alimentos para prevenir la desnutrición, lo que conllevaba a iniciar de manera anticipada la alimentación complementaria (Carrillo et al., 2020).

#### **2.2.2.4.4. Beneficios y medidas implementadas.**

##### **2.2.2.4.4.1. Lactancia durante la primera hora después del parto.**

La leche materna puede ser conceptualizada como la "primera vacuna" que recibe el bebé, ya que le proporciona protección contra una gran variedad de infecciones a las que está expuesto durante su primer año de vida (Field, 2005), por lo que brindar esta leche humana durante la primera hora después del parto es totalmente indispensable.

En consideración a la relevancia de la lactancia materna, la OMS junto con UNICEF publicaron en 2018 el documento Protección, promoción y apoyo a la lactancia: el rol especial de los servicios de maternidad. En su cuarta sección, titulada Las bases científicas de los diez pasos para una lactancia exitosa, se incluyó como cuarto objetivo el de ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora tras el parto. Asimismo, organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia recomendaron iniciar la lactancia dentro de la primera hora de vida y mantenerla de manera exclusiva durante los seis primeros meses (OMS & UNICEF, 2018).

La normativa ESAMyN establece en su paso 10 que los recién nacidos tienen derecho a iniciar la lactancia durante el primer contacto con su madre, preferentemente en la primera hora de vida, a menos que la madre no lo consienta. La verificación de este indicador requiere que el 80 % de las mujeres atendidas declare haber recibido la recomendación o haber iniciado efectivamente la lactancia dentro de ese período (MSP, 2021).

El contacto piel con piel entre madre y recién nacido durante la primera hora de vida, facilitado a través del amamantamiento, constituye un momento crucial que aporta múltiples beneficios. Iniciar la lactancia tempranamente mejora su eficacia, reduce la necesidad de

fórmulas durante la hospitalización y favorece la prolongación de la lactancia exclusiva. Asimismo, este proceso proporciona ventajas adicionales al neonato, como una mejor regulación térmica y una adaptación metabólica e inmunológica más adecuada (Widström et al., 2019).

Asimismo, resulta esencial evitar que los recién nacidos reciban cualquier alimento o líquido distinto a la leche materna, salvo cuando exista una indicación médica. Esto implica que la lactancia debe constituir el único alimento para el neonato, ya sea proveniente de su madre o de un banco de leche humana. Tal disposición corresponde al paso 16 de la normativa ESAMyN, que también prohíbe el uso de agua glucosada, suero oral o sucedáneos de la leche materna para pruebas de tolerancia oral. Cada establecimiento de salud certificado en ESAMyN debe garantizar el cumplimiento de este criterio en al menos el 80 % de los casos (MSP, 2021).

En conclusión, la promoción de la lactancia materna durante la primera hora de vida resulta fundamental, pues la leche materna aporta beneficios invaluable al recién nacido, al actuar como su primera vacuna contra diversas infecciones y favorecer un crecimiento y desarrollo óptimos. Esta práctica está respaldada tanto por la normativa ESAMyN como por organismos internacionales como la OMS y UNICEF, los cuales destacan su relevancia para la salud del binomio madre-hijo. Garantizar su cumplimiento en los establecimientos de salud permite fortalecer la salud infantil y materna a nivel mundial.

#### **2.2.2.4.4.2. Prestar apoyo para iniciar la lactancia y grupos de apoyo**

Debido a la importancia de la lactancia materna y todos los beneficios que aporta tanto a la madre como a su hijo, se ha visto necesario su apoyo, es debido a esto que en la normativa ESAMyN se especifica que en el paso 15 se debe brindar apoyo a las madres desde el nacimiento de su hijo para que se inicie con este tipo de alimentación y se mantenga por lo menos los primeros seis meses de vida. Incluso, si el recién nacido es separado de la madre por alguna causa médica, se le impulsa a la madre a empezar en este proceso (MSP, 2021).

Los grupos de apoyo para la lactancia han demostrado ser efectivos, ya que impulsan su exclusividad y duración, aportando beneficios tanto al niño como a la madre y reduciendo costos familiares al disminuir el uso de fórmulas. Su finalidad es fomentar y promover la lactancia materna.

#### **2.2.2.4.5. Lactancia a libre demanda.**

Según la OMS y la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, surgida en 1991 en el Congreso Mundial de Pediatría en Ankara, la lactancia materna a libre demanda es la mejor estrategia de alimentación infantil hasta los dos años o más. Esta iniciativa, sustentada en diez pasos, tiene como propósito la aplicación de la misma mediante políticas de apoyo, protección y difusión. El objetivo es garantizar que las madres tengan la libertad de elegir cómo alimentar a sus hijos, y ofrecerles la oportunidad de que estén informadas, se preparen adecuadamente y reciban asesoría de parte de un personal experto en lactancia materna (Romo, 2021).

Conocer y aplicar los diez pasos para una lactancia materna exitosa, definidos por la Asociación Española de Pediatría, resulta clave para asegurar una lactancia efectiva. Porque no solo contribuyen a disminuir la morbilidad infantil, sino que impulsan el bienestar integral del niño reforzando la confianza materna en su capacidad de amamantar (Asociación Española de Pediatría, 2008):

- 1) Disponer de una política escrita y asegurar que sea conocida por todo el personal de salud.
- 2) Capacitar al personal sanitario para garantizar la aplicación efectiva de la política de lactancia materna.
- 3) Educar a todas las mujeres embarazadas acerca de los beneficios de la leche materna.
- 4) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de los primeros 30 minutos posteriores al parto.
- 5) Brindar formación a las madres sobre técnicas adecuadas de amamantamiento.
- 6) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- 7) Favorecer la cohabitación continua de madres e hijos durante las 24 horas del día
- 8) Ofrecer asesoramiento en lactancia materna cada vez que se solicite
- 9) No dar chupones
- 10) Organizar grupos de apoyo dentro de los servicios de salud y garantizar el acompañamiento posterior al alta hospitalaria.

Para promover la lactancia a libre demanda resulta fundamental aplicar el alojamiento conjunto. Por ello, la normativa ESAMyN, en su paso 17, establece que la madre y el recién nacido deben permanecer en cohabitación continua durante las 24 horas del día, incluso en los casos de mujeres con VIH. Lineamiento considerado cumplido cuando al menos el 80 % de las madres y sus hijos lo practican en el alojamiento conjunto.

El paso 18 de la normativa señala que el alojamiento conjunto contribuye a la lactancia a libre demanda, evitando imponer horarios o restricciones en la frecuencia y duración de las tomas. También dispone que las madres reciban apoyo para identificar las señales de hambre y saciedad del niño. La verificación de este indicador se realiza mediante encuestas en el posparto, alcanzándose su cumplimiento si el 80 % de las mujeres describe al menos dos señales relacionadas (MSP, 2021).

Cabe recalcar que la alimentación perceptiva es un aspecto crucial durante la primera infancia. Porque establece la base para el desarrollo integral del ser humano, desde sus aspectos físicos, psicológicos, sociales, emocionales, comportamentales y cognitivos. La alimentación perceptiva implica que los padres o cuidadores estén atentos a las señales de hambre y saciedad del niño, y respondan de manera amorosa y apropiada según la edad y etapa de desarrollo (Pérez Escamilla & Segura Pérez, 2019).

En esencia, es importante que los padres estén familiarizados con las señales de hambre desde el nacimiento hasta los seis meses de edad de su hijo. Estas señales se manifiestan en tres fases distintas: en primer lugar, las señales tempranas indican que el recién nacido está hambriento, mostrándose inquieto, abriendo la boca y cuando el bebé gira la cabeza hacia el pecho de la madre o hacia el biberón; en segundo lugar, las señales intermedias muestran un mayor grado de hambre, con el bebé estirándose, moviéndose más, arrugando los labios, haciendo ruido con ellos o llevándose la mano a la boca; finalmente, las señales tardías donde

el bebé debe ser calmado antes de alimentarse, manifestándose a través del llanto, movimientos agitados, puños cerrados y enrojecimiento de la piel (Cruz Chávez, 2020).

Además de lo ya señalado, resulta esencial reconocer las señales de hambre en los niños entre los 6 y 24 meses de edad. Estas pueden manifestarse al señalar o extender los brazos hacia los alimentos, abrir la boca cuando se les ofrece comida, expresar entusiasmo al observar alimentos y utilizar movimientos de las manos o sonidos para indicar que desean continuar alimentándose (CDC, 2020).

Reconocer las señales de saciedad es otro aspecto importante para considerar empezando por conocer que la elevación del contenido de lípidos al final de la toma de la leche materna va más allá de las consideraciones nutricionales porque a través de las propiedades organolépticas la señal de saciedad se activa cuando las papilas gustativas se saturan con la materia grasa de la leche (Asociación Española de Pediatría, 2008). Desde el nacimiento hasta los seis meses, el niño expresa plenitud mediante gestos como cerrar la boca, mover la cabeza para evitar más alimento o aflojar las manos. A medida que los niños crecen entre los 6 y los 24 meses, muestran señales de saciedad al apartarse de los alimentos, cerrar la boca cuando se le ofrece comida, girar la cabeza para rechazarla o utilizar movimientos de las manos y sonidos para indicar que están satisfechos. Comprender y atender estas manifestaciones resulta esencial para garantizar una alimentación adecuada en cada lactante (CDC, 2020).

En resumen, la OMS y la Iniciativa Hospital Amigo del Niño avalaban la práctica de la lactancia materna a libre demanda hasta los dos años o más, sustentada en los diez pasos hacia una lactancia exitosa planteados por la Asociación Española de Pediatría. Estas iniciativas no solo benefician a los niños, sino que también fortalecen la confianza y seguridad de las madres en su capacidad para cuidar y alimentar a sus hijos. En conjunto, promueven un cuidado cariñoso y sensible durante la primera infancia, sentando las bases para un futuro saludable y feliz. Sin embargo, hay algunas barreras que impiden su correcta implementación.

#### **2.2.2.4.6. Barreras de la lactancia materna.**

Una de las barreras es el personal de salud, se estima que durante el primer año de vida el lactante recibe más de siete visitas médicas con el pediatra, este momento es el indicado para conocer más acerca de la alimentación que se está manteniendo en el paciente, conocer a la madre, sus factores de riesgo y como ella lleva sus metas de alimentación con leche materna y cuáles son sus propias barreras para no continuarla, de esta forma los pediatras pueden ayudar a las madres a no abandonar antes de los seis meses la lactancia exclusiva (Sayres & Visentin, 2018).

La sociedad desempeña un rol relevante en las decisiones relacionadas con la continuidad de la lactancia materna, puesto que los medios de comunicación se puede difundir la idea de normalidad respecto al consumo de sucedáneos de la leche materna y al uso de biberones (AEP, 2009). Por lo que, dentro de la normativa ESAMyN, el paso 19 remarca la importancia de evitar el uso de biberones y chupones en los neonatos prefiriendo la leche materna (MSP, 2021).

Por otro lado, los estándares de belleza impuestos por la sociedad promueven a que la madre cuide su apariencia física y abandone la lactancia materna por miedo a perder su figura y que la apariencia de sus senos cambie (AEP, 2009).

El regreso de las madres al trabajo, cada país tiene sus normativas de maternidad y paternidad para el regreso al área laboral. Este es un factor de riesgo que también debe ser tomado en cuenta debido a que, las madres regresan a sus trabajos para seguir aportando a la economía familiar (Sayres & Visentin, 2018).

Una investigación realizada en Esmeraldas evidenció que las madres interrumpían la lactancia exclusiva principalmente por reincorporarse al trabajo o a los estudios. Otras causas correspondieron a la introducción de alimentos complementarios que reducían la producción de

leche y, en menor medida, a preocupaciones estéticas y de seguridad (Acosta Silva & De la Rosa Ferrera, 2018).

#### **2.2.2.4.7. Incentivar la lactancia materna.**

##### **2.2.2.4.7.1. Importancia de incentivarla.**

La lactancia materna proporciona al bebé un excelente comienzo en la vida, contribuyendo al desarrollo físico y psicológico más apropiado, así como a una mayor protección contra problemas de salud tanto para el bebé como para la madre (Asociación Española de Pediatría, 2008), una vez que conocemos las barreras y problemas que influyen negativamente en la instauración y el mantenimiento de la lactancia.

Es crucial que los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería, estén debidamente capacitados en lactancia y sus técnicas, ya que son responsables de promover, apoyar y enseñar las prácticas adecuadas. Las investigaciones han demostrado que las madres que reciben información adecuada son más propensas a continuar con la lactancia pese a los desafíos que puedan surgir. Por lo tanto, es fundamental dar la capacitación necesaria, ya que la falta de conocimientos y habilidades en la promoción y orientación de la lactancia materna puede resultar en un impacto negativo en los esfuerzos de promoción de la salud en general (Calapiña & Paredes, 2022).

El informe de la OMS/UNICEF publicado en 2003 en Ginebra resaltaba, en las secciones 30, 31 y 34, la obligación de mantener el apoyo a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño junto con la aplicación de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. Igualmente, insistía en la necesidad de extender esta política más allá de los hospitales hacia clínicas y centros de salud, con el fin de consolidar la promoción y el respaldo a la lactancia materna de manera más eficaz (OMS & OPS, 2002).

La promoción de la lactancia materna se reconocía como un factor decisivo en la consecución de los ODS, dado que fortalecía la nutrición (ODS 2), prevenía la mortalidad infantil y las enfermedades no transmisibles (ODS 3), y favorecía el desarrollo cognitivo y educativo (ODS 4). De este modo, su práctica no solo beneficiaba a niños y madres, sino que también contribuía de manera directa al avance de la agenda del desarrollo sostenible (OMS, 2017).

Es importante incentivarla porque ofrece una serie de beneficios para la madre, incluyendo una recuperación más rápida del tono uterino después del parto, reduce el riesgo de desarrollar osteoporosis, cáncer de ovario y cáncer de mama. Recientemente, también se ha sugerido que la lactancia materna puede ayudar a disminuir los niveles de presión arterial sistólica y diastólica durante la lactancia, con una tendencia a la disminución a lo largo de los primeros seis meses de lactancia (Rossato, 2008).

Los beneficios para el recién nacido están asociados con la protección contra diversos trastornos infecciosos, como la gastroenteritis, otitis media e infecciones respiratorias bajas y disminuye el riesgo de síndrome metabólico. Estos mecanismos protectores van a continuar durante la infancia e incluso después de que se haya suspendido la lactancia materna. Además, se ha observado que la lactancia materna mejora el neurodesarrollo, disminuye el riesgo de desarrollar obesidad y sobrepeso, aumenta la agudeza visual y reduce el riesgo de maltrato físico, verbal y emocional (Rossato, 2008).

También incluye beneficios económicos frente a la alimentación con fórmula infantil porque si la lactancia materna fuera exclusiva y se comprendieran plenamente sus beneficios, el estado podría ahorrar en gastos relacionados con la compra de sucedáneos de la leche materna, así como en futuros costos relacionados con el cuidado de la salud. Además, habría un menor costo neto de los alimentos familiares ya que es más costoso proporcionar una fórmula infantil que amamantar, que a la larga aumenta la incidencia de enfermedades, lo cual termina aumentando los costos asociados con la atención médica (León-Cava, 2002).

En términos generales, se consideró prioritario ampliar los procesos de capacitación relacionados con la promoción de la lactancia materna, a fin de asegurar la adecuada ejecución de lo dispuesto en la normativa ESAMyN(Calapiña & Paredes, 2022). Se evidenció que fomentar la lactancia materna constituyó un pilar fundamental para garantizar la salud de las madres y los niños, así como para fortalecer el bienestar social.

#### **2.2.2.4.7.2. Medidas para incentivarla.**

La Organización Mundial de la Salud, reconociendo los retos que suponía el abandono de la lactancia materna, impulsó en 1991, en el Congreso Mundial de Pediatría en Ankara, la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Dicha iniciativa se propuso como un plan global orientado a revitalizar esta práctica, y en su planteamiento se definieron cuatro objetivos esenciales (Asociación Española de Pediatría, 2008):

- 1) Proporcionar formación a las madres para empoderarlas con el conocimiento necesario que les permita tomar decisiones informadas sobre la alimentación de sus bebés
- 2) Estimular el inicio temprano de la lactancia materna
- 3) Impulsar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida
- 4) Conseguir que los hospitales eliminen la adquisición de sucedáneos de leche materna

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), también respaldan la recomendación de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé. Posteriormente, hasta el año de edad, se sugiere complementar la alimentación con la introducción de alimentos sólidos mientras se continúa con la lactancia materna (Sayres & Visentin, 2018).

Para dar cumplimiento a esta iniciativa se han implementado diversas estrategias para promover tanto la lactancia materna exclusiva como la complementaria. Aunque se reconocen los beneficios de estas prácticas, solo alrededor del 37% de las madres en países de bajos y

medianos ingresos optan por la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Sin embargo, esta proporción disminuye aún más en los países de ingresos altos (J. Tang et al., 2014).

En la normativa ESAMyN, el paso 21 se fundamentaba en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Este apartado recogía cinco disposiciones que estuvieron dirigidas a salvaguardar y promover la lactancia materna exclusiva como práctica esencial para la salud infantil (Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), 2021):

- 1) No se permite que los representantes de la industria de sucedáneos de leche materna, biberones o chupones tuvieran contacto directo con embarazadas o madres lactantes.
- 2) Se estableció la prohibición de distribuir material promocional, muestras u obsequios relacionados con sucedáneos de la leche materna a las gestantes, madres o miembros de sus familias.
- 3) Se estableció la prohibición de exhibir publicidad, realizar patrocinios o llevar a cabo promociones de la industria de sucedáneos de leche materna en el interior de los centros de salud.
- 4) No debe estar en exposición ni a la vista biberones y envases de fórmula cuando por indicación médica se utilice alimentación con sucedáneos de leche materna por prescripción médica justificada y documentada.
- 5) al menos el 80% del personal de salud en el área obstétrica esté familiarizado y cumpla con el Código Internacional mencionado anteriormente.

Cualquier medida para promover la lactancia materna debe ser implementada a nivel local, nacional e internacional, y debe respaldar cualquiera de los siete pilares que contribuyen a la construcción de una sociedad consciente de los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Estos pilares incluyen la educación y sensibilización, el apoyo durante todo el proceso del embarazo y parto, el facilitar el acceso a una atención médica, el apoyo emocional, la creación de entornos propicios para el amamantamiento, la promoción de esta y la legislación que respalde estas prácticas (Organización Panamericana de la Salud, 2018b)

Se puede iniciar promoviendo la difusión de información detallada sobre los beneficios de la lactancia materna para las madres y los bebés, así como los riesgos asociados al uso de fórmulas infantiles. Esto se puede lograr mediante campañas educativas.

En segundo lugar, se consideró fundamental brindar apoyo y orientación a las mujeres embarazadas acerca de la lactancia materna durante las consultas prenatales, asegurando al mismo tiempo que el personal de salud estuviera capacitado para ofrecer asistencia en técnicas de amamantamiento. La tercera medida consistió en garantizar el acceso a servicios médicos de calidad que incluyeran asesoramiento en lactancia materna. En cuarto lugar, se destacó la importancia de proporcionar apoyo emocional y psicológico a las madres lactantes, reconociendo su papel en el éxito de la práctica. La quinta medida contempló la creación de entornos favorables para la lactancia en espacios públicos, laborales y comunitarios, lo que facilitó a las madres amamantar en cualquier lugar y momento. Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, resaltando sus beneficios y ofreciendo acompañamiento continuo, constituyó la sexta medida. Finalmente, se subrayó la necesidad de implementar políticas y regulaciones que respaldaran y fomentaran esta práctica (Organización Panamericana de la Salud, 2018a).

Tomando en cuenta que una de las razones que limita la duración de la lactancia materna exclusiva es el regreso de las madres al trabajo, se han desarrollado programas en entornos laborales que abordan esta barrera. Estos programas suelen ofrecer educación grupal sobre lactancia materna, proporcionar espacios designados para la lactancia y facilitar citas individuales con profesionales de la salud para brindar apoyo personalizado a las madres que trabajan (Tang et al., 2014).

Por otro lado, se demostró en diversos estudios que la leche materna mejoró la supervivencia y redujo la morbilidad tanto a corto como a largo plazo, en especial en los recién

nacidos prematuros, particularmente aquellos con menos de 32 semanas de gestación y un peso inferior a 1500 gramos. En este contexto, resultó crucial disponer de un banco de leche humana, ya que, en ausencia de leche propia, la leche donada se constituyó en la mejor alternativa para cubrir las necesidades nutricionales de los prematuros (Suárez Rodríguez et al., 2020).

El compromiso familiar se consideró esencial para resguardar la lactancia materna. Un ejemplo de ello fue el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, que nombró “papás lecheros” a los padres encargados de transportar la leche hacia las unidades de cuidados neonatales, contribuyendo significativamente a la recuperación de los recién nacidos prematuros (Agencia de Noticias Andina, 2025). Las instituciones responsables de los bancos de leche deben supervisar las variaciones en los macronutrientes de la leche recibida, con el objetivo de garantizar un aporte nutricional óptimo, sobre todo en recién nacidos prematuros o con enfermedades (Suárez Rodríguez et al., 2020).

En resumen, la IHAN, respaldada por la OMS, y otras estrategias internacionales, nacionales y locales están diseñadas para fomentar la lactancia materna exclusiva y crear entornos favorables para su práctica. Todas las herramientas e iniciativas implementadas en conjunto contribuyeron a la construcción de una sociedad más consciente de la importancia de la lactancia materna y comprometida con la salud y el bienestar de los recién nacidos.

### **3. CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

##### **3.1. Problema de Investigación**

La lucha por erradicar la violencia obstétrica, una forma de maltrato hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio ha impulsado estrategias que promueven un trato digno y respetuoso en los servicios de salud. En este contexto, se ha desarrollado la normativa ESAMyN "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño", a través de la cual se

busca garantizar atención humanizada, basada en la evidencia científica, y que respete los derechos de las mujeres y sus recién nacidos. Esta iniciativa está respaldada por organismos internacionales, como la OMS y UNICEF, y representa un avance crucial hacia la construcción de sistemas de salud inclusivos y equitativos.

El 10 de agosto de 2023, el Hospital IESS Quito Sur obtuvo la certificación en la aplicación de esta normativa. Sin embargo, desde esa fecha, hay ausencia de datos estadísticos cualitativos y cuantitativos que permitan evaluar de manera integral la percepción y las experiencias de las usuarias en relación con su implementación. Por ello, surge la necesidad de plantearnos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción y experiencia relativa a la aplicación de la normativa ESAMyN en los componentes de atención prenatal, parto, postparto y lactancia materna, en las madres atendidas en el área materno-infantil del Hospital IESS Quito Sur durante los meses de marzo y abril de 2024?

### **3.2. Hipótesis operativa**

Se esperaba que las usuarias del área materno-infantil del Hospital IESS Quito Sur, durante marzo y abril de 2024, experimentaran percepciones positivas sobre la aplicación de la normativa ESAMyN en los distintos componentes de atención. A partir de este trabajo se fortaleció el conocimiento científico y la documentación en el campo de la medicina ecuatoriana.

### **3.3. Metodología**

#### **3.3.1. Tipo de estudio / Diseño metodológico de la investigación**

El estudio se caracterizó como descriptivo, transversal y observacional, con la utilización de datos cuantitativos bioestadísticos y cualitativos etnográficos (Rivas, 2021).

#### **3.3.2. Fase cuantitativa**

##### **3.3.2.1. Muestra**

Para el componente cuantitativo bioestadístico, se diseñó y adaptó un cuestionario específico a los objetivos de la investigación, construido por las autoras a partir del instrumento de evaluación de la Encuesta ESAMyN “Amigos de la Madre y del Niño”, Código IESSHQS-AU-RG-EMN-016, versión 02, facilitado por la unidad de atención al usuario del Hospital IESS Quito Sur (Unidad de atención al usuario, 2018).

### 3.3.2.2. Procedimiento general de recolección de información.

La fase cuantitativa bioestadística abarcó el universo completo de mujeres que asistieron a culminar su embarazo en el área materno-infantil del HQSUR, en el periodo comprendido entre marzo y abril de 2024.

Cabe señalar que la investigación consideró como población de estudio a mujeres en postparto mediato, es decir, entre el primer y décimo día tras haber culminado el parto. De este modo, las encuestas y entrevistas se aplicaron a aquellas madres que cumplan los criterios de inclusión y no estuvieron contempladas en los criterios de exclusión al momento de su egreso hospitalario.

### 3.3.2.3. Operación de variables cuantitativas bioestadísticas.

**Tabla 3**

*Descripción de variables cuantitativas*

Componente Prenatal					
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Cuantitativa	Medidas de tendencia central y dispersión	Cada encuestante escribirá su edad	Continua

<b>Centro de salud a cargo del control prenatal</b>	Dispensario médico en el cual la gestante acudió a realizarse sus controles prenatales durante el curso de su embarazo.	Cualitativa	MSP IESS Privado	Cada encuestante seleccionara la entidad donde se realizado los controles prenatales	Nominal
<b>Educación prenatal</b>	Frecuencia en la asistencia a las charlas para su preparación para el parto.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Muy frecuente Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Ordinal
<b>Gimnasia obstétrica o profilaxis</b>	Frecuencia en la asistencia a actividades físicas dictadas por personal de la salud durante la gestación.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Muy frecuente Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Ordinal
<b>Plan de parto con libre elección de acompañante</b>	Satisfacción con la información proporcionada previo al fin del embarazo, a través de la creación de un plan específico para el día del parto.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente satisfecha Bastante satisfecha Neutral Poco satisfecha Nada satisfecha	Ordinal
<b>Signos de alarma</b>	Información sobre la importancia de las señales de alarma para la madre y el recién nacido.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente de acuerdo	Ordinal
<b>VIH y sífilis durante la gestación</b>	Importancia que se le dio a los exámenes médicos realizados en el embarazo para la identificación de dos infecciones de transmisión sexual.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Muy importante Importante Moderadamente importante Poco importante Sin importancia	Ordinal
<b>Componente Parto y Post Parto</b>					
<b>Vía de culminación de parto</b>	Medio por el cual se lleva a cabo el proceso final del trabajo de parto cuando el recién nacido es expulsado del útero.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Vía natural Cesárea	Ordinal
<b>Acompañante de libre elección</b>	Se le permitió ser acompañada por una persona de mi elección durante toda la labor de parto, post parto y lactancia materna inmediata.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Ambiente</b>	Condiciones del medio físico en el cual la mujer llevo su proceso de culminación de embarazo	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Muy acogedor Acogedor Me fue indiferente Poco acogedor Nada acogedor	Ordinal

<b>Permisibilidad en el trabajo de parto</b>	Accionar donde el personal de salud permitió la ingesta de líquidos o alimentos durante la labor de parto	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Placenta</b>	Se le consultó al finalizar del alumbramiento como disponer de su placenta	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Libre posición</b>	Se dejó a libre elección la posición para el trabajo de parto y alumbramiento	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Alivio del dolor</b>	Recibió la sugerencia de al menos una técnica para reducir o mitigar la sensación incómoda que experimenta en la labor de parto.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Procedimientos invasivos</b>	Se le informó de los procedimientos médicos como cesáreas, episiotomías, amniotomías y administración de oxitocina de haber sido necesarios y se los explicó hasta su completa comprensión.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Contacto piel con piel</b>	Se colocó al recién nacido directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Prácticas inmediatas de cuidado neonatal</b>	Se realizó los procedimientos en el recién nacido como medidas de talla y peso, limpieza ocular y administración de vitamina K en la misma sala donde se llevó a cabo el nacimiento.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Participación del acompañante</b>	Se permitió la presencia e involucramiento continuo del acompañante durante el proceso de parto.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal

**Componente Lactancia Materna**

<b>Lactancia materna exclusiva</b>	Se alentó para que él bebe sea alimentado exclusivamente con leche materna a través de la enseñanza de técnicas de amamantamiento	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Evolución medica del recién nacido</b>	Se entregó información médica sobre el recién nacido a la madre o al padre las veces que fueron necesarias.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Planificación familiar</b>	Se explicó todo el conjunto de prácticas y decisiones que permiten a la madre tener el número de hijos deseados y determinar el intervalo entre los nacimientos.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Identificación del recién nacido</b>	Se colocó un medio físico por el cual se identificaba correctamente al recién nacido desde su nacimiento hasta su alta médica.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo Me es indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Primer control del recién nacido y la madre</b>	Se agendó una cita médica dentro de las dos semanas después del parto	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Me es indiferente, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo	Ordinal
<b>Atención brindada dentro del hospital</b>	Satisfacción con el conjunto de servicios médicos, cuidados y asistencia proporcionados a los pacientes durante su estadía en una institución de salud.	Cuantitativa	Porcentaje Frecuencia	Totalmente satisfecha Satisfecha Algo satisfecha Insatisfecha Totalmente insatisfecha	Ordinal

### 3.3.3. Fase cualitativa

#### 3.3.3.1. Selección de informantes.

Con el propósito de obtener información cualitativa etnográfica, se construyó una entrevista semiestructurada, desarrollada por los autores de este estudio y alineada a los objetivos definidos en la normativa ESAMyN (MSP, 2016d).

#### 3.3.3.2. Procedimiento general de recolección de información.

La fase cualitativa etnográfica contempló la selección de madres en postparto mediato, atendidas entre marzo y abril de 2024, priorizando criterios de diversidad, representatividad y pluriculturalidad en el marco de la normativa. En este sentido, se detalla a continuación la muestra seleccionada:

**Tabla 4**

*Cálculo de muestra para la recolección de entrevistadas*

INFORMANTES	Mestizas	Indígenas	Montubias	Afroecuatorianas	TOTAL
<b>EDAD</b> 18 - 29	3	3	3	3	<b>12</b>
30 - 40	3	3	3	3	<b>12</b>
Mayores 40	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>36</b>

Realizado por: Guerrero y Haro, 2025.

### 3.3.3.3. Operación de variables cualitativas etnográficas.

**Tabla 5**

*Descripción de variables cualitativas etnográficas*

Dimensión	Definición	Componente	Instrumento
<b>Registro y seguimiento de controles prenatales</b>	Conjunto de acciones y procedimientos brindados por el equipo de salud a la gestante, orientados a la detección temprana de factores de riesgo.	Experiencia materna Registro en libreta de salud materna (IESS) Registro en centros privados Otros	Entrevista semiestructurada
<b>Gimnasia obstétrica</b>	Conjunto de ejercicios físicos diseñados específicamente para la mujer embarazada, con el propósito de preparar su cuerpo para el parto,	Percepción y experiencia de la madre Registro documentado en la historia clínica institucional (IESS)	Entrevista semiestructurada

	mejorar la elasticidad muscular, favorecer la circulación y contribuir al bienestar físico y emocional durante la gestación.	Registro realizado en centros de atención particulares Otros registros complementarios	
<b>Redes de apoyo</b>	Vínculos que una persona mantiene con su familia, comunidad e instituciones, los cuales buscan promover su bienestar personal.	Percepción de la madre Sostén familiar Respaldo de la pareja Apoyo de amistades Colaboración vecinal Otros recursos de apoyo	Entrevista semiestructurada
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>	Aquellas infecciones cuyo mecanismo principal de contagio es el contacto sexual, incluyendo prácticas vaginales, anales u orales.	Percepción de la madre Registro en la libreta integral de control materno Diagnóstico de VIH Diagnóstico de sífilis Otras pruebas diagnósticas Sin conocimiento de los resultados	Entrevista semiestructurada
<b>Experiencia prenatal</b>	Cuidado que mantiene el equilibrio físico y social de la embarazada, en beneficio de ella y de su hijo.	Experiencia de la madre Frustrante Traumatizante Amena Compleja Placentera Otras	Entrevista semiestructurada
<b>Personal medico</b>	Son todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud y brindan sus servicios a la comunidad.	Con matices de frustración Con impacto traumático Convivencia amena Proceso complejo Vivencia placentera Otras percepciones	Entrevista semiestructurada
<b>Planificación familiar</b>	Conjunto de acciones y métodos que mujeres y hombres utilizan con el fin de decidir de manera consciente y responsable sobre la procreación, contribuyendo al bienestar de la familia y la salud pública.	Dispositivo intrauterino de cobre Implante subdérmico Anticonceptivos orales (pastillas) Método desconocido Otros	Entrevista semiestructurada
<b>Parto</b>	Conjunto de mecanismos fisiológicos, tanto activos como pasivos, que permiten la expulsión del producto de la concepción, la placenta y los anexos ovulares por vía vaginal.	Vivencia frustrante Vivencia única, indescriptible Experiencia traumática Proceso doloroso Situación angustiante Otras percepciones	Entrevista semiestructurada

<b>Lactancia materna</b>	Práctica de nutrir al lactante mediante la leche producida por la madre, considerada el alimento ideal para su crecimiento y bienestar.	Experiencia de la madre Felicidad Apoyo Dificultad Otras	Entrevista semiestructurada
<b>Banco de leche</b>	Procedimiento mediante el cual la madre extrae y conserva su leche para garantizar la alimentación del lactante en un momento posterior.	Vivencia de la madre Desconocimiento Angustia Dificultad	Entrevista semiestructurada

### 3.3.4. Criterios de selección

#### 3.3.4.1. Criterios de inclusión.

- a. Madres con edad mayor a 18 años y menor a 64 años.
- b. Madres que hayan dado a luz su hijo a través de un parto natural o de una cesárea.
- c. Madres que hayan dado a luz a un recién nacido vivo.
- d. Madres que se encuentre cursando un post parto mediato.
- e. Madres que se encuentre cursando un post parto tardío.
- f. Madres con nacionalidad ecuatoriana.
- g. Madres que sean atendidas en el área materno infantil del hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.
- h. Madres que suscribieron el consentimiento informado garantizando su libre decisión y voluntariedad.

#### 3.3.4.2. Criterios de exclusión.

- a. Madres con edad menor a 18 años.
- b. Madres con edad mayor a 65 años.
- c. Madres que verbalmente al momento de su alta médica del hospital respondan que tuvieron un recién nacido muerto.

- d. Madres que verbalmente al momento de su alta médica del hospital respondan que tuvieron un óbito fetal.
- e. Madres que verbalmente al momento de su alta médica del hospital respondan que tuvieron un aborto.
- f. Madres que requieran ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- g. Madres que verbalmente informan que sus hijos recién nacidos se encuentran en la unidad de cuidados intensivos de neonatología.
- h. Madres de embarazos gemelares que verbalmente al momento de su alta médica del hospital respondan que dieron a luz a un hijo vivo y a un hijo muerto.
- i. Madres con nacionalidad extranjera o que sean migrantes.
- j. Madres que al momento de su alta médica del hospital se encuentren gestantes, es decir embarazadas.
- k. Madres que pertenezcan al sistema nacional de personas privadas de la libertad en el Ecuador.
- l. Madres con enfermedades catastróficas.
- m. Madres que se encuentren en situación de calle.
- n. Madres que no hayan sido atendidas en el área materno infantil del hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.
- o. Madres que no deseen participar (madres que refieran verbalmente que se sienten vulnerables).
- p. Madres que se nieguen firmar el consentimiento informado.

### **3.3.5. Organización de resultados**

A fin de lograr una presentación más comprensible de los hallazgos cualitativos, se dispuso la información en secciones diferenciadas: prenatal, parto y posparto, lactancia materna, violencia obstétrica y visión de futuro:

1. Descripción breve de las percepciones brindadas por las madres
2. Transcripción de los testimonios de las madres
3. Gráfico de Giddens: se busca representar la retroalimentación de las madres de manera sintetizada.
4. Gráfico analítico cualitativo: es la representación gráfica de patrones analizados en base a los testimonios maternos.

### **3.4. Consideraciones éticas**

Para garantizar los derechos a riesgo mínimo, autonomía y confidencialidad de las madres encuestadas y entrevistadas se realizó un consentimiento informado en el que previo a su libre aceptación de participar en el estudio, las pacientes fueron informadas a detalle sobre los objetivos de la investigación.

Para proteger la confidencialidad, las encuestas fueron identificadas con códigos alfanuméricos sin posibilidad de rastreo hacia las pacientes. Previamente, todas firmaron un consentimiento libre e informado, lo que garantizó que comprendieran el propósito del estudio y el destino de la información obtenida.

Así mismo, cada participante conoció la identidad y los datos de contacto de las responsables del proyecto, que incluyó: direcciones del domicilio, números de teléfono y correos electrónicos. Cabe mencionar que estuvieron en todo el derecho de abstenerse de contestar algunas preguntas al momento de realizarla la encuesta o la entrevista, o revocar el consentimiento para así respetar su autonomía.

También toda la información obtenida se guardó en medios digitales por un año contando desde la fecha en la que inició la investigación, el año que se propuso guardar los datos fue de acuerdo al principio de conservación, recogido en el Art. 10, inciso i) de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, establece que los datos personales no deben almacenarse más allá del tiempo requerido para la finalidad de su tratamiento. (Ley Orgánica de Protección de

Datos Personales, 2021). Finalmente, los datos personales serán eliminados una vez que haya vencido el plazo de conservación o se revoque el consentimiento de estos. Esta acción se llevará a cabo bajo vigilancia de la persona que sea asignada por el CEISH quien actuará como testigo de la eliminación de los datos personales.

### **3.5. Incorporación de la perspectiva de género utilizada en la investigación**

Con el fin de garantizar la equidad de género en el estudio, se promovió la participación libre de todas las madres que acudieron al IESS Quito Sur y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, dejando por sentado que no se excluyó a ninguna de ellas independientemente de su identidad de género y si esta pudiese coincidir o no con el sexo asignado al nacer, así promovimos la equidad y la inclusión en nuestra investigación.

Además de haber considerado el papel social de las mujeres como madres para comprender adecuadamente las experiencias y percepciones en relación con la norma ESAMyN y otros aspectos de la atención materno-infantil. Algunas de las consideraciones fueron:

- Cargas de cuidado adicionales: Se identificó que las mujeres, en su rol de madres, pueden asumir cargas adicionales de cuidado que limitan su acceso oportuno a la atención prenatal, al parto y al periodo posparto. Estas responsabilidades pueden influir en sus experiencias y percepciones de la norma ESAMyN y en su capacidad para seguir las recomendaciones médicas.
- Expectativas sociales y culturales: Se reconoció las expectativas sociales y culturales sobre el papel de las mujeres como cuidadoras principales de sus hijos. Mismas que pueden influir en las decisiones de las mujeres sobre la lactancia materna y otros aspectos de la atención materno-infantil y también en su apreciación respecto a la calidad de los servicios ofrecidos por el hospital.
- Apoyo social y familiar: Se reconoció la importancia del apoyo social y familiar para las mujeres como madres. Por lo que el apoyo de la pareja, la familia y la comunidad puede

desempeñar un papel crucial en el bienestar emocional y físico de las madres, así como en su capacidad para seguir las recomendaciones de la norma ESAMyN.

La integración de estas perspectivas de género permitió entender de manera más integral las percepciones de las madres sobre la normativa ESAMyN y avanzar en la construcción de una atención materno-infantil inclusiva, respetuosa y centrada en las mujeres.

## 4. Capítulo IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Descripción de Hospital General IESS QUITO SUR

El escenario de la investigación correspondió al Hospital IESS Quito Sur, situado en la dirección Moraspungo y Pinllopata, con código postal 170111, perteneciente al segundo nivel de atención de salud y cuarto de complejidad que pertenece a la Red Nacional de Atención de Salud a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. En base a la Resolución C.D. 565 se aprobó la creación del Hospital General del Sur de Quito, con domicilio en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, siendo inaugurado el 5 de diciembre del 2017 (Espinosa et al., 2017).

Atiende en un horario de 24 horas, cuenta con aproximadamente 1428 profesionales de la salud que atiende a un promedio de 229.637 pacientes anuales en los servicios Consulta Externa, Cuidado Intermedio Adultos, Cuidado Intermedio Neonatología, Emergencia, Hospitalización del Día, Hospitalización Adultos, Pediátricos y Neonatos, Procedimientos Quirúrgicos, Terapia Intensiva Adultos, Terapia Intensiva Neonatología y Terapia Intensiva Pediátrica (Repositorio General HQSUR, 2024a).

El área materno infantil del HQSUR cuenta con un coordinador general de materno infantil, un coordinador institucional de ginecología, una coordinadora institucional de neonatología y capacidad de contratación para 20 médicos especialistas en ginecología y 13 médicos especialistas en neonatología. Pertenece al área de ginecoobstetricia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Distrito Metropolitano de Quito, mismas que están a disposición de la población en tres hospitales, disponiendo una atención de calidad en partos, cesáreas y procedimientos gineco obstétricos (Espinosa et al., 2017).

Entre las unidades de salud, el Hospital IESS Quito Sur se distingue por ser el más reciente y el primero en alcanzar la certificación en la normativa ESAMyN dentro del Instituto

Ecuatoriano de Seguridad Social, con una calificación de 98,3 % sobre 100. Este proceso comenzó en 2018, un año después de su inauguración en la capital, y culminó en 2023 tras varios años de esfuerzos y transformaciones tanto en la infraestructura como en la filosofía del personal de salud, con el propósito de fortalecer la atención materno-infantil (Repositorio General HQSUR, 2024a).

En las áreas de trabajo de parto se implementaron pelotas de pilates, silla holandesa, difusores para aplicar aromaterapia, parlantes para musicoterapia e instalación de barras de sujeción para promover el parto vertical, estas modificaciones tienen como objetivo promover el parto en libre posición.

El Hospital General IESS Quito Sur se consolida como un centro de referencia en la atención materno-infantil, al ofrecer cuidados especializados a las madres y a sus recién nacidos en concordancia con la normativa ESAMyN “Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño”. Esta institución garantiza un parto humanizado, seguro y respetuoso, promoviendo prácticas óptimas en la atención obstétrica y neonatal. En este marco, se documentaron mediante fotografías en la sala de partos los procedimientos y el acompañamiento proporcionado a las madres durante el trabajo de parto, parto, posparto y lactancia.

Las siguientes imágenes son el ejemplo de la aplicación de la normativa ESAMyN pero también muestra de las posibles acciones correctivas a tomar en cuenta:

**Figura 1**

*Parto ESAMyN: Manejo del dolor no farmacológico*



*Fotografía tomada por las autoras Guerrero y Haro*

En la Figura 1 Se observa a la madre empleando la pelota de gimnasia como recurso para el manejo del dolor en el trabajo de parto, con el acompañamiento de su pareja. El entorno corresponde a la Unidad de Trabajo de Parto, preparada para garantizar la posibilidad de un parto en libre posición.

**Figura 2**

*Trabajo de parto en libre posición en compañía de familiar.*



*Fotografía tomada por las autoras Guerrero y Haro.*

En la Figura 2 se muestra a una mujer en trabajo de parto en una UTP “Unidad de trabajo de parto”. Se encuentra en posición vertical sobre una colchoneta y sosteniéndose de unas barras de apoyo en la pared. Su esposo la apoya emocional y físicamente al colocar sus manos en la parte baja de su espalda para realizar masajes en manera circular, ayudándola así con el manejo del dolor.

**Figura 3** Libre posición para el trabajo de parto en compañía de familiar.



*Fotografía tomada por las autoras Guerrero y Haro*

En la Figura 3 se muestra un parto asistido en un ambiente hospitalario con características alineadas con la Normativa ESAMyN. Se muestra la participación de profesionales de la salud apoyando a una madre que da a luz en una posición elegida por ella, distinta a la camilla ginecológica tradicional. Esta práctica representa un modelo de parto humanizado, centrado en la autonomía y bienestar de la mujer, y libre de violencia obstétrica.

En cuestión al apego precoz tras el nacimiento del bebé se presentan tres escenarios distintos para documentar el cumplimiento de este, así como la necesidad de aplicarlo en todas las pacientes. Desde la figura cuatro hasta la seis se detalla:

**Figura 4**

*Ayuda por parte del personal de salud en el inicio de la lactancia materna y apego precoz del recién nacido.*



*Fotografía tomada por las autoras Guerrero y Haro.*

En la Figura 4 se observa que la madre se encuentra en una cama hospitalaria, junto a su bebé encima de su pecho, cubierto por una manta, lo que fomentó la práctica del apego precoz inmediato, favoreciendo el vínculo afectivo y la regulación térmica. Los profesionales de la salud colaboraron con las madres para asegurar una postura adecuada que permitiera al bebé iniciar la succión y establecer la lactancia temprana. Al mismo tiempo, se respetó la normativa ESAMyN, fomentando un nacimiento humanizado y evitando la separación innecesaria entre madre e hijo.

**Figura 5**

*Ayuda por parte del personal de salud al promover el primer contacto con la madre*



*Fotografía tomada por las autoras Guerrero y Haro*

En la Figura 5 se observa que la madre sonriente por conocer a su bebe mismo que es apegado sobre su pecho por parte del médico neonatólogo responsable de su atención, sin embargo, no se produce el apego piel con piel al no estar su pecho descubierto.

**Figura 6**

*Apego precoz piel con piel tras el nacimiento y posterior inicio de lactancia*



*Fotografía tomada por las autoras Guerrero y Haro*

En la Figura 6 se observa a una madre cursando su periodo de alumbramiento placentario más apego inmediato de su bebé colocado piel con piel sobre su pecho, lográndose cumplir el apego precoz propuesto por la normativa ESAMyN y posterior apoyo en el primer apego para el inicio del amamantamiento.

Finalmente, es pertinente recalcar como previo a la pandemia por Covid-19 se atendía el 60% de partos y cesáreas del subsistema IESS, como dato estadístico en el año 2023 se atendieron 1551 partos, datos proporcionados por la coordinación general materno infantil del HQSUR. De lo que va del año entiéndase desde enero del 2024 hasta septiembre del 2024 el Hospital IESS Quito Sur ha atendido 1595 nacimientos, de los cuales 700 tuvieron un parto por vía vaginal y 895 se culminó por medio de cesárea como se visualiza en la tabla 6. (Repositorio General HQSUR, 2024b).

**Tabla 6***Estadística de Recién Nacidos Vivos de Enero a septiembre del 2024 en el HQSUR*

<b>MES</b>	<b>NACIMIENTOS</b>	<b>PARTOS</b>	<b>CESÁREAS</b>
ENERO	190	105	85
FEBRERO	157	59	97
MARZO	173	72	101
ABRIL	167	88	78
MAYO	187	93	94
JUNIO	174	95	79
JULIO	191	75	116
AGOSTO	164	65	98
SEPTIEMBRE	192	78	113
TOTAL	1595	730	861

Elaboración propia: Guerrero y Haro, 2024

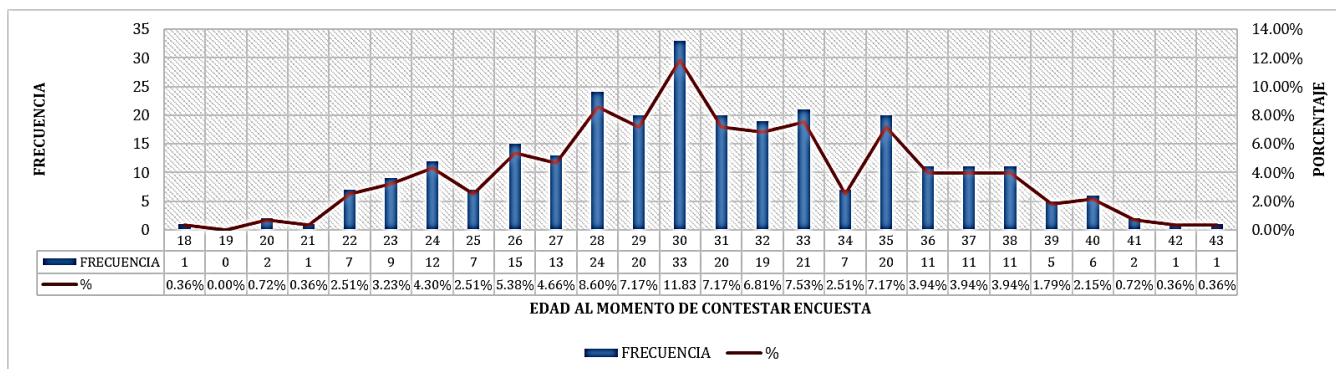
En las ocho semanas seleccionadas para el estudio, que abarcaron las semanas de marzo y abril, se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **4.2. Análisis Cuantitativo**

##### **DATOS GENERALES**

**Figura 7**

*Edad al momento de contestar la encuesta (correspondiente a pregunta 1)*

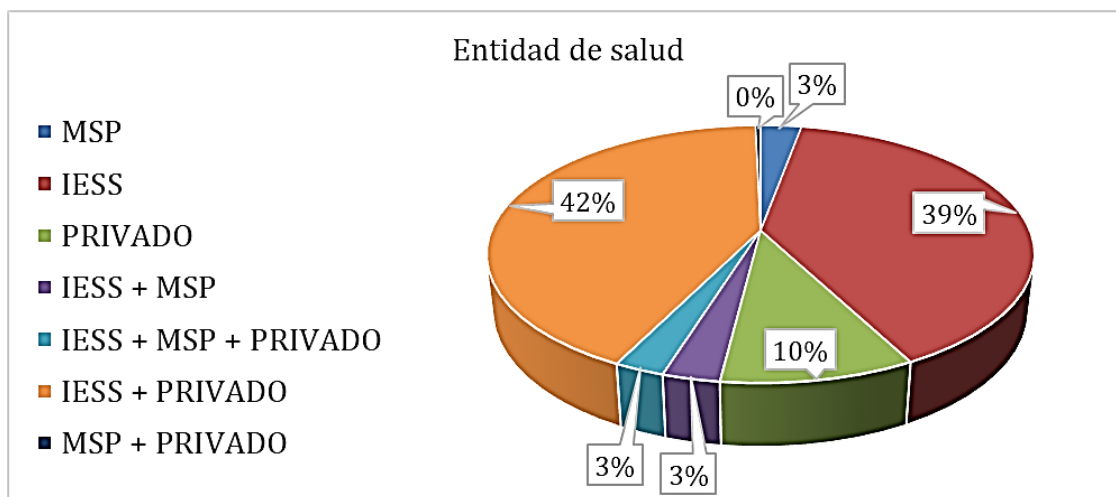


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación Figura 7: En el estudio participaron un total de 279 púerperas con edades comprendidas entre los 18 años (púerpera muy joven) y los 43 años (púerpera en edad avanzada), siendo 33 años la edad más frecuente con un 11.83%.

**Figura 8**

*¿A qué entidad pertenece la unidad médica donde se realizó la mayoría de sus controles prenatales? (correspondiente a la pregunta 2)*



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

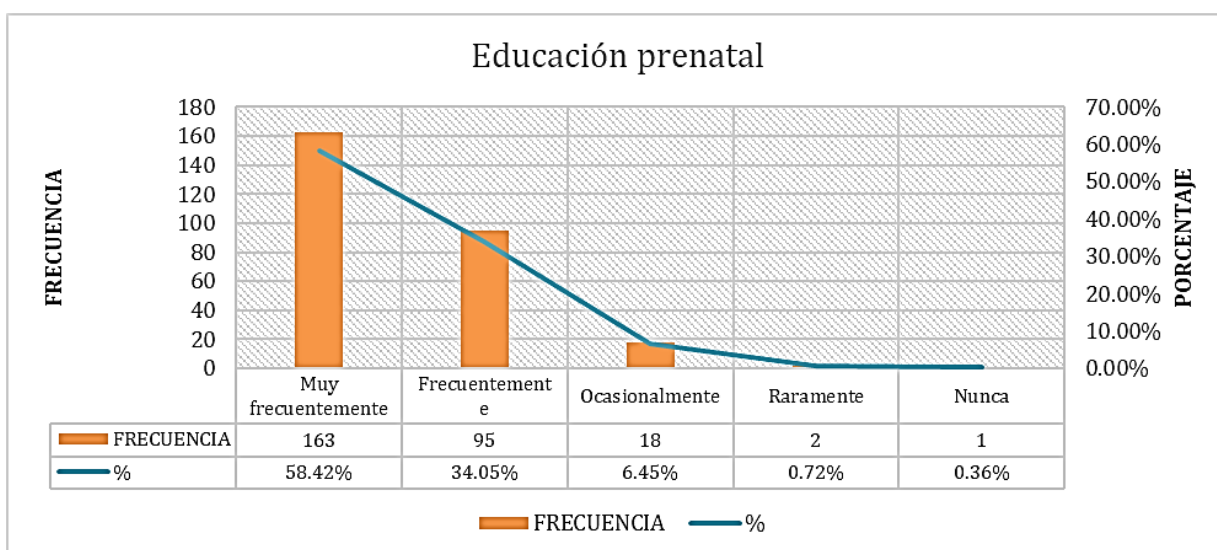
Interpretación Figura 8: En cuanto a las entidades donde llevaron sus controles prenatales, del total de la población el 42% se realizaron tanto en el IESS como en la entidad PRIVADA, seguidas del 39% que llevaron sus controles únicamente en el IESS, el 10% en entidades Privadas, el 3% únicamente en MSP y a la par de un 3% que combino atenciones en las tres entidades encuestadas (IESS + MSP + PRIVADO).

## COMPONENTE PRENATAL

### Figura 9

*¿Durante todo su embarazo con qué frecuencia asistió a los controles prenatales?*

*(correspondiente a la pregunta 3)*

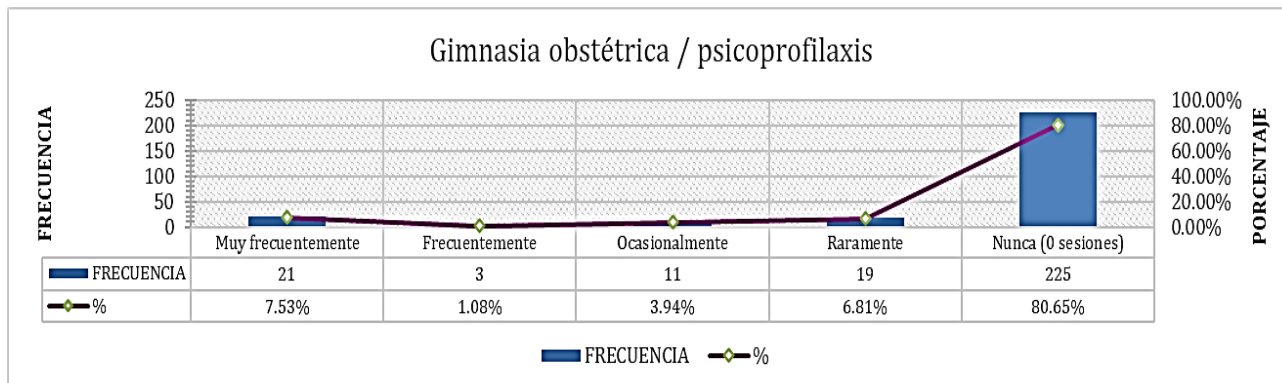


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 9: La mayor parte de la muestra, conformada por 258 mujeres (92.47% del total), indicó haber asistido a más de 5 controles prenatales. En contraste, el 7.53% de las participantes reportó no haber asistido a ninguno o hasta tres a cuatro de los controles. Según estos datos, podemos concluir que la población estudiada en su mayoría cumplió con la recomendación de la OMS de realizar al menos ocho controles médicos durante el embarazo.

**Figura 10:**

¿Durante todo su embarazo con qué frecuencia asistió a las sesiones de educación prenatal (psicoprofilaxis) o gimnasia obstétrica? (correspondiente a la pregunta 4)

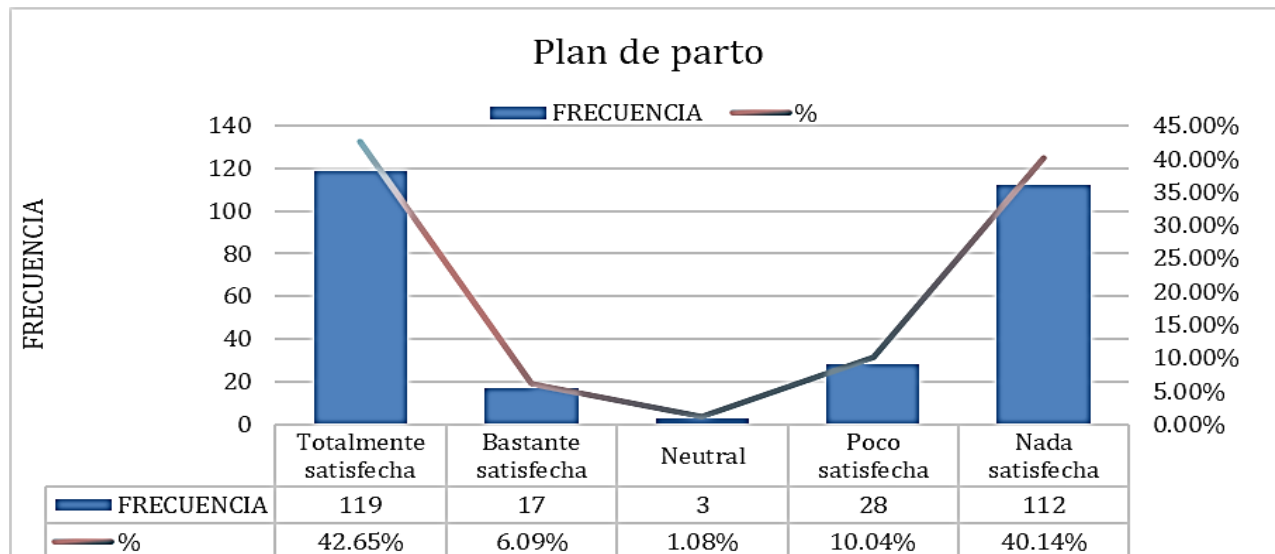


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 10: En relación con la asistencia a las sesiones de gimnasia obstétrica o profilaxis, 225 mujeres (el 80.65% de las encuestadas) informaron nunca haber asistido a estas sesiones, mientras que 19 mujeres indicaron haber asistido entre una y dos sesiones. Esto sugiere que una gran mayoría de las participantes desconocen la información y las técnicas que se brindan en estas sesiones, como las estrategias de alivio no farmacológico del dolor durante el parto, conocimientos fundamentales para estar mejor preparadas en el momento del parto. En contraste, solo el 8.61% de las mujeres, es decir, 21 participantes que asistieron a seis sesiones o más y tres mujeres que asistieron frecuentemente (cinco sesiones), tuvieron acceso a esta información y preparación psicoprofiláctica del parto.

**Figura 11**

¿Se encuentra satisfecha con la información brindada sobre el plan de parto y libre elección de su acompañante? (correspondiente pregunta 5)

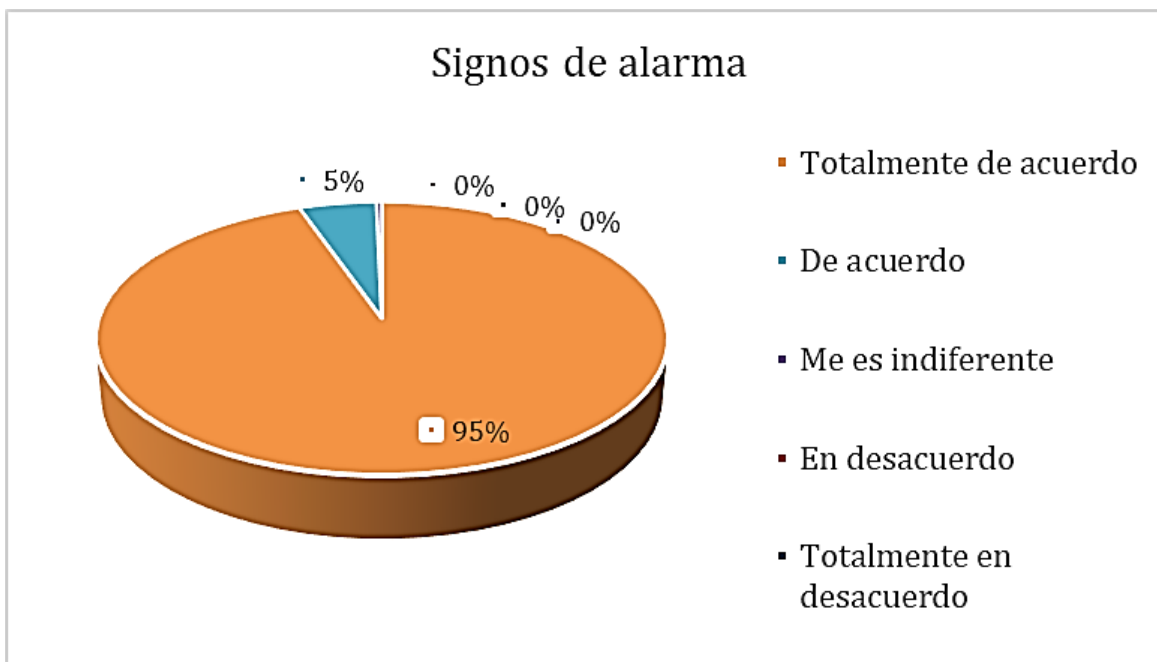


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 11: En este gráfico se muestra que 112 mujeres manifestaron estar totalmente satisfechas con la información recibida sobre el plan de parto y la libre elección de su acompañante, a las que se suman 17 que expresaron estar bastante satisfechas. En conjunto, esto representa el 48,74 % de las encuestadas. No obstante, el 50,18 % señaló estar poco o nada satisfechas con la información proporcionada durante la gestación, mientras que el 1,08 % mantuvo una postura neutral frente a la pregunta.

**Figura 12:**

*¿Está usted de acuerdo sobre la importancia de conocer al menos dos signos de alarma sobre usted y su hijo? (correspondiente pregunta 6)*

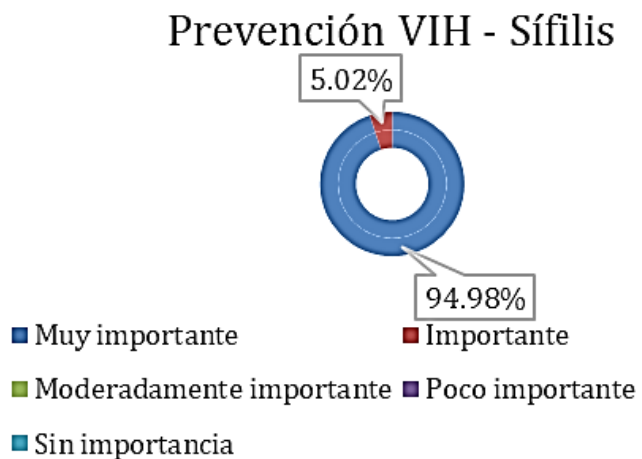


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 12: En relación con el conocimiento de los signos de alarma, el 95 % de las mujeres (264 participantes) manifestó estar totalmente de acuerdo con la importancia de identificar al menos dos signos tanto en ellas mismas como en sus hijos, mientras que el 5 % (14 mujeres) señaló estar solo de acuerdo. Esto indica que la mayoría de las madres conoce al menos dos de los seis signos de alarma maternos y dos de los siete signos de alarma neonatales establecidos en la normativa ESAMyN. Se evidenció, además, que aunque las pacientes recibieron información sobre signos de alarma durante los controles prenatales, no ocurrió lo mismo con la orientación sobre el plan de parto y la libre elección de un acompañante, lo que sugiere ausencia o sesgo en la transmisión de esta información.

**Figura 13**

¿Qué tan importante es para usted realizarse pruebas de VIH y sífilis durante su gestación? (correspondiente a la pregunta 7)



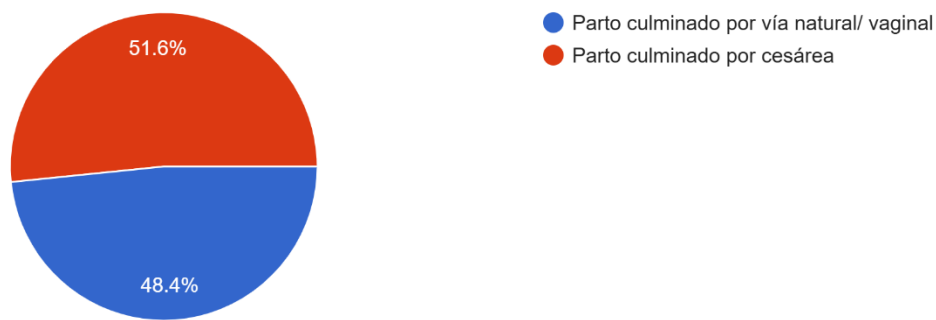
Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 13: El 94.98% de mujeres respondieron que es muy importante realizarse pruebas de VIH y sífilis durante su gestación junto con el 5.02% que considero importante realizarse estas pruebas.

## COMPONENTE PARTO Y POSPARTO

**Figura 14:**

*Seleccione el medio por el cuál culminó su embarazo (correspondiente a la pregunta 8)*

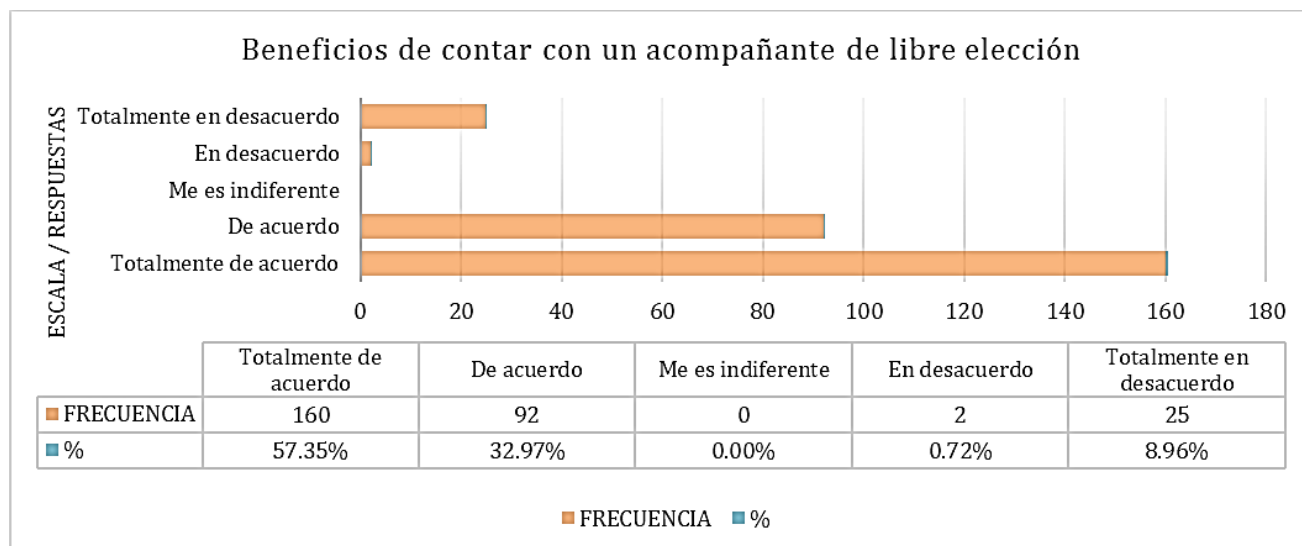


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 14: En cuanto a la vía por la cual se culminó el embarazo el 52% de la población lo culminaron a través de una cesárea a diferencia del 48% que lo culminó por vía natural / vaginal. Pese a que la tasa de culminación de nacimientos es mayor por vía cesárea, el HQSUR mes a mes entregan un reporte de pertinencia de cesárea para auditoría médica a cargo de la coordinación general de materno infantil. Acatándose al juramento hipocrático de salvaguardar y defender la vida, que para el caso resulta necesario precautelar la vida de la madre y su recién nacido, que, si bien se busca fomentar la culminación del embarazo por vía natural, la realización de cesáreas con pertinencia médica es una práctica totalmente aceptada.

**Figura 15:**

*¿En la consulta médica o al ingreso le informaron que puede tener un acompañante de su elección durante todo el trabajo de parto o cesárea y los beneficios que esto aporta? (correspondiente a la pregunta 9)*

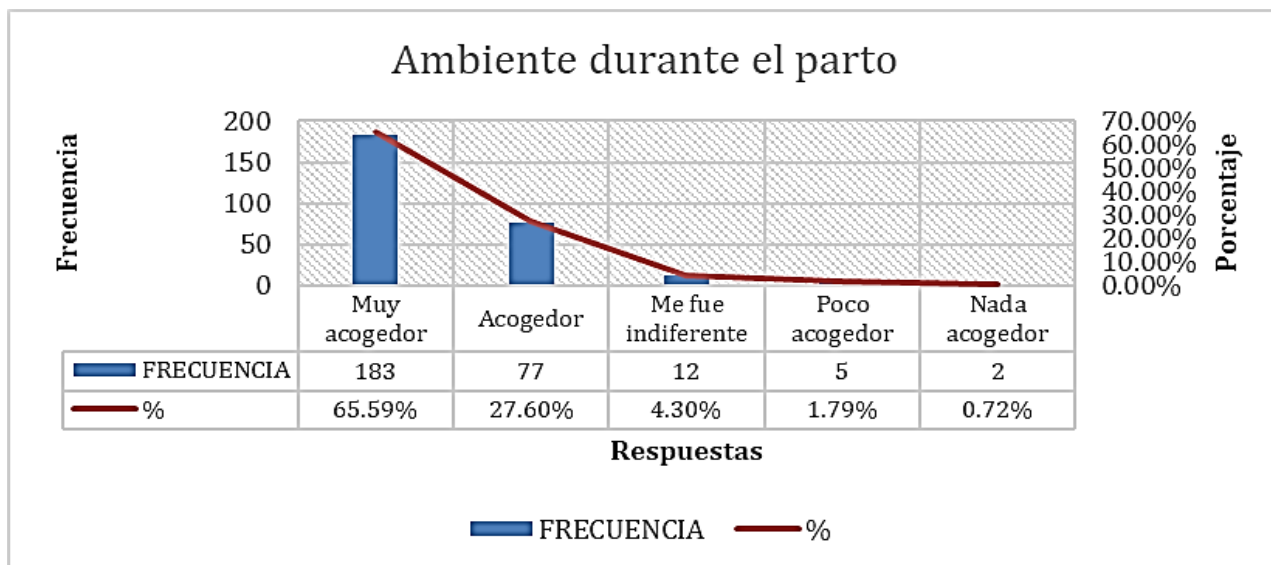


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 15: El gráfico muestra que el 57,35 % (160 mujeres) manifestó estar totalmente de acuerdo en haber recibido información, durante la consulta médica o al ingreso, sobre su derecho a contar con un acompañante de libre elección durante todo el trabajo de parto o la cesárea, así como sobre los beneficios de esta práctica. En contraste, el 8,96 % (25 mujeres) señaló estar totalmente en desacuerdo, el 32,97 % (92 mujeres) indicó estar de acuerdo y el 0,72 % (2 mujeres) se mostró en desacuerdo. Al consolidar las respuestas en un grupo macro, se obtuvo un 90,32 % de percepciones positivas, lo que evidencia que el Hospital IESS Quito Sur presenta una adecuada difusión de esta información en el primer contacto con las pacientes.

**Figura 16:**

*¿Durante su trabajo de parto en el centro obstétrico, unidades de parto o quirófanos, percibió un ambiente apropiado, acogedor y respetuoso? (correspondiente a la pregunta 10)*



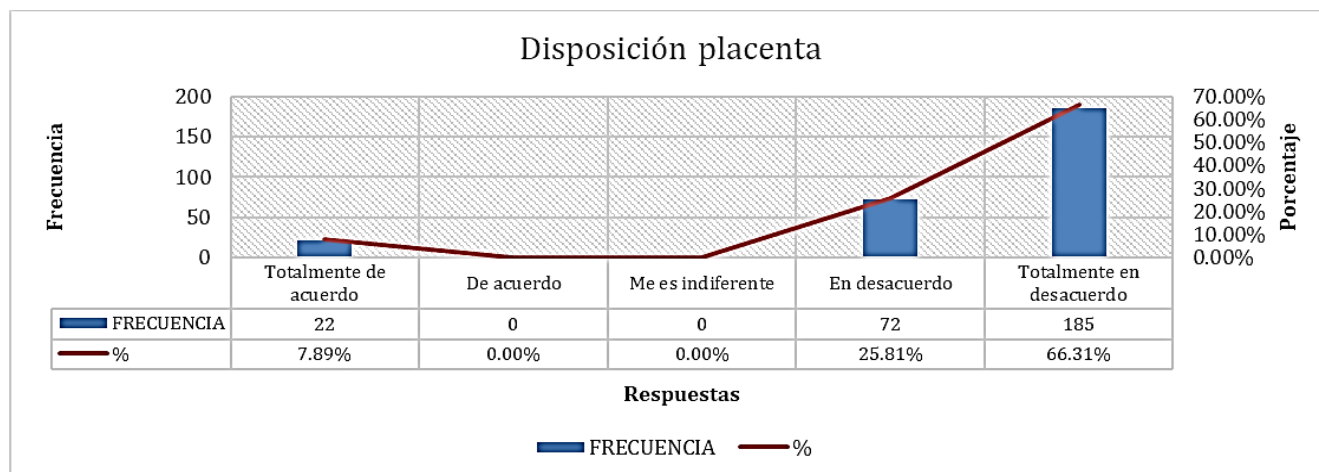
Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 16: se muestra que la mayoría de las mujeres calificó el ambiente de las salas de parto, quirófanos o centro obstétrico como muy acogedor, alcanzando el 65,59 % (183 mujeres). La segunda categoría más frecuente fue “acogedor”, con un 27,60 % (77 mujeres). En conjunto, ambas respuestas representan el 93,19 %, lo que indica que, en general, las madres percibieron su experiencia de parto en un entorno positivo. En contraste, solo el 0,72 % (2 mujeres) señaló haber tenido un ambiente nada acogedor.

**Figura 17:**

*¿Le permitieron la ingesta de líquidos o alimentos durante su labor de parto y al finalizar el parto/cesárea le consultaron como disponer de su placenta?*

*(correspondiente de la pregunta 11)*

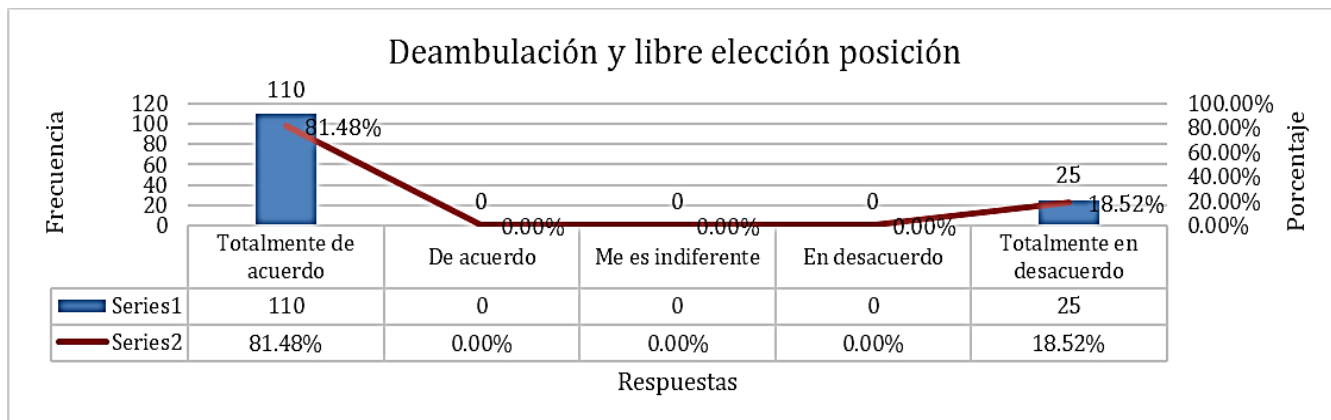


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 17: Del gráfico se observa que la mayoría de mujeres respondieron estar totalmente en desacuerdo representando esto un 66.31% (185 mujeres) de la población, sin embargo, el 25.81% (72 mujeres) respondieron que si se les habían permitido o consultado parcialmente la ingesta de líquidos o consumo de alimentos durante la labor de parto. Al finalizar el parto/cesárea, el personal de salud preguntó a la madre sobre su decisión para el manejo de su placenta, llegando a un 7.89% (22 mujeres) que respondieron estar totalmente de acuerdo con esta pregunta.

**Figura 18:**

*Si tuvo parto vaginal ¿El personal médico le alentó a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto y asistirle para que asuma la posición de su elección? (correspondiente a la pregunta 12)*

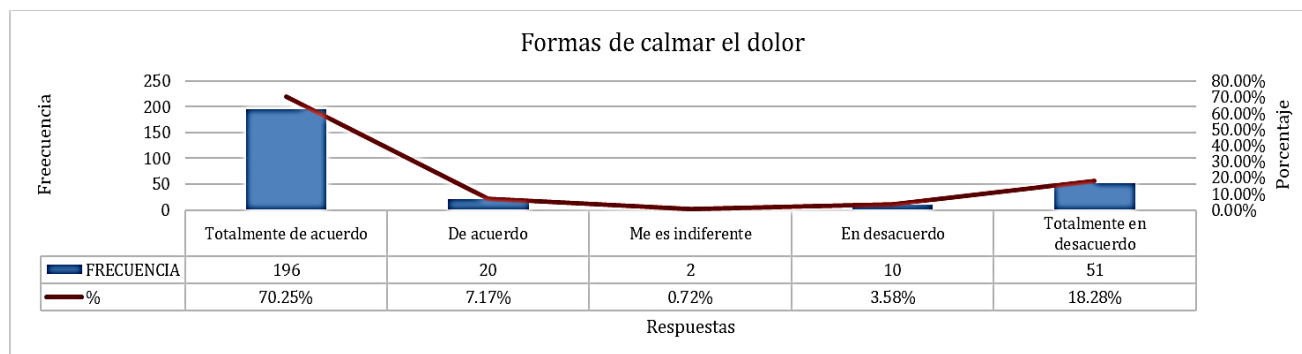


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 18: Del gráfico podemos observar que únicamente respondieron las mujeres que dieron a luz por vía vaginal es decir, la población para este gráfico es de 135 pacientes, de las cuales el mayor porcentaje de mujeres están totalmente de acuerdo en haber recibido apoyo del personal para movilizarse durante el trabajo de parto y haber sido asistidas en la elección de la posición de su preferencia, representándose con un 81.48% (110 mujeres), con su contrario que ocupa el 18.52 % (25 mujeres) que están totalmente en desacuerdo con haber sido beneficiarias de lo anteriormente mencionado.

**Figura 19**

¿Conoce al menos una forma de calmar el dolor y estar más cómoda durante el trabajo de parto, y si se le pidiera mencionar al menos una lo haría? (corresponde a la pregunta 13)

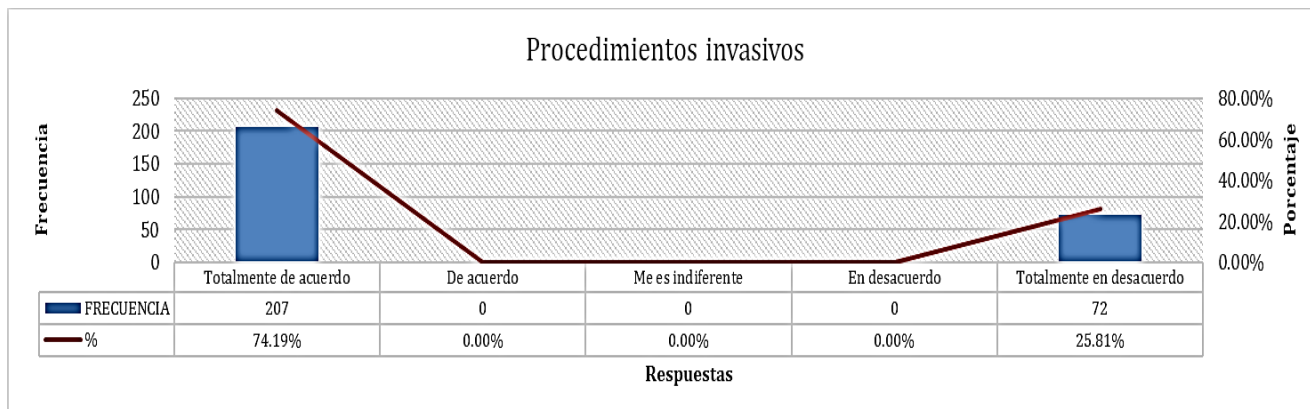


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 19: La mayoría de las madres encuestadas con una respuesta positiva del 77.3% conocen por lo menos una técnica para reducir el dolor y sentirse cómodas durante el parto, reflejando de esta forma el conocimiento previo adquirido que durante esa fase crucial puede ser aplicado y traer grandes beneficios. Sin embargo, en el gráfico 10 se evidencia que el 87.46% de las encuestadas nunca recibieron esta información como parte de su periodo prenatal, entonces podemos deducir que las mujeres no tuvieron una preparación previa por parte de una entidad de salud como psicoprofilaxis del parto, lo que nos lleva a pensar que el conocimiento de estas madres proviene de otra fuente de información.

**Figura 20:**

*¿Fueron necesarios procedimientos invasivos ejemplo: cesárea, corte vaginal, ruptura artificial de membranas, colocación de oxitocina, mismo que fueron explicados hasta su comprensión por el personal de salud? (correspondiente a la pregunta 14)*



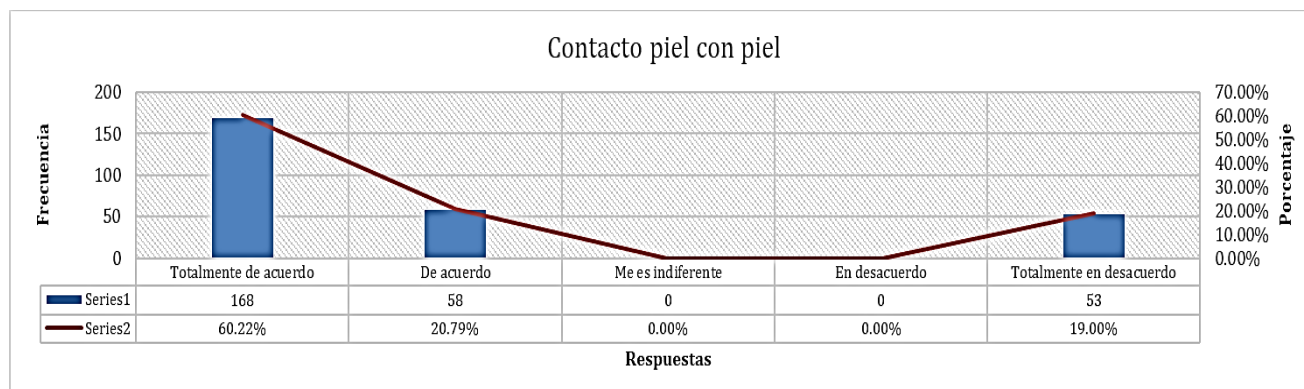
Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 20: En el gráfico podemos observar cómo las madres que necesitaron procedimientos invasivos, en un 74.19% fueron informadas hasta su comprensión acerca del procedimiento que se le fue realizado, sin embargo, 72 de las madres encuestadas, lo que equivaldría al 25.81% no estuvieron de acuerdo acerca de la comprensión sobre el procedimiento invasivo que fueron sometidas. Se debe considerar en esta pregunta que las madres están cursando un proceso de estrés y euforia en el momento del parto por lo que se podría considerar un sesgo de memoria.

**Figura 21:**

*¿Se le permitió tener contacto piel con piel inmediata con su hijo/a para proporcionarle abrigo y apego de no ser así le explicaron claramente las razones médicas?*

*(correspondiente a la pregunta 15)*

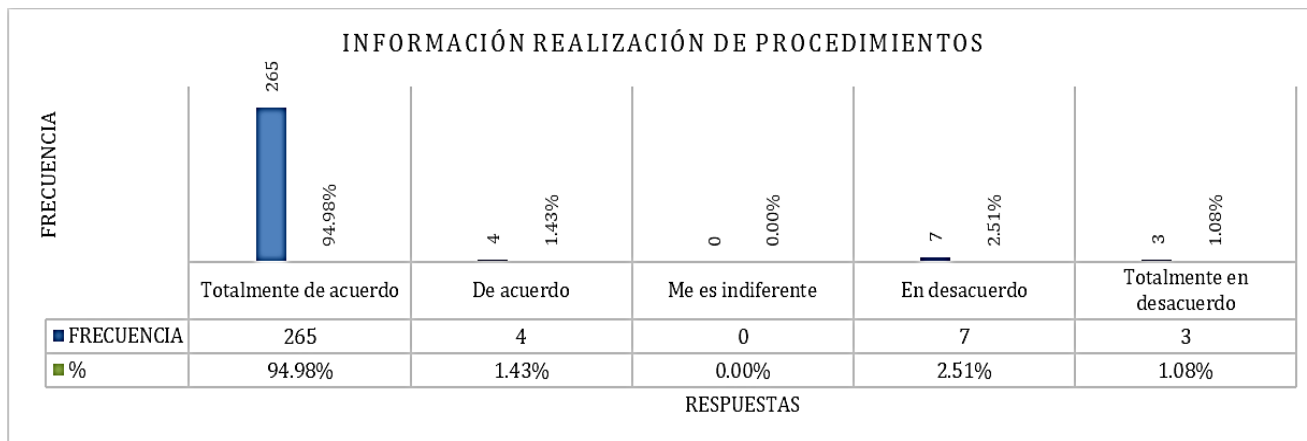


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 21: Del total de mujeres encuestadas el 81.01% presenta una respuesta positiva al haber mantenido apego precoz de forma inmediata posterior al nacimiento de su hijo. Por lo que solo un 19% presenta una respuesta negativa, pasando por una situación en la que el binomio madre-hijo, no tuvo su primer encuentro de forma inmediata por medio del contacto piel con piel.

**Figura 22:**

*¿Fue informada sobre los procedimientos a realizar en su bebe como medidas de talla y peso, limpieza ocular y administración de vitamina K en la misma sala donde usted fue atendida? (corresponde a la pregunta 16)*

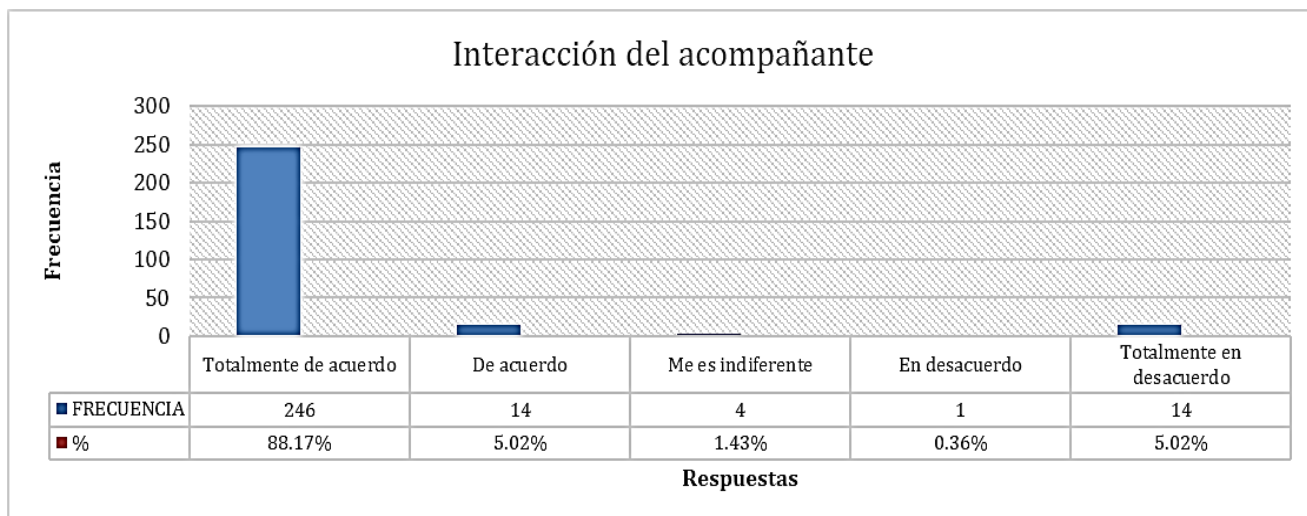


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 22: En la gráfica podemos observar como la mayoría de las madres encuestadas (269 de 279) están de acuerdo con que los procedimientos realizados a su recién nacido fueron hechos en la misma sala donde se encontraban. Y solo 10 (3.59%) de las madres proporcionaron una respuesta negativa.

**Figura 23:**

*¿Su acompañante mantuvo una interacción activa durante todo el parto, permitiéndole interactuar con el recién nacido? (correspondiente a la pregunta 17)*



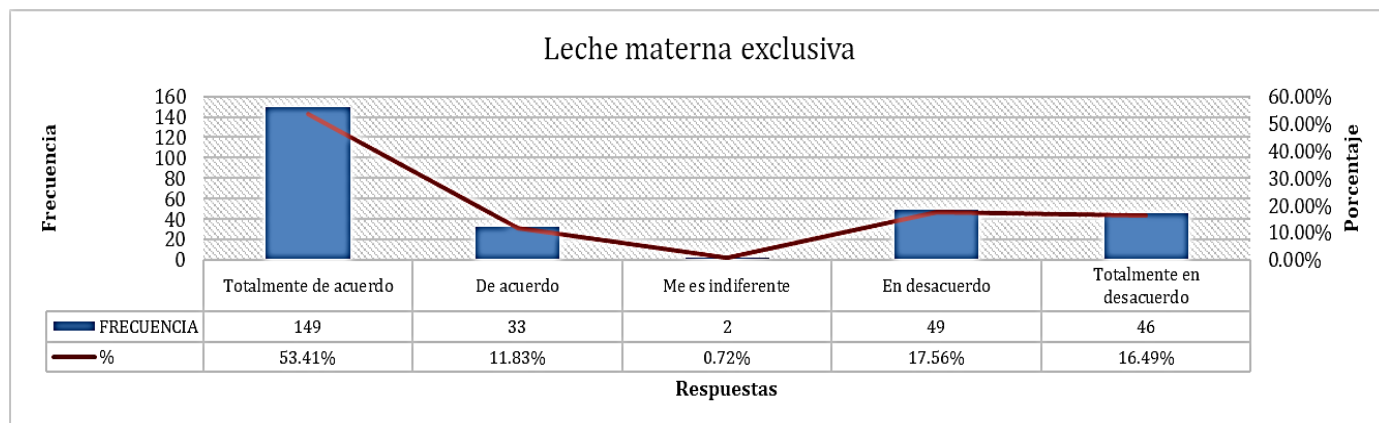
Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 23: En la gráfica podemos observar cómo el 93% de las encuestadas están de acuerdo con que su acompañante durante el parto participó y estuvo involucrado en este proceso. Sin embargo, se debe considerar que un 5% de las madres, estuvo en desacuerdo.

## COMPONENTE LACTANCIA MATERNA

**Figura 24:**

*¿Durante su hospitalización se le alentó para que su bebe sea alimentado exclusivamente con leche materna enseñándole varias técnicas de amamantamiento? (correspondiente a la pregunta 18)*

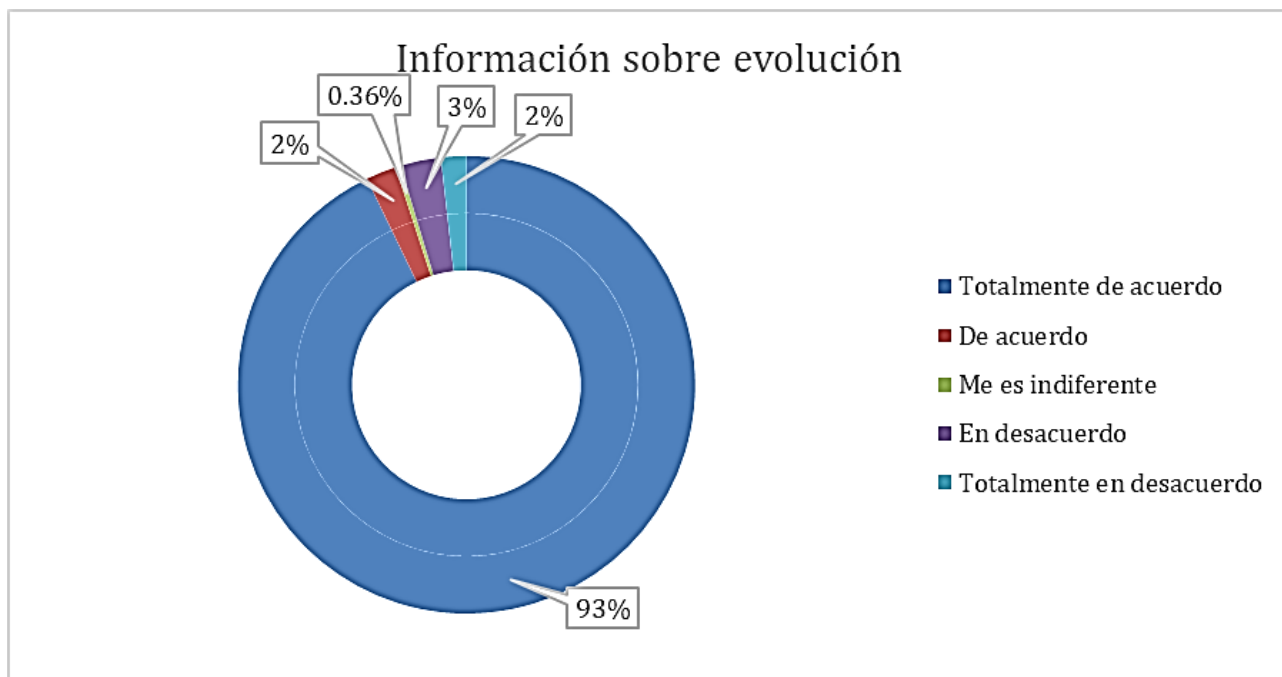


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 24: En la gráfica podemos observar cómo 182 (65.24%) de las madres encuestadas fueron alentadas para amamantar a sus hijos y se les enseñaron técnicas para realizarlo. Sin embargo, es importante considerar que 95 (34.05%) de las madres respondieron que no recibieron ayuda por parte del personal de salud en la enseñanza de técnicas de amamantamiento.

**Figura 25:**

¿Se le entregó información sobre la evolución del recién nacido todas las veces que papá o mamá lo requieran? (corresponde a la pregunta 19)

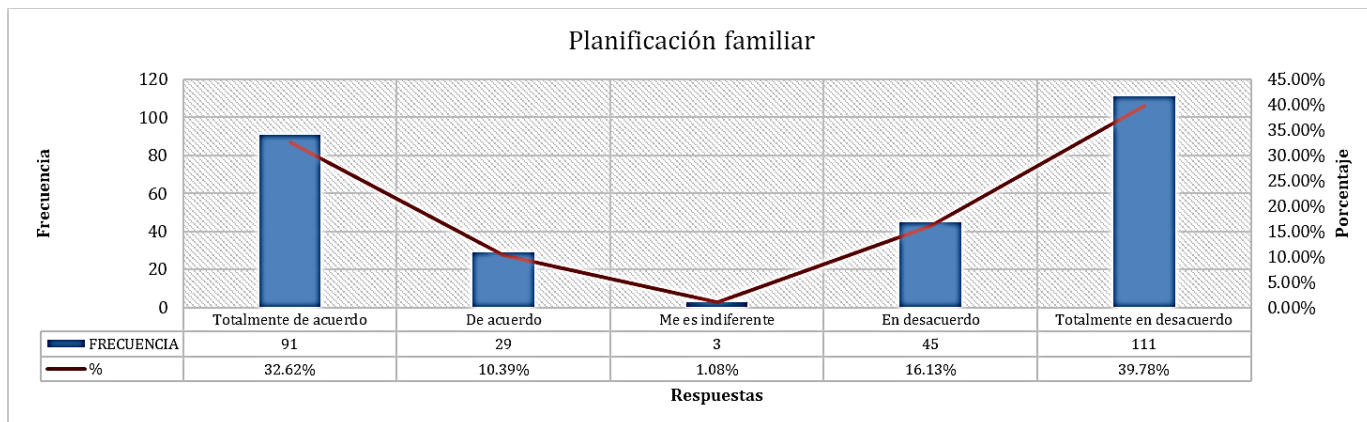


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 25: En la gráfica podemos observar cómo 265 (95%) de las madres encuestadas recibieron información sobre la evolución de su hijo cada vez que lo requirieron. En claro contraste con las 14 madres encuestadas que estuvieron en desacuerdo, sobre haber sido informadas sobre la situación médica de su recién nacido.

**Figura 26:**

*¿Fue asesorada sobre métodos de planificación familiar las veces que usted necesito, solventándose todas sus dudas sobre planificación familiar? (corresponde a la pregunta 20)*

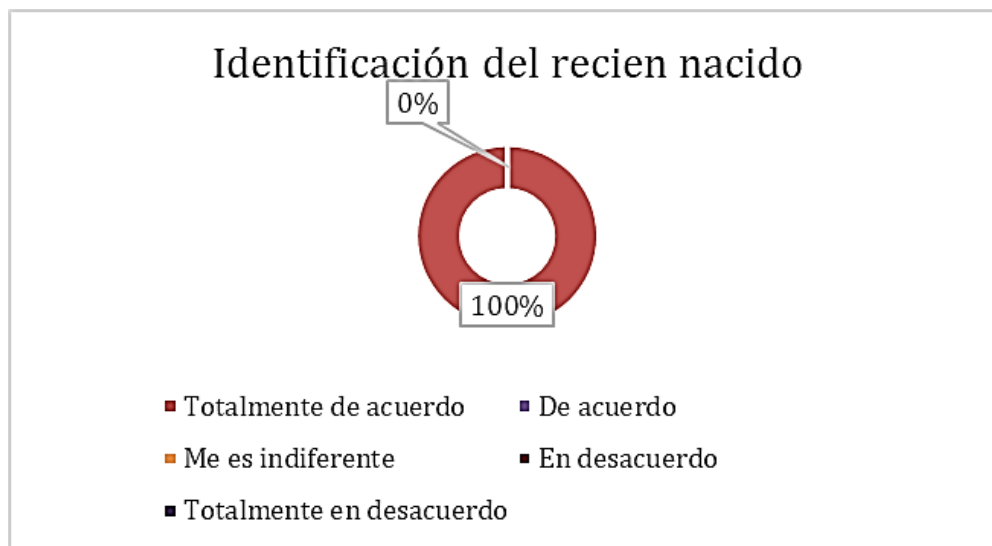


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 26: En el gráfico podemos visualizar como la mayoría de las madres respondió que no fueron asesoradas sobre métodos de planificación familiar, es importante considerar esta respuesta negativa. Por otro lado, un 43% declara si haber recibido una asesoría en métodos de planificación, sin embargo, en el Hospital IESS Quito Sur dependiendo su stock en insumos ofrece varios métodos y de no ser así se ofrece como único método anticonceptivo a las madres, la ligadura. Resultando un sesgo de información puesto que podrían haber sido asesoradas, pero no solventadas sus necesidades en planificación familiar.

**Figura 27:**

*¿Desde el nacimiento de su bebe permaneció correctamente identificado por una manilla o brazalete? (corresponde a la pregunta 21)*

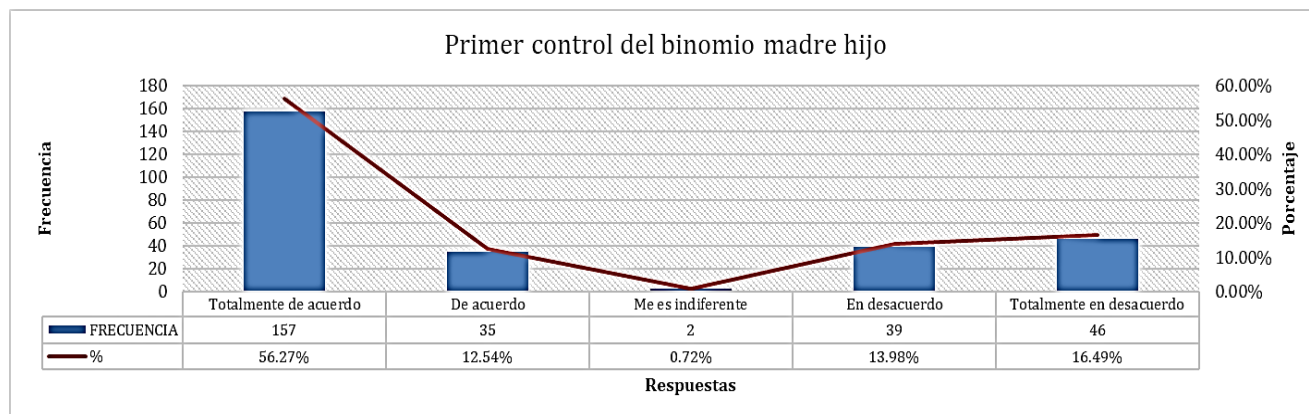


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 27: En el gráfico se puede observar como todas las encuestadas estuvieron de acuerdo con el hecho de que su recién nacido permaneció identificado por medio de dos brazaletes uno en mano izquierda y otro en pie derecho durante la estadía hospitalaria.

**Figura 28:**

*¿Al momento del alta se le dio la indicación sobre asistir al primer control de la madre y del recién nacido, solventando todas sus dudas? (corresponde al gráfico 22)*

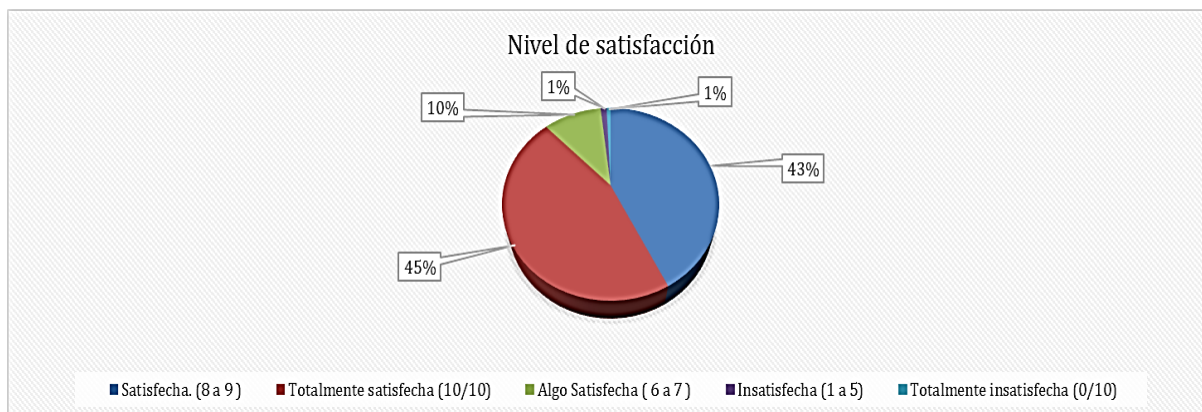


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 28: En la gráfica podemos observar cómo el 69% de las madres encuestadas antes de recibir su alta hospitalaria, fueron informadas sobre el primer control del recién nacido y de la madre. Sin embargo, se debe considerar que cerca del 30% describió no haber sido informadas acerca de este primer control. Hay que tomar en cuenta que, las madres a la alta médica de sus recién nacidos reciben una hoja informativa impresa sobre los signos de alarma como cuidar de sus hijos en estos primeros días y un carnet de vacunas administradas durante su estancia. Por lo que, podría haber un sesgo de información ya que, depende mucho al momento que se le realizó la encuesta a la madre, si fue antes de que recibieran este documento o posterior al mismo.

**Figura 29:**

*¿Cómo evaluaría usted la atención brindada dentro del Hospital? (corresponde a la pregunta 23)*



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Interpretación figura 29: En la gráfica podemos observar la evaluación brindada por las madres encuestadas sobre la atención recibida durante su estancia hospitalaria, donde el 88% de ellas se encuentran satisfechas. Para posteriores mejoras se debe considerar al 12% de madres presentaron una cierta o total insatisfacción; lo que nos lleva a investigar cualitativamente sus opiniones para por medio de entrevistas semi estructuradas podamos conocer las razones de su negativa.

### 4.3. Análisis Cualitativo

Para el análisis de la sección cualitativa etnográfica, la población del presente estudio incluyó a madres que cursaron su posparto mediato en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, la entrevista etnográfica semi estructurada se realizó a pie de cama a las madres que cumplían con el perfil de informantes que se detalla a continuación:

#### 4.3.1. *Perfil de las informantes*

El perfil de las encuestadas abarcó inicialmente 36 mujeres mestizas, indígenas, montubias, afroecuatorianas que cumplían con el perfil de informantes descrito en la siguiente tabla, además de los criterios tanto de inclusión como exclusión propuestos para este estudio.

**Tabla 7**

*Perfil inicial de las informantes propuesto por las investigadoras*

<b>Edad</b>	<b>Mestizas</b>	<b>Indígenas</b>	<b>Montubias</b>	<b>Afroecuatorianas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18 – 29 años</b>	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>30 – 40 años</b>	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>&gt;40 años</b>	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>36</b>

Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Sin embargo, durante la recopilación de datos en el grupo de mujeres de 18 a 29 años, solo se logró entrevistar a una mujer que se identificó como montubia. De manera similar, en el grupo de madres en el rango de edad de 30 a 40 años, únicamente se entrevistó a dos mujeres afroecuatorianas.

Al tomarse la muestra en un hospital ubicado en la ciudad de Quito, es evidente que no asistieron madres que se autoidentificaran como afroecuatorianas o montubias en el rango de edad superior a los 40 años. Por lo que se procedió a completar la subpoblación con las mujeres mestizas mismas que comprenden el número mayoritario de madres con edades entre los 30 a 40 años con las cuales completamos el total de la muestra cualitativa con esta población.

Entonces, este estudio se realizó con un total de 52 entrevistas, superando las 36 inicialmente previstas. Incremento debido a la necesidad de profundizar en los hallazgos y

alcanzar el principio de diversidad, garantizando así una comprensión más completa y enriquecedora del objetivo estudiado. Recalcando que algunas informantes no cumplían con características de edad y etnia, por lo que se optó por incluir a otras participantes interesadas, cuyas respuestas resultaron relevantes para los objetivos de la investigación. Esta flexibilidad metodológica permitió obtener una visión más diversa y representativa de las experiencias de las madres, fortaleciendo la validez y el objetivo del estudio, obteniendo el siguiente perfil de informantes:

**Tabla 8**

*Perfil de las informantes post trabajo de campo realizado por las investigadoras*

<b>INFORMANTES</b>		<b>Mestizas</b>	<b>Indígenas</b>	<b>Montubias</b>	<b>Afroecuatorianas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>EDAD</b>	18 – 29	17	2	1	1	<b>21</b>
	30 – 40	24	4	1	1	<b>30</b>
	Mayores 40	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>SUBTOTAL</b>		42	6	2	2	<b>52</b>











Elaborado por: Guerrero y Haro, 2024

Con la muestra de 52 mujeres se procedió a realizar entrevistas semiestructuradas donde para mantener la confidencialidad y anonimización del estudio las informantes fueron identificadas a través de cinco características: número de gestas, etnia, estado civil, grado de escolaridad y edad. Por medio de estas características su identificación está realizada de la siguiente manera:

1. Número de gestas: se le identifica a la madre como primípara o multípara. En caso de ser primípara sus dos primeras iniciales serán PR, en caso de ser multípara será MU.

2. Etnia: según la autodeterminación materna, la etnia se representa por la tercera y cuarta letra de ser necesario. Siendo I para indígena, M para mestiza, AF para afroecuatoriana, MT para montubia.
3. Estado civil: según los datos proporcionados por la madre, el estado civil se representa por la cuarta o quinta y sexta letra según corresponda. En el caso de estar casadas se representa con C, en unión libre por UL, soltera con S, divorciada con DV o viuda con VI.
4. Escolaridad: según los datos proporcionados por la madre, el nivel de escolaridad se representa por la quinta o sexta y séptima letra según corresponda. En el caso de haber culminado la primaria se representa por la letra P, secundaria letra S, bachiller letra B, tercer nivel por la letra T y cuarto nivel por la letra M.
5. Edad: según los datos proporcionados por la madre, la edad se representa al final de cada identificación.

A continuación, se presentan algunos ejemplos para una mayor comprensión:

				
Número de gestas	Etnia	Estado civil	Escolaridad	Edad
<b>MU</b>	<b>MT</b>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>30</b>
				
Número de gestas	Etnia	Estado civil	Escolaridad	Edad
<b>MU</b>	<b>M</b>	<b>UL</b>	<b>T</b>	<b>37</b>

En la tabla 9 se detalla el perfil de las 52 entrevistadas agrupadas por rangos de edad, donde las pacientes que cursan la segunda década de vida las visualizamos con un color celeste,

las pacientes en tercera década de vida en color rosado y nuestra única paciente con 40 años identificada con color verde.

**Tabla 9**

*Perfil de informantes de las 52 entrevistas semiestructuradas realizadas por las investigadoras*

N°	Informante	Gestación	Perfil
1	PRIULB20	Primípara	Paciente de 20 años, <u>indígena</u> , nacida en Machachi, residente en Guamaní, Bachiller, unión libre.
2	MUMCB28	Múltipara	Paciente de 28 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, bachiller, casada
3	PRMCT28	Primípara	Paciente de 28 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, medica rural (tercer nivel), casada
4	PRAFSB18	Primípara	Paciente de 18 años, <u>afroecuatoriana</u> , nacida en Ibarra, residente en Quito, bachiller, soltera
5	MUMCB26	Múltipara	Paciente de 26 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, bachiller, casada
6	PRMCT29 -1	Primípara	Paciente de 29 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada
7	PRMSB18	Primípara	Paciente de 18 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, bachiller, soltera
8	PRMSB22	Primípara	Paciente de 22 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, bachiller, soltera

9	PRIST27	Primípara	Paciente de 27 años, <u>indígena</u> , nacida en Riobamba, residente en Aloasí, Tercer nivel (tecnológico o universitario), soltera
10	MUMSB25	Múltipara	Paciente de 25 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, bachiller, soltera
11	MUMTULB29	Múltipara	Paciente de 29 años, <u>montubia</u> , nacida en Esmeraldas, reside en Quito, bachiller, unión Libre / Unión de hecho.
12	MUMULS28	Múltipara	Paciente de 28 años, <u>mestiza</u> , nacida en la Latacunga, residente en Quito, secundaria (8vo, 9no y 10mo), unión libre / unión de hecho
13	PRMCT26	Primípara	Paciente de 26 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Machachi, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada
14	PRMCT29 -2	Primípara	Paciente de 29 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada
15	MUMCB23	Múltipara	Paciente de 23 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, bachiller, casada
16	MUMCT29 -1	Múltipara	Paciente de 29 años, <u>mestiza</u> , nacida en Cayambe, residente en Malchingui, tercer nivel (tecnológico o universitario) casada
17	MUMCB22	Múltipara	Paciente de 22 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, bachiller, casada
18	PRMCB23	Primípara	Paciente de 23 años, <u>mestiza</u> , nacida en Carchi, residente en Quito, bachiller, casada.
19	MUMCT29 -2	Múltipara	Paciente de 29 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.

20	PRMCB28	Primípara	Paciente de 28 años, <u>mestiza</u> , nacida en Cotopaxi, residente en Quito, bachiller, casada.
21	MUMSB23	Múltipara	Paciente de 23 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, bachiller, soltera
22	MUIULM30	Múltipara	Paciente de 30 años, <u>indígena</u> , nacida en Quito, residente en Quito, Cuarto nivel (Maestría, PhD, Doctorado), Unión libre / Unión de hecho.
23	PRMCM31	Primípara	Paciente de 31 años, <u>mestiza</u> , nacida en Pedro Vicente Maldonado, residente en Quito, cuarto nivel (Maestría, PhD, Doctorado), casada.
24	MUIVIP39	Múltipara	Paciente de 39 años, <u>indígena</u> , nacida en Cotopaxi, residente en Machachi, primaria, sin escolaridad, viuda.
25	PRMST35	Primípara	Paciente de 35 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, primípara, Tercer nivel (tecnológico o universitario), soltera.
26	PRMSB34	Primípara	Paciente de 34 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, bachiller, soltera, discapacidad auditiva.
27	MUMCB32	Múltipara	Paciente de 32 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, bachiller, casada, primer parto en España.
28	MUMCT38	Múltipara	Paciente de 38 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
29	PRAF31	Primípara	Paciente de 31 años, <u>afroecuatoriana</u> , nacida en Quito, residente en Quito, paramédico con Cuarto nivel (Maestría, PhD, Doctorado), casada.

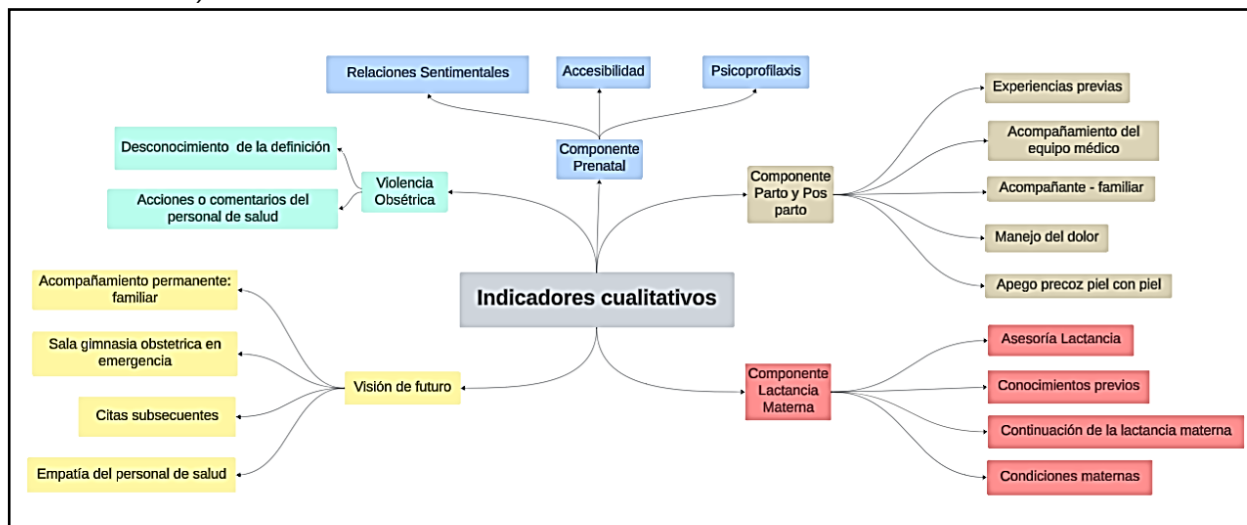
30	MUMCT32	Múltipara	Paciente de 32 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada
31	MUMULP30	Múltipara	Paciente de 30 años, <u>mestiza</u> , nacida en Bolívar, reside en Quito, primaria, unión Libre / Unión de hecho.
32	MUIDVT32	Múltipara	Paciente de 32 años, <u>indígena</u> , nacida en Guamate, reside en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), divorciada.
33	MUMTCM30	Múltipara	Paciente de 30 años, <u>montubia</u> , nacida en Manabí, residente en Quito, Cuarto nivel (Maestría, PhD, Doctorado), casada.
34	MUMULT32	Múltipara	Paciente de 32 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), unión libre / unión de hecho.
35	MUMCT31	Múltipara	Paciente de 31 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, Tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
36	MUICT33	Múltipara	Paciente de 33 años, <u>indígena</u> , nacida en Chimborazo, residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
37	PRMCT31	Primípara	Paciente de 31 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
38	MUMCM30	Múltipara	Paciente de 30 años, <u>mestiza</u> , nacida en Machala, residente en Quito, cuarto nivel, casada.
39	PRMCT32	Primípara	Paciente de 32 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.

40	MUMCT35	Múltipara	Paciente de 35 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
41	MUMULT31	Múltipara	Paciente de 31 años, <u>mestiza</u> , nacida en Latacunga, residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), unión libre / unión de hecho.
42	MUMCB30	Múltipara	Paciente de 30 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Pintag, bachiller, casada.
43	PRMULT35	Primípara	Paciente de 35 años, <u>mestiza</u> , nacida en Quito, residente en Amaguaña, tercer nivel (tecnológico o universitario), unión Libre / Unión de hecho.
44	PRMST38	Primípara	Paciente de 38 años, <u>mestiza</u> , nacida en Pifo, residente en Tumbaco, tercer nivel (tecnológico o universitario), soltera.
45	PRMULT31	Primípara	Paciente de 31 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), unión Libre / Unión de hecho.
46	PRMCT33	Primípara	Paciente de 33 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
47	MUMCT37	Múltipara	Paciente de 37 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
48	MUMCT34	Múltipara	Paciente de 34 años, <u>mestiza</u> , nacida en Machachi, residente en Uyumbicho, tercer nivel (tecnológico o universitario), casada.
49	MUMULT38	Múltipara	Paciente de 38 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), unión Libre / Unión de hecho.

50	MUMULT37	Múltipara	Paciente de 37 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), unión Libre / unión de hecho.
51	MUMST30	Múltipara	Paciente de 30 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, tercer nivel (tecnológico o universitario), soltera.
52	MUMST40	Múltipara	Paciente de 40 años, <u>mestiza</u> , nacida y residente en Quito, Tercer nivel (tecnológico o universitario), soltera.
Fuente: datos de la investigación, 2024      Autoras: Guerrero y Haro, 2024			

**4.3.2. Delimitación de categorías y subcategorías utilizadas en la sistematización de la información**

**Figura 30** Indicadores cualitativos. Categorías y subcategorías (Realizado por las autoras)



Fuente: datos de la investigación, 2024

Autoras: Guerrero y Haro, 2024

Por medio de un gráfico sistemático analítico se planteó 5 categorías (componente prenatal, parto y postparto, lactancia materna, violencia obstétrica y visión a futuro) y 18 subcategorías (relaciones sentimentales, accesibilidad, psicoprofilaxis, experiencias previas, acompañamiento del equipo médico, acompañante - familiar, manejo del dolor, apego precoz piel con piel, asesoría en lactancia, conocimientos previos, continuación de la lactancia materna, condiciones maternas, desconocimiento de la definición, acciones o comentarios del personal de salud, acompañamiento permanente: familiar, sala gimnasia obstétrica en emergencia, citas subsecuentes, empatía del personal de salud) para el desarrollo de la metodología cualitativa como se visualiza en la figura 30. Para las 18 subcategorías se planteó como base la investigación cualitativa pues a través de cada una de ellas se fue abordando las experiencias narradas con el objetivo de dar voz a cada una de las percepciones maternas en los ámbitos prenatal, parto y postparto, lactancia materna, violencia obstétrica y recomendaciones para una mejora continua.

**Tabla 10***Indicadores cualitativos. Definición conceptual de categorías*

	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>
<b>1</b>	Relaciones sentimentales	Vínculo afectivo que una persona mantiene con su pareja o familia que puede verse relacionado con su estado civil y se caracteriza por la presencia o ausencia del apoyo de pareja (comprensión, respaldo emocional y colaboración) y de familia (sostén emocional, económico o social).
<b>2</b>	Accesibilidad	Capacidad que tiene una persona para obtener servicios de salud determinada por su condición de gestante en base a aristas como el apoyo laboral (estabilidad en el empleo y facilidades otorgadas por el lugar de trabajo), economía (nivel de ingresos y disponibilidad de recursos financieros) y atención medica subsecuente.
<b>3</b>	Psicoprofilaxis	Conjunto de técnicas educativas, físicas y emocionales orientadas a capacitar a la embarazada en el parto, entre las que se incluye a la gimnasia obstétrica como herramienta para favorecer el bienestar físico.
<b>4</b>	Experiencias previas	Conjunto de antecedentes obstétricos, vivencias emocionales y percepciones personales que una mujer ha tenido en embarazos y partos anteriores en condición de multípara.
<b>5</b>	Acompañamiento del equipo médico	Presencia continua, respetuosa y empática del personal de salud durante el embarazo, parto y posparto. Acompañamiento que implica reconocer la experiencia personal de salud para generar confianza y cercanía al brindar apoyo físico, emocional e informativo a la mujer, respondiendo a sus necesidades y promoviendo decisiones informadas en un ambiente seguro y digno.

6	Acompañante - familiar	Persona del entorno cercano de la paciente, designada para brindar apoyo físico y emocional donde su presencia puede verse limitada por el acceso restringido en el hospital, lo que depende de normativas institucionales, la logística del establecimiento y la rotación del personal de salud.
7	Manejo del dolor	Conjunto de estrategias utilizadas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el puerperio, que incluye el uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos
8	Apego precoz piel con piel	Entiéndase como el primer contacto entre el pecho de la madre y su hijo minutos después de su nacimiento, de esta forma se facilita el inicio de la lactancia materna.
9	Asesoría en lactancia	Acompañamiento profesional y humano que se brinda a la madre para resolver dudas y enseñar técnicas adecuadas de lactancia materna.
10	Conocimientos previos	Ideas, experiencias e información que una mujer ya posee antes de recibir atención durante el embarazo, parto o posparto que pueden provenir de un embarazo previo o de información brindada por familiares.
11	Continuación de la lactancia materna	Mantener la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida, idealmente hasta los dos años o más ayudándose de un banco de leche. De esta manera se busca garantizar los beneficios provenientes de la leche materna.
12	Condiciones maternas	Factores físicos o emocionales que influyen en el bienestar y la capacidad de la madre para brindar cuidados a su hijo.
13	Desconocimiento de la definición	Falta de comprensión o claridad sobre el significado de violencia obstétrica, que podría ser por la escasa difusión a nivel social.

14	Acciones o comentarios del personal de salud	Prácticas médicas que deterioran la humanización y calidad de la atención, pues se llevan a cabo sin consentimiento informado, con falta de sensibilidad o con un trato diferenciado hacia las mujeres según su apariencia, formación académica o procedencia.
15	Acompañamiento permanente: familiar	Apoyo continuo a la madre post cesárea o postparto, que incluye ayuda en lactancia y presencia de un familiar cercano, evitando interrupciones bruscas por parte del personal que afecten su recuperación y bienestar.
16	Sala gimnasia obstétrica en emergencia	Espacio habilitado para embarazadas con dilatación inferior a 4 cm con domicilio lejano, poca comprensión de los signos de alarma que cuenta con los instrumentos necesarios para brindar apoyo como psicoprofilaxis del parto
17	Citas subsecuentes	Controles prenatales mensuales que deben garantizarse de forma accesible, ya sea en el mismo o en distinto establecimiento asegurando continuidad y oportunidad en la atención.
18	Empatía del personal de salud	Capacidad del equipo sanitario para brindar un cuidado humanizado, cercano y respetuoso, conforme a lo estipulado en la normativa ESAMyN, implica priorizar la dignidad, las emociones y necesidades de las mujeres, sobre todo en el área de emergencias, donde es indispensable reforzar el personal y fomentar un trato empático.

Fuente: datos de la investigación, 2024

Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

**4.3.3. Voces maternas: percepciones en prenatal, parto, posparto, lactancia, violencia obstétrica y recomendaciones**

A continuación, la información se organiza en cinco capítulos que desarrollan los componentes de atención prenatal, parto y posparto, lactancia materna, violencia obstétrica y las recomendaciones de las madres como proyección a futuro. Cada subcapítulo busca sistematizar y facilitar la comprensión de los datos obtenidos.

Se presentan en cada subcapítulo los relatos más representativos recopilados a través de entrevistas etnográficas, aplicadas a mujeres que reunieron los criterios de inclusión establecidos en la investigación.

#### **4.3.3.1. Percepción cualitativa del componente prenatal de las madres entrevistadas.**

El periodo prenatal descrito por las mujeres entrevistadas es detallado desde varios enfoques, uno de ellos es la relación sentimental que viven con sus parejas o familiares, por otro lado, el ámbito de salud valorado desde la accesibilidad a realizarse controles prenatales, por último, el conocimiento o no de la utilización de herramientas durante este periodo como la psicoprofilaxis. A partir de esto, siendo vista la mujer embarazada desde una perspectiva biopsicosocial, en este estudio se tomó en cuenta tres subcategorías que desempeñan un papel fundamental durante la gestación: relaciones sentimentales, accesibilidad a salud y psicoprofilaxis. De las 52 entrevistas etnográficas realizadas se identificaron algunas de las frases más representativas para cada una de las subcategorías anteriormente descritas.

##### **Relaciones sentimentales:**

Dado que el acompañamiento de la familia o la pareja durante el embarazo favorece el bienestar físico y psicológico de la madre y del futuro hijo, al propiciar la creación de vínculos desde antes del nacimiento, resulta pertinente resaltarlo. A continuación, se presentan los testimonios de las madres:

- *“Bueno eso si siempre fue un apoyo, como incluso yo trabajo en la empresa familiar, siempre me apoyaron por ese lado, también con los permisos para mis controles o cuando*

*comenzaba con muchas náuseas, ya me iba nomás a la casa y, eso sí, nunca me contaban las horas de los permisos ni nada*". **Madre de 38 años, primera gesta, mestiza, soltera, con estudios de tercer nivel.**

- *"Todos estaban pendientes, que ya querían hacerme el baby shower o la revelación del género, yo disfrute mucho mucho mi embarazo"*. **Madre de 30 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachillerato.**
- *Mi esposo al menos si me apoyaba, pero si hubo muchos problemas con su familia porque nunca quisieron que él este conmigo y cuando se enteraron que estaba embarazada decían que el hijo no era de él y así, eso fue lo feo y los primeros meses solo me pasaba llorando"*. **Madre de 23 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachillerato.**
- *"Mi esposo y mi familia me apoyaban, pero como en todas las familias a ratos nos peleábamos, porque justo el embarazo llegó en una etapa donde mi papi se murió, entonces yo lloraba mucho en el embarazo, pero ahora digo esta bendición es mi regalito del día de las madres"*. **Madre de 31 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *"O sea, yo la verdad me hacía ver en un centro de salud y en la privada, porque no tenía cobertura del IESS todavía y como recién cumplí seis meses, en mi trabajo, era difícil que me den permiso para mis citas médicas así que opté por venir acá solo para ya dar a luz"*. **Madre de 28 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**

En las entrevistas, la mayoría de las madres mencionan que la situación sentimental si juega un papel fundamental para llevar un embarazo psicológicamente saludable, en el mejor de los escenarios, la pareja y familiares de la gestante se convierten en una fuente de apoyo y se fortalecen los vínculos durante esta etapa; sin embargo, en muchos casos la familia o pareja se convierten en una fuente de incomodidad para la madre, especialmente cuando se crea situaciones donde predomina el estrés o sentimientos negativos.

Además, durante las entrevistas, las madres destacaron la relevancia de las relaciones laborales en su experiencia prenatal, ya que en muchos casos representan una limitante para asistir a citas médicas debido a la necesidad de contar con la autorización de sus empleadores. Desde este punto de vista, cursar por esta situación representa un factor psicológico significativo y puede influir en la decisión de asistir a servicios de salud del sector privado, los cuales ofrecen horarios más flexibles y permiten realizar los controles prenatales fuera de la jornada laboral.

### **Accesibilidad:**

El acceso a la atención médica durante el embarazo depende de aspectos como la situación económica de la mujer o su familia y la disponibilidad de turnos, tanto para la primera

cita como para los controles posteriores. En este sentido, durante las entrevistas se recogieron los siguientes testimonios:

- *“Con lo de las citas si fue bastante complicado porque solo avancé a coger una cita por el seguro y todo ya me tocó por el privado, antes mi esposo si tenía la posibilidad de pagar las citas o los medicamentos, porque si no yo no sabría cómo hubiera llevado mi embarazo”.* **Madre de 30 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachillerato.**
- *“Sí, tuve citas, tuve tres controles en todo mi embarazo. Primero estaba en la maternidad de la Isidro Ayora, después me mandaron a los controles en la lucha de los pobres y ahí me dieron una vez una charla para prepararme en el parto. Yo sí agradezco haber tenido ahí los controles porque me daban todo lo que necesitaba de vitaminas, incluso para las charlas algunas por zoom nos daban y otras ya presenciales”.* **Madre de 18 años, primera gesta, afroecuatoriana, soltera, con estudios bachillerato.**
- *“Yo vivo por acá en el sur y me mandaron en una cita al IESS de Machachi, de ahí como no me daban cita subsecuente la doctora me ayudaba con turnos extras, pero ya la última vez ya no me pudo ayudar porque no tenía, entonces ahí cuando intenté llamar, todas las llamadas me decían que no tenían, y créame que llamaba todos los días”.* **Madre de 20 años, primera gesta, indígena, unión libre, con estudios bachillerato.**
- *“Los turnos a mí en el IESS no me daban solo me atendían por emergencia y la única vez que tuve un turno no había ecografías ni vitaminas en la farmacia, fue como ir a mi ginecóloga, pero sin pagar la consulta porque me toco comprar las medicinas y ver donde hacerme el eco”.* **Madre de 31 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios tercer nivel.**
- *“Yo me quise pasar del IESS de la Colón acá, pero me dijeron que por mis medios debía conseguir un turno, entonces ya no hice nada porque ya sabe cómo son las citas del IESS, yo siempre tuve que estar pendiente a que IESS me mandaban para el chequeo de mi bebé, porque siempre me cambiaban de lugar o si me tocaba en el mismo que ya me vieron ahora me cambiaban de médico, nunca me tocó un mismo médico para que me vea”.* **Madre de 38 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios tercer nivel.**

Durante las entrevistas realizadas, las madres comentan que recurrían a tres sistemas de salud: IESS, MSP y sector privado. Las usuarias del IESS manifestaron varias inconformidades, siendo la más recurrente la limitación en la accesibilidad por la distancia existente entre sus viviendas y el establecimiento de salud asignado. Además, eran pocos los controles que se realizaban por la falta de obtención de citas subsecuentes, a esto se suma que cuando acudían a las citas de control no se contaba con ecografía, por lo que esta debía ser costeada por cada usuaria, convirtiéndose en un costo adicional. De igual forma, los costos se elevaban durante este periodo por la falta de cobertura de medicamentos en este sistema de salud. Otro aspecto necesario que tomar en cuenta es, la falta de continuidad en la atención

médica, ya que las madres refieren que eran atendidas por distintos profesionales en diferentes centros de salud o incluso en el mismo, sin un seguimiento clínico uniforme.

Debido a estas circunstancias, las madres se veían en la necesidad de usar otros sistemas de salud, como el MSP, en donde manifiestan que la cobertura era más completa puesto que, las ecografías eran realizadas en cada consulta médica y se les entregaba la medicación que requerían e incluso asistían a charlas prenatales en modalidad virtual o presencial. Si la condición económica lo permitía, los controles prenatales los realizaban en el sector privado con su médico de confianza siendo esta forma más agradable para la madre.

### **Psicoprofilaxis:**

La psicoprofilaxis prenatal es la encargada de brindar a la madre herramientas para aplicarlas en el parto y que este sea más tranquilo y llevadero, inclusive capacita a su acompañante sobre: los beneficios emocionales y de conexión que se crean con esta actividad y el momento del parto para apoyar a la madre. Los testimonios más relevantes fueron los siguientes:

- *“Siempre vine con mi esposo a la gimnasia obstétrica, vivimos el ESAMyN. Me gustó que nos ayudaban con la respiración, saber lo que va a pasar, más que todo estar preparada para ese momento y que mi esposo más que todo sepa y no le agarre desprevenido, hasta nos ayudaron a saber que llevar en el día del parto”.* **Madre de 31 años, primera gesta, afroecuatoriana, casada, con estudios de cuarto nivel.**
- *“Este embarazo fue muy ESAMyN para mí, la doctora que me llevaba mis controles me mandó a hacer gimnasia obstétrica, una excelente profesional, las primeras dos sesiones las hice acompañada de mi esposo y de ahí en la sala de mi casa, los replicábamos, ya le cogimos el tinto, a mí me pareció bonito esta interacción con mi esposo y cómo él también se iba conectando con el bebé, me iba agarrando la pancita, le hablaba y como que él bebé le reconocía y ya pateaba cuando ponía la mano”.* **Madre de 30 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachillerato.**
- *“La verdad que no cambiaría en nada todo este proceso de estar embarazada, en los controles que tuve si me inculcaban o me decían lo importante que es conocer los signos de alarma, me agendaban sesiones de gimnasia obstétrica, unas dos vine acompañada de mi esposo y el resto me acompañó mi mami”.* **Madre de 23 años, múltipara, mestiza, soltera, con estudios bachillerato.**

Sin embargo, la psicoprofilaxis sigue siendo un privilegio para pocas y un desconocimiento para muchas madres que no se benefician de esta experiencia, ya sea

por falta de divulgación de la existencia las sesiones o porque prefieren no realizarlas por diferentes motivos personales, a continuación, los relatos de las madres:

- *“Yo la verdad no quise hacer psicoprofilaxis porque el trabajo que yo hago aquí es de caminar todo el día y quedarme hasta muy tarde porque era a eso de las cinco de la tarde, yo ya no quería quedarme más tiempo, solo quería llegar rápido a la casa para poder descansar. Solo fui una vez, si me gustó, pero ya estaba muy cansada entonces ya no regresé”.* **Madre de 35 años, multipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“En ninguno de mis controles jamás me dijeron de la gimnasia obstétrica, que hay un plan de parto, o que hay la libre elección del acompañante, o que es mi derecho entrar acompañada por eso es que nosotros también veníamos con el susto de que, si nos iban a dejar pasar, pero bueno igual no hubiese podido venir a la gimnasia porque en mi trabajo nos dicen que las citas médicas son fuera de horario laboral”.* **Madre de 35 años, primera gesta, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Solo queremos lo mejor para nuestros hijos y es muy importante que estén bien, porque son una bendición en nuestras vidas, que de haber sabido lo mucho que me hubiese servido saber todo lo que a la otra mamita le enseñaron en la gimnasia obstétrica, me hubiera dado el tiempo de asistir”.* **Madre de 29 años, multipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (1).**

Dado que la psicoprofilaxis proporciona información valiosa y esencial para su aplicación durante el parto, es fundamental que esta sea divulgada por el personal de salud en el transcurso de los controles prenatales en cualquier trimestre que esta se encuentre.

Las madres que tuvieron este acompañamiento lo describieron como un privilegio, ya que les permitió conectar con su pareja o familiar y reforzar el lazo emocional con su bebé antes de nacer.

Además, durante este proceso se favorece una mayor conciencia e involucramiento de la pareja o familiar en el embarazo, contribuyendo al bienestar emocional de la madre y al acompañamiento activo durante el parto.

#### **4.3.3.1.1. Análisis cualitativo del componente prenatal.**

En conclusión, de esta manera la normativa ESAMyN logra fomentar el apoyo de la pareja, familia o personas que le acompañan a la madre durante el embarazo, parto y postparto, por lo que en este estudio se tomó en cuenta la variable de relaciones sentimentales, en donde se abarca el acompañamiento no solo de la pareja, sino también familiar. En las madres

entrevistadas se identificó que el apoyo emocional de la pareja o familiares se convierte en un factor protector en el embarazo porque le brinda a la madre un ambiente seguro. Sin embargo, también se evidenció que las situaciones de conflicto provenientes de familiares o la pareja, sí influyen en el embarazo dado que, las madres relatan haber pasado por sesiones de llanto incesante, que se acompañaban de pensamientos de no realizar ninguna actividad y solo pasar en cama. El acompañamiento también se ve reflejado en la asistencia y participación de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, las madres que fueron parte de este programa refieren que, para el momento del parto se sintieron más seguras ya que, por una parte fortalecieron vínculos emocionales con su acompañante y a su vez, el acompañante con el nuevo integrante de la familia; por otro lado, se sintieron preparadas por que se les brindó indicaciones para el parto desde que llevar hasta las técnicas de relajación para aliviar los dolores de cada contracción.

Sin embargo, ¿Qué pasa con las madres que no recibieron sesiones de psicoprofilaxis?, se observaron varios factores, uno de ellos es la falta de conocimiento de estas, por lo que es necesario su difusión.

Otro de los factores es, la falta de horarios flexibles para la asistencia a estas sesiones, las madres trabajadoras manifestaron que, debido al cansancio laboral o la incompatibilidad horaria no pudieron continuar con las sesiones, a pesar de su interés y conocimiento de su utilidad. Este hallazgo evidencia la necesidad de adecuar los programas de educación prenatal a las realidades laborales de las madres, como lo plantea la normativa en su enfoque de atención integral e inclusiva.

Finalmente, un tema recurrente fue la dificultad para acceder a citas subsecuentes de control prenatal en el IESS. Las gestantes indicaron que, en muchos casos, dependían del profesional de salud para que les otorgue turnos adicionales, si esto no ocurría, se veían

obligadas a agendar una nueva cita a través del sistema de llamadas o la página web, donde frecuentemente no encontraban disponibilidad.

Como consecuencia, se veían obligadas a buscar otros sistemas de salud como el MSP, o si las posibilidades económicas personales o familiares lo permitían, el sector privado. De acuerdo con la Normativa ESAMyN y las directrices del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se recomienda que toda mujer embarazada reciba al menos cinco consultas prenatales durante su embarazo (MSP, 2016a).

Sin embargo, según las directrices actualizadas de la OMS publicadas en 2016, se recomienda que las mujeres embarazadas tengan un mínimo de ocho controles prenatales con los servicios de salud durante su embarazo (Seungwon Lee, 2024).

Se evidenció que la mayoría de las madres que dieron a luz en el Hospital General del IESS Quito Sur no realizaron la totalidad de sus controles prenatales en esta institución y, por lo tanto, no fueron beneficiarias directas en el ámbito prenatal. Esta situación constituye una limitación del estudio desde el enfoque institucional; no obstante, ofrece la posibilidad de explorar cómo las gestantes en Ecuador experimentan el proceso prenatal desde su propia perspectiva.

Procedemos a realizar el esquema de Giddens en el que se visualiza los testimonios de las madres, además, se realiza el esquema sistemático donde se observa el análisis cualitativo del componente prenatal (Giddens & W. Sutton, 2014).

Figura 31

## Esquema Sistémico de Giddens: Componente Prenatal

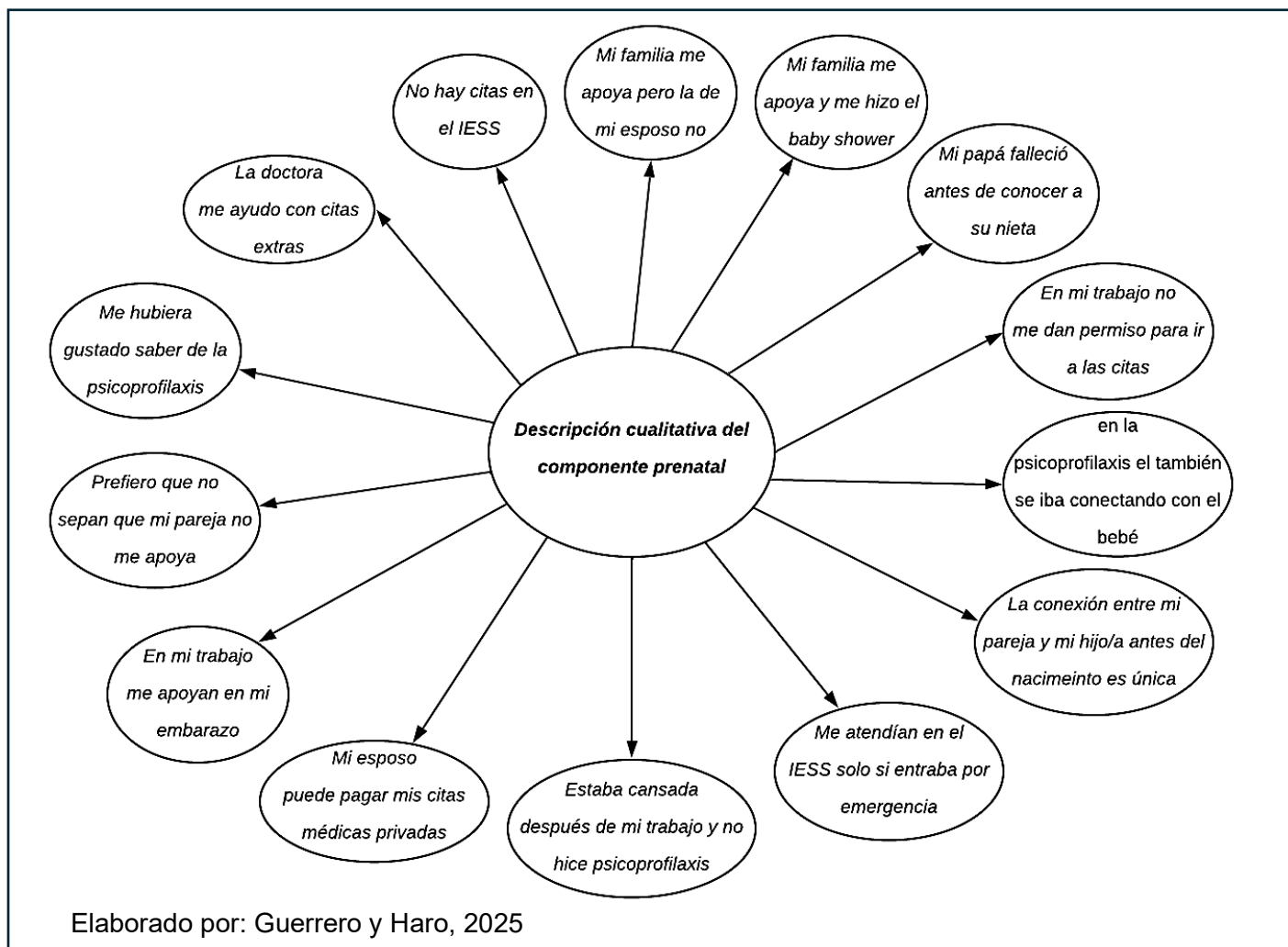
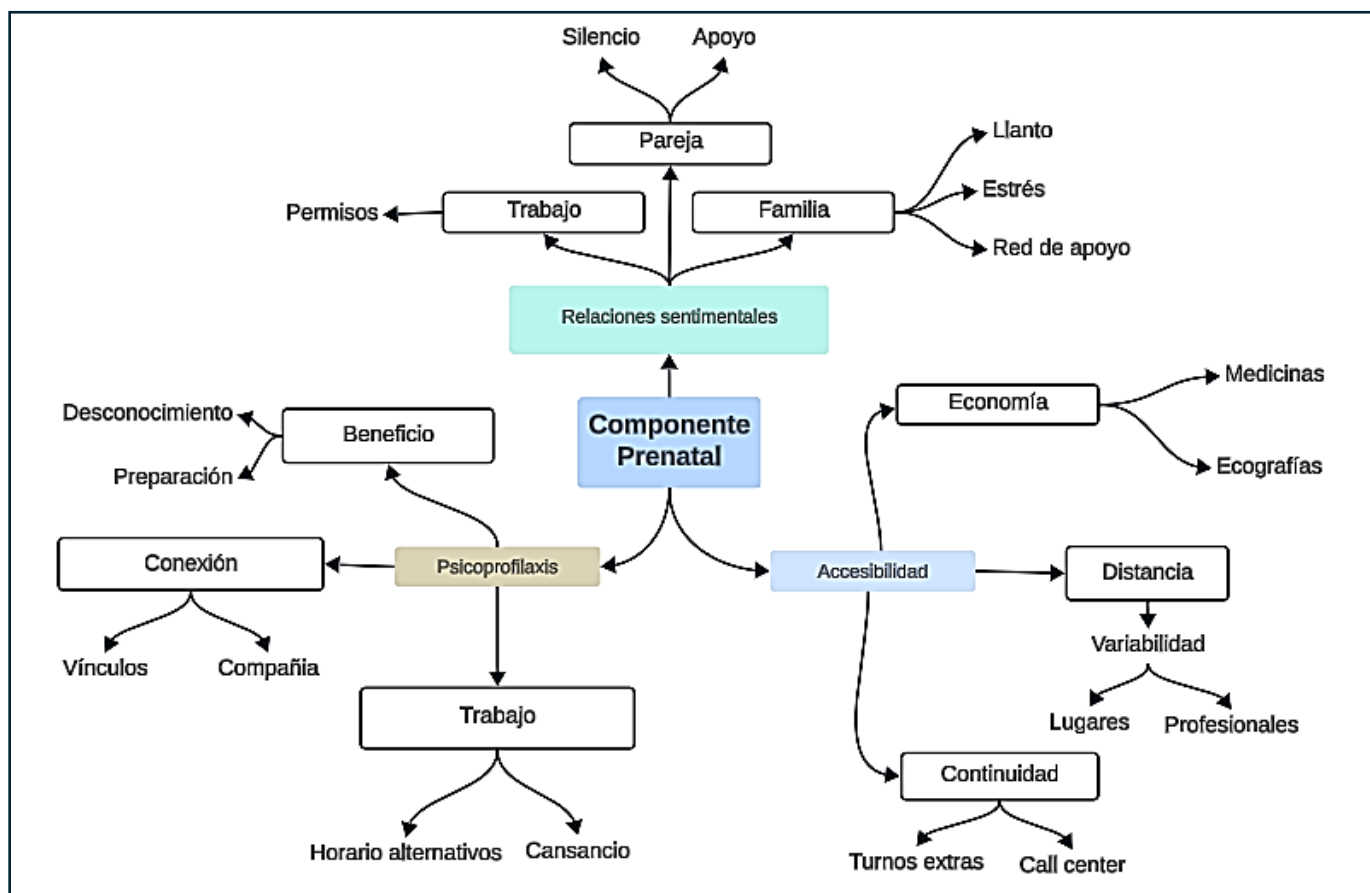


Figura 32

*Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Componente Prenatal*



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025.

#### 4.3.3.2. Percepción cualitativa del componente parto y postparto.

El parto puede ser considerado como una experiencia única e incomparable, marcando la vida de la madre y probablemente de quienes la acompañan. En este momento del parto y postparto, se despiertan una gama de emociones intensas, que van desde la incertidumbre, preocupación y miedo al dolor, hasta una fuerza interior indescriptible y desbordante de amor que inicia al escuchar por primera vez el llanto de su hijo o sentir su calor en el pecho materno.

Dada la complejidad de esta etapa, el análisis del componente de parto y posparto se estructuró en cinco subcategorías: experiencias previas, acompañamiento del equipo de salud,

acompañamiento familiar, manejo del dolor y apego temprano. Estas subcategorías permitieron profundizar en las percepciones y vivencias de las mujeres que atravesaron el parto y posparto en el Hospital IESS Quito Sur. A continuación, se presentan las frases más significativas recogidas en las 52 entrevistas realizadas:

### **Experiencias previas:**

El parto y postparto al tener un componente cultural y social puede ser visto con varias perspectivas según las creencias de cada madre. Además, cada madre ha vivido diversas circunstancias en el transcurso de su vida como atenciones ginecólogas, embarazos previos, partos anteriores y relaciones interpersonales con familiares y el personal de salud que pueden ser decisivas en estos momentos tan vulnerables que pasa la madre, a continuación, los testimonios más relevantes:

- *“A mí no gustó para nada no comunicarme con mis familiares y estar entre tanto desconocido en un momento tan importante, entonces cuando supe que aquí podía estar un familiar en el parto, dije ahí es y no puede ser en otro lugar, como sea tenía que dar a luz de forma humanizada”.* **Madre de 30 años, múltipara, mestiza, soltera, con estudios de tercer nivel.**
- *“Nosotros veníamos con la ilusión o bueno en un principio estábamos muy preocupado en qué iban a hacer, como nos enseñaron eso sobre la aromaterapia todo eso, ya estaba tranquila de que así iba a ser. Pero claro se sintió disparado el día, al principio ingresamos solo dos de ahí empezaron, creo que terminaron haciendo unas ocho cesáreas y unos dos partos normales, se veía como faltaba personal para poder cumplir con todo eso que nos habían enseñado en las charlas”.* **Madre de 38 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Al médico que me atendió el parto le dije que ya sentía que iba a dar a luz. Y dijo, no, no, a usted todavía le falta, tiene que seguir. Según la doctora estaba en siete de dilatación, pero yo ya quería pujar. Entonces le digo, no, doctora, yo ya voy a dar a luz y me dice no, usted tiene que levantarse y seguir caminando. Enseguidita dí a luz, ya pujé y nació de una, pero ya estaba acostada en la camilla. Entonces yo sí creo que deben de escuchar un poquito a la paciente que una ya sabe, este ya es mi tercer hijo y yo le dije a la doctora que mis partos son así y ella que no no no”.* **Madre de 26 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**

Las experiencias compartidas por las madres durante las entrevistas revelan que sus experiencias previas son determinantes en la toma de decisiones sobre el lugar y condiciones en las que prefieren que se desarrolle su parto actual, es por esto que optan por instituciones como

el Hospital General del IESS Quito Sur debido a la aplicación de la normativa ESAMyN que se basa en un parto humanizado.

Pese a los avances, aún persisten dificultades en la ejecución de la normativa, sobre todo en lo relativo a garantizar la presencia continua del acompañante a lo largo del parto y en asegurar una comunicación clara entre el equipo médico y la familia. También se evidenció una falta de reconocimiento al conocimiento corporal de las madres, particularmente de aquellas con partos previos, y una atención insuficiente a las expectativas generadas en las sesiones de psicoprofilaxis.

El impacto de estas falencias se traduce en experiencias negativas para las madres en el ámbito físico y emocional durante el parto, subrayando la urgencia de fomentar la escucha activa, la adecuada coordinación entre servicios y el reconocimiento de la autonomía de la mujer.

#### **Acompañamiento del equipo médico:**

El rol del personal de salud en el acompañamiento durante el parto y el posparto se considera fundamental, ya que incide directamente en la sensación de seguridad, en el bienestar físico y emocional de las pacientes y en la forma en que enfrentan el dolor, toman decisiones y experimentan el proceso en su totalidad. Las narraciones de las madres revelan lo siguiente:

- *“Y vera que como a todo el personal del hospital nos hicieron estudiar para esa certificación yo sí conocía los beneficios de que mi esposo entrara a la cesárea, que estuviera junto a mí, pero hubo una mala comunicación entre los guardias y las enfermeras porque a mi esposo le habían dicho que aún no podía pasar y luego ya le dijeron felicidades es una niña”.* **Madre de 31 años, primera gesta, afroecuatoriana, casada, con estudios de cuarto nivel.**
- *“Todos fueron amables conmigo, siempre estuvieron pendientes de mí, igual cuando entré al quirófano y me iban a poner la anestesia, me tenían paciencia cuando estaba con las contracciones y no me podía quedar quieta”.* **Madre de 35 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“La doctora que me atendió me dijo que confiaba en mí que, si iba a dilatar, ella se fue a hacer una cesárea, y a lo que regresó ya estaba en ocho de dilatación”.* **Madre de 29 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (2).**
- *“Ya en el quirófano si ya fue otra cosa porque se portaron todos súper amables y atentos que hasta nos tomaron fotitos a los tres y nos pusieron la música que nosotros queríamos”.*

*para que yo no esté tensa, fue bonita esa experiencia*". **Madre de 29 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (1).**

- *"Yo la verdad hasta me sorprendí porque los guardias desde el ingreso estaban bien preocupados por lo que estaba en estado de gestación me hicieron pasar primera, igual cuando pasé a ginecología, los médicos que estaban de turno atentos en todo momento, preocupados, yo la verdad no tengo ninguna queja*". **Madre de 34 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**

Si bien muchas mujeres enfatizaron en el trato humano, profesional y empático que recibieron por parte del equipo médico durante el parto, es importante reconocer que no todas las experiencias fueron homogéneas. Presentándose ciertas dificultades como la necesidad de fortalecer una atención más sensible, capacitada y centrada en la mujer, como el siguiente:

- *"Solo ella nomás, era una estudiante que me decía que me siente cuando la doctora me había dicho que camine para que me ayude con las contracciones. De ahí mi mami le dijo, sí es por la limpieza de lo que estaba yo con sangre, yo limpio le dijo y la chica que no que no debe pararse y así, y ya la doctora le ordenó que me pare nomas que no hay ningún problema*". **Madre de 23 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios bachiller.**

La mayoría de las madres entrevistadas refirió haber recibido un trato respetuoso y apropiado tanto del personal de salud como del personal de guardianía del hospital. Además, se evidenció que, según la percepción de cada paciente, existió un mayor nivel de apoyo y cercanía con los profesionales de salud en diferentes áreas como emergencia, quirófano, salas de parto y hospitalización. Sin embargo, también se presentaron experiencias contrarias. En particular, la incomodidad que se llega a generar durante el trabajo de parto debido a la actitud de algunos estudiantes en formación que limitan la autonomía en la libre elección de posición de parto, a pesar de que se contempla en la normativa ESAMyN como un derecho.

### **Acompañante – familiar:**

En el marco de la normativa ESAMyN se promueve el derecho de la madre a estar acompañada por un familiar o persona de su confianza en su proceso de parto, ya que se ha demostrado que un acompañante aporta beneficios significativos para la salud emocional de la madre, dando como resultado un mejor desarrollo del parto. A continuación, se presentan los

testimonios de varias madres que, desde sus propias experiencias, relatan cómo influyó la presencia de su familiar durante el parto:

- *“Si fue bonito vivir esta experiencia con la normativa porque es el único hospital que lo tiene hasta incluso mi esposo cortó el cordón umbilical”.* **Madre de 29 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“La verdad que no me esperaba ni que le dejen entrar a mi esposo, entonces tenerle a él y sentirle a mi bebé en el pecho si fue una alegría enorme”.* **Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (2).**
- *“Tener ahí a mi esposo ahí, sí, fue lindo porque me sentí apoyada, segura, de que él estaba pendiente de nosotros, fue una experiencia bien bonita, después de haber tenido tres abortos es mi primer bebé vivo”.* **Madre de 32 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“No conocía los beneficios de que mi esposo entre, pero yo creo que su presencia ayudó a que mi parto tuviera una respuesta positiva porque ya sabía que estaba ahí alguien que me podía ayudar, que ya me conocía”.* **Madre de 22 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Tenerle en todo momento a mi esposo fue bonito y chistoso (se ríe), es que ya se me desmayaba, le tocó acostarse en el piso porque ya estaba pálido, viendo todo lo que estaba pasando, es que aparte como le digo todo fue muy rápido y salió bebé de una. Pero de ahí sí muy bonita la experiencia que podamos compartir esos momentos que antes era imposible”.* **Madre de 26 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**

Para las madres, contar con un acompañante en el trabajo de parto, usualmente la pareja o un pariente cercano, representa una garantía de seguridad y una oportunidad significativa para consolidar el nuevo vínculo familiar.

Varias de ellas acudieron al Hospital Quito Sur para culminar su embarazo con la expectativa de contar con la compañía de su persona de confianza, debido a que conocían los beneficios emocionales y físicos que esto conlleva.

Es importante considerar que, aunque muchas madres desconocían inicialmente estos beneficios, al reflexionar sobre su experiencia reconocieron el impacto positivo, especialmente cuando lo comparaban con sus partos anteriores en los que no se les permitió estar acompañadas.

### **Manejo del dolor:**

La adecuada gestión del dolor durante el proceso de parto es indispensable para asegurar una atención centrada en la humanización del cuidado. A través de la aplicación de la normativa, se busca promover el reconocimiento y alivio del dolor ya sea de manera farmacológica o no farmacológica, respetando las preferencias de la madre respecto a las técnicas que desee aplicar según el estado en el que se encuentre. Entre los testimonios de madres que narran sus vivencias positivas y negativas, tenemos:

- *“El convivir entre los dos nos ayudó para llevar el dolor del parto demasiado porque si él no me hubiera ayudado o sea, dándome masajes en la espalda o ayudarme a estar bajo la ducha o ya motivándome en el parto, yo si hubiera salido de ahí corriendo porque yo sentía que ya no podía, que quería que me lo saquen rápido, pedía la cesárea pero mi esposo me decía que yo sí puedo, que ya faltaba poco, que las contracciones no podían vencerme y ya en el parto también que la cabecita del niño ya se veía y eso me daba ánimo”.* **Madre de 35 años, primera gesta, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Si yo entré con mi esposo, pero no me gustó tanto porque como era la primera vez de él que le dejaban entrar a un parto del hijo, estaba que no sabía qué hacer y a mí me desesperaba que yo estaba adolorida con las contracciones y él estaba ahí solo sentado, yo sentía que no hacía nada y de lo nervioso que estaba ni podía hablar, yo en ese momento solo pedía que me lea la mente y que sepa que necesitaba”.* **Madre de 29 años, múltipara, montubia, unión libre, con estudios bachiller.**
- *“Porque si puede hacer los ejercicios para que pueda avanzar la dilatación y el dolor fuera menos, en el área del parto tenía todo”.* **Madre de 28 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Durante el parto todo fue súper bien que los ejercicios con la pelota o caminar y también pusieron música, como le digo fue súper bueno, yo hasta pedí que me den mi placenta, aún no sé qué voy a hacer, pero me la dieron para llevarme”.* **Madre de 22 años, primera gesta, mestiza, soltera, con estudios bachiller.**
- *“Eran tres chicas que siempre me estaban dando masajes y ayudándome. Porque esta parte de atrás se me quedaba como tiesa y ahí me ponían algo caliente y ahí como que se me soltaba, igual use la pelotita me pareció que si me ayudo todo eso”.* **Madre de 27 años, primera gesta, indígena, soltera, con estudios de tercer nivel.**

Para muchas madres, el proceso de alivio del dolor durante el trabajo de parto estuvo marcado por el apoyo emocional de sus parejas, quienes, en varios casos, vivieron por primera vez esta experiencia, a pesar de no ser padres por primera vez. Algunas mujeres comentaron que sus esposos no sabían exactamente cómo ayudar, pero su presencia fue reconfortante y fortaleció el vínculo en ese momento. Además, varias mujeres indicaron que lograron poner en práctica los ejercicios aprendidos durante las sesiones de psicoprofilaxis. Entre las estrategias más empleadas para el manejo no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto se

incluyeron las caminatas en el área obstétrica, el uso de pelotas, la escucha de música elegida por la madre, la aplicación de masajes locales y el uso de compresas calientes o duchas con agua tibia. Estas mismas acciones que no solo facilitaron el alivio del dolor del trabajo de parto, sino que también les permitieron sentirse protagonistas del nacimiento de sus bebés.

### **Apego precoz piel con piel:**

El contacto inmediato piel con piel entre la madre y su recién nacido es una práctica recomendada por la normativa como parte de una atención humanizada, debido a que presenta varios beneficios tanto para la madre como para el hijo. Esta práctica se debe realizar de forma obligatoria en todos los recién nacidos, salvo situaciones clínicas maternas o del recién nacido que lo impidan. A continuación, se evidencia los testimonios de las madres en base a la experiencia vivida:

- *“Es una mezcla de sentimientos porque le vi moradita y pegue el susto, pero fue muy bonito, fue muy bonito el darle la bienvenida, decirle aquí estoy, bienvenida. Y ya, y ya te vas un ratito a limpiarte, mamá, siempre va a estar aquí para ti”.* **Madre de 32 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“La verdad que no me esperaba ni que le dejen entrar a mi esposo, entonces tenerle a él y sentirle a mi bebé en el pecho si fue una alegría enorme, muy contenta de esa experiencia”.* **Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (2).**
- *“Me sentía muy nerviosa, de que cómo le van a sacar, si va a salir bien o no, y ¡pac!, me pusieron encima mío, mi esposo me dijo que no sabía de dónde saqué tanta fuerza porque le había doblado el brazo, pero yo le digo que era un dolor el rato que me pegaron piel con piel a mi chiquita se me pasó todo. Muy bonita experiencia, porque ya se siente el calor de quien pasó nueve meses dentro de una y ya tenerlo ahí es una felicidad inexplicable”.* **Madre de 22 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Apenas nació me la pasaron, alguien le escuché que me dijo que como yo estaba adolorida del parto, no me iba a pasar a la bebé, y le dije, no, pásame nomás, y si me pasaron a la bebé porque para mí si era algo bien sagrado tener ese contacto inmediato y poder darle el seno porque es valiosísimo los primeros minutos que se tiene para estar en contacto”.* **Madre de 31 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Ese ratito de estar juntos darle un besito mientras estaba en mi pecho, es lo más valioso, el mejor regalo para una madre. De ahí le tuvieron un ratito en el pecho y después el doctor dijo que ya le pasaba a la cuna para medirle bueno todo eso”.* **Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (1).**

No obstante, algunas madres relataron que no pudieron tener ese primer contacto piel con piel con sus recién nacidos.

Los testimonios de aquellas que vivieron un apego precoz, para que, por medio de ellos podamos reflexionar sobre las brechas existentes entre la normativa y su implementación en la práctica clínica son:

- *“No me lo pegaron al pecho, solo le pusieron en mi barriguita hasta cortarle el cordón y le vi un ratito, de ahí ya se lo llevaron a cambiarle, me acuerdo de que parecía como un gusanito. Pero en ese momento no le disfruté mucho porque estaba adolorida y como me cortaron porque mi bebé no salía, no me quería ni mover”.* **Madre de 28 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“No me la pegaron, solo me mostraron la carita cuando ya estaba vestidita”.* **Madre de 31 años, primera gesta, múltipara, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“No me lo pasaron al pechito porque yo estaba con náuseas entonces solo le dieron a él y le enseñaron más como estaba, y él me decía a mi como estaba y la verdad que al escucharle a mi esposo que me decía que estaba bien me dio mucha paz”.* **Madre de 31 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“No la verdad, solo me la mostraron, me dijeron felicidades, mamá, y me dejaron darle un besito y la bendición de ahí se la llevaron a cambiarle, no me explicaron nada de porque no me la acercaron al pecho”.* **Madre de 35 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**

En las entrevistas al abarcar el tema de apego precoz, se diferenció dos contrastes; aquellas madres que se beneficiaron de ese primer contacto y aquellas que no. Las madres que tuvieron una experiencia positiva lo narran como una vivencia muy significativa, capaz de despertar emociones intensas y fortalecer el vínculo con su recién nacido desde el primer instante. Usando frases significativas como *“fue muy bonito darle la bienvenida, decirle aquí estoy, bienvenida”*, *“sentirle en mi pecho fue una alegría enorme”* o *“se siente el calor de quien pasó nueve meses dentro de una”*, reflejando el impacto emocional de este primer contacto. En contraste, otras mujeres relataron la ausencia de ese contacto inmediato, expresando la falta de información sobre los motivos por los cuales no se realizó el apego inmediato. Al visualizar estos dos contrastes, se resalta la necesidad urgente de garantizar el cumplimiento efectivo de esta práctica como parte del derecho a una maternidad digna, respetada y emocionalmente plena.

#### **4.3.3.2.1. Análisis cualitativo del componente Parto y Postparto.**

Lafaurie, en su artículo *“Atención humanizada del embarazo”* destaca la importancia del acompañamiento durante el proceso de parto, recalcando especialmente los beneficios del soporte emocional que recibe la gestante al estar acompañada, esto le lleva a la madre a reducir los niveles de ansiedad y estrés, gracias a la creación del ambiente propicio para el desarrollo del parto. Entre los mayores beneficios destaca la menor necesidad de intervenciones médicas, gracias a prácticas humanizadas como el control del dolor, el contacto temprano piel con piel y la lactancia inmediata (Lafaurie, 2020). Todas estas prácticas integrales de parto más el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, sin duda son intervenciones fundamentales que favorecen un inicio saludable para el recién nacido a través del fortalecimiento del vínculo afectivo madre – hijo (MSP, 2016b). La normativa ESAMyN es muy clara en sus indicadores con respecto a este tema, y desde la percepción materna del hospital investigado, si se cuenta con la implementación de estas prácticas que mejoran la calidad en la atención del parto y postparto, respetando los derechos de la madre y el neonato.

Otra dimensión identificada en el análisis fue la escucha que se les dio a las madres, con respecto a las experiencias previas de sus partos, pues ya tienen un previo conocimiento sobre el comportamiento de sus cuerpos en este proceso, especialmente aquellas con antecedentes de multiparidad, sin embargo, no fueron lo suficientemente escuchadas. Discriminándose su conocimiento comparativo (proceso de parto actual con partos anteriores) al no ser escuchadas o con una falta de explicación por parte del personal de salud sobre el motivo médico para dar a luz de una u otra forma, frustrando a las madres que ya habían pasado una experiencia poco agradable por el camino que ahora le estaban ofertando.

Los testimonios compartidos por las madres evidencian que sus experiencias previas desempeñan un papel fundamental para la toma de decisiones, especialmente mediante la comparación de experiencias. Muchas de ellas manifestaron que, tras haber vivido partos en los que no contaron con acompañamiento ni comunicación con sus familiares, sin duda, buscaron alternativas que garanticen la presencia de su familiar durante el proceso, siendo una razón de

peso para decidir acudir al Hospital General del IESS Quito Sur para culminar su embarazo, puesto que es una institución que tras haber obtenido la certificación ESAMyN garantizaría un parto humanizado en sus usuarias.

Las madres asisten con la expectativa de aplicar estas prácticas integrales, además de las técnicas de manejo del dolor no farmacológico, sin embargo, se encontraron con una unidad de atención materno infantil saturada y con poco personal para atender sus necesidades. En este contexto, sus parejas o familiares juegan un rol clave al estar presentes en el proceso de parto. Algunas madres no contaron con el beneficio de estar acompañadas, si bien inicialmente se autoriza el ingreso de un acompañante, no es en todo momento que acompaña a la madre, el familiar ingresa cuando la madre es trasladada a la UTP, más no cuando se encuentra en la sala de dilatación.

En los casos de cesárea, el acompañante ingresaba únicamente al momento de la cirugía. Sin embargo, la poca coordinación entre enfermería y guardianía para informar a los familiares provocó en las madres frustración, tristeza y la sensación de que no se cumplía la normativa. Por lo tanto, se recomienda que el área materno infantil presente mejoras de comunicación para evitar que una madre esté sola en un evento tan crucial de su vida.

El respaldo brindado por la pareja o un acompañante en el proceso de parto se considera una medida no farmacológica eficaz para el control del dolor, ya que refuerza la confianza y proporciona seguridad a la gestante (Ferrero Martínez et al., 2024).

Es importante destacar que la falta de capacitación a los estudiantes que están presentes en la sala de centro obstétrico, puede ser una barrera para la aplicación de la normativa; puesto que hubo madres a las que se les impidió elegir la posición de su preferencia. Sin duda, resulta importante buscar la manera de fortalecer la escucha activa y el respeto al pensamiento de las pacientes como parte de un enfoque humanizado del parto, la convivencia madre - hijo garantizando que toda esta etapa se vivirá con sensibilidad y respeto centrado en la paciente.

Así mismos en varios testimonios, manifestaron el no conocer las razones clínicas o logísticas que impidieron que se les pegara piel con piel con sus recién nacidos. Estas vivencias evidencian la necesidad de reforzar la aplicación efectiva y sistemática del apego precoz, además de las técnicas no farmacológicas para manejo del dolor, acompañamiento familiar, y parto en libre posición inclusive en contextos de alta demanda de pacientes con el afán de cumplir con los objetivos de la normativa.

Durante el estudio se vio que, la expectativa de muchas madres de aplicar lo aprendido durante las sesiones de psicoprofilaxis en el momento del parto, sin embargo, su aplicación dependía del flujo de pacientes para la capacidad instaurada, ocasionando así que se cubra mínimamente las necesidades emocionales y físicas de la madre a lo largo de este proceso.

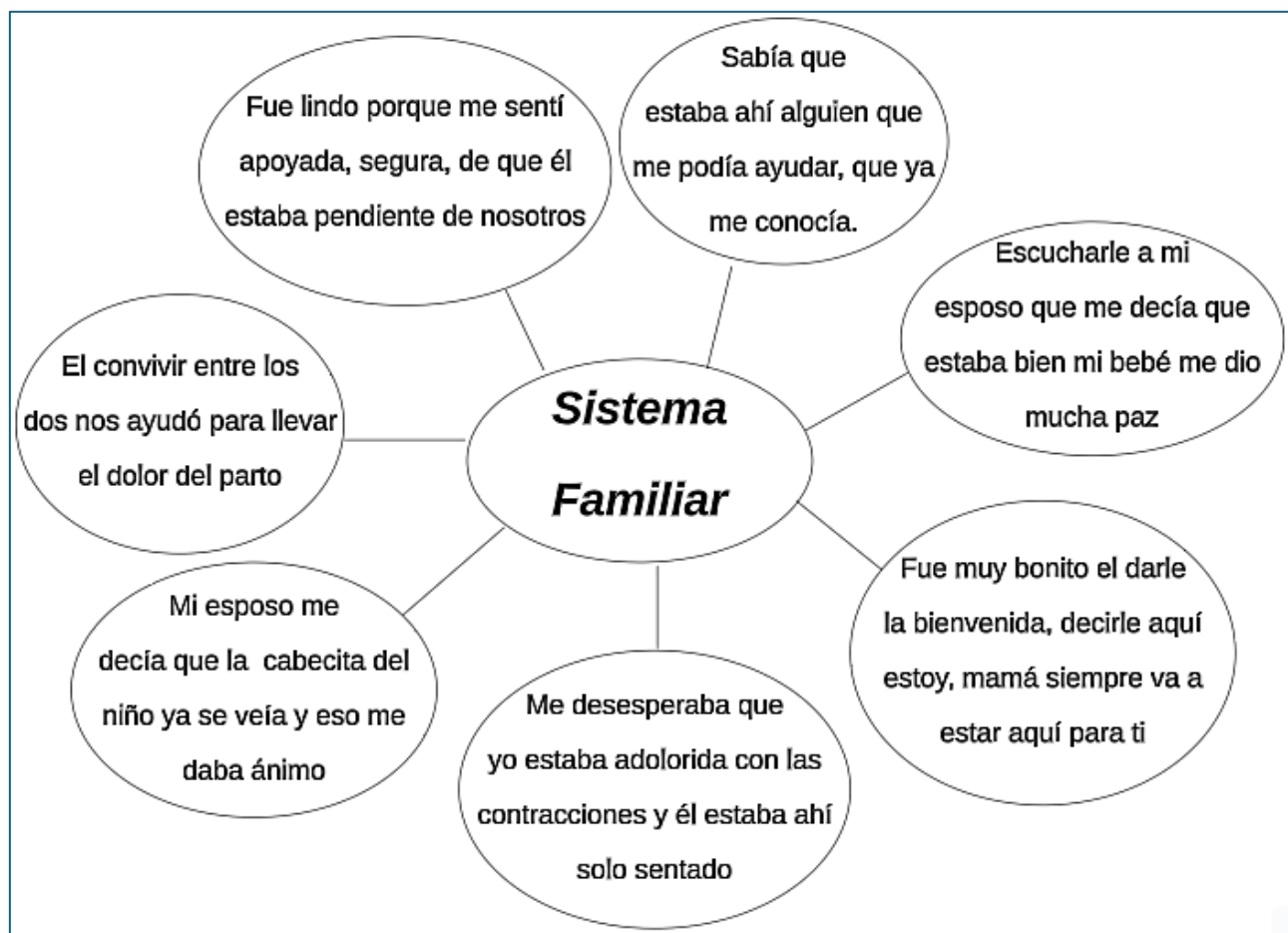
En conclusión, los estudios científicos han demostrado que el apoyo continuo durante el parto mejora la evolución de este, reduciendo la necesidad de intervenciones médicas y aumentando la satisfacción materna.

La OMS reconoce el acompañamiento en el parto como un derecho básico de la gestante, pues contribuye a que este periodo sea más seguro y satisfactorio. En consecuencia, es indispensable que los hospitales que aplican la normativa ESAMyN adopten políticas que faciliten la participación de un acompañante escogido por la madre (Bohren et al., 2017).

A reglón seguido, se realiza el esquema de Giddens en el que se visualiza los testimonios de las madres, además, se realiza el esquema sistemático donde se observa el análisis cualitativo del componente parto y postparto (Giddens & W. Sutton, 2014).

**Figura 33**

*Esquema de Giddens del componente parto y postparto: Sistema Familiar*

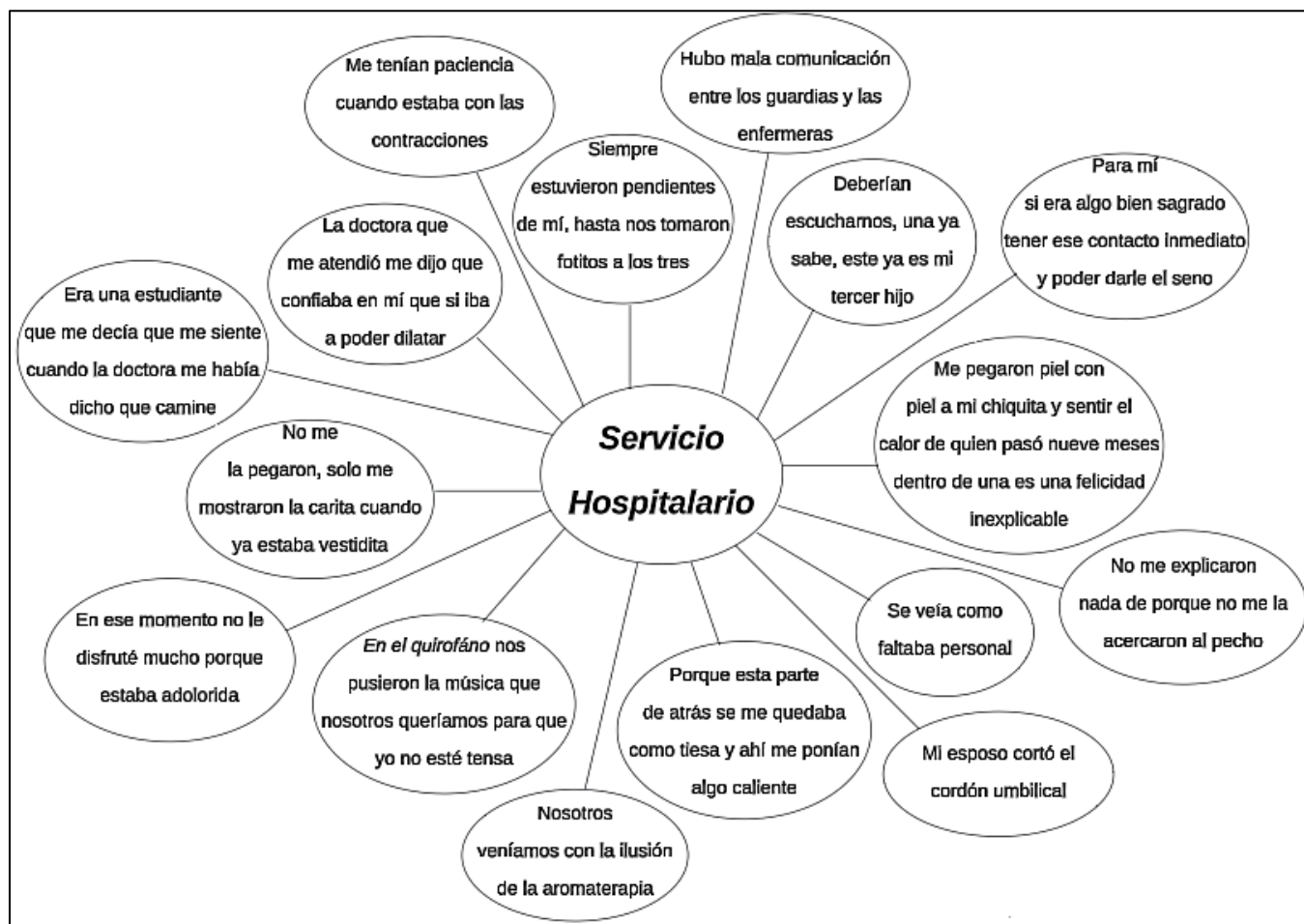


Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

## Figura

34

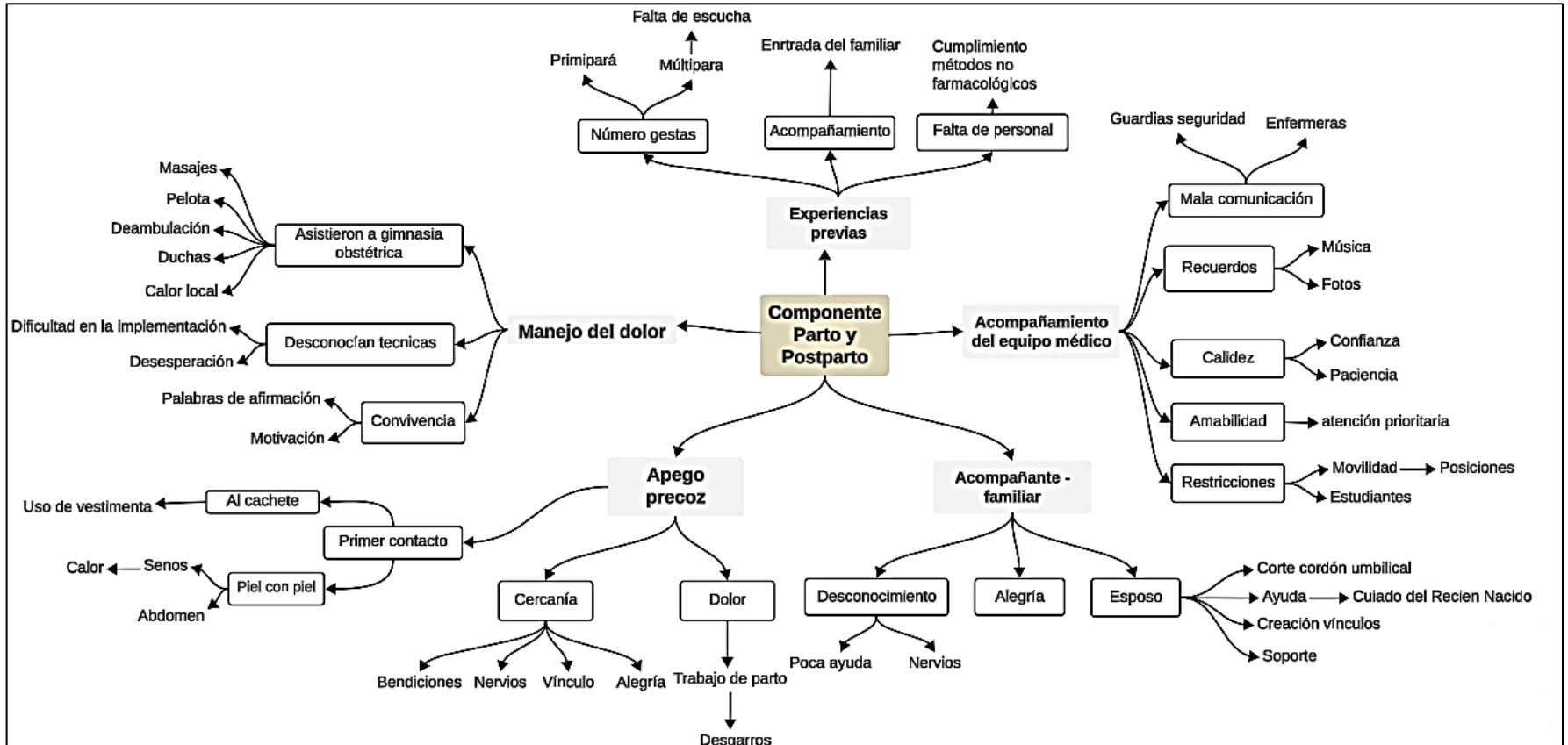
Esquema Sistémico de Giddens del componente parto y postparto: Servicio Hospitalario



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

**Figura 35**

*Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Componente Parto y Postparto*



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

#### **4.3.3.3. Percepción cualitativa del componente lactancia materna.**

La lactancia materna puede ser analizada desde varias perspectivas, una de ellas es la conexión emocional que se genera entre madre e hijo, a través del contacto piel con piel y el compartir de un momento único donde se liberan hormonas que disminuyen el estrés y promueven el incremento de producción de leche. Desde ámbito legal, también existe una protección e incentiva para mantener la lactancia, por lo que se han instaurado normativas en las que se promueve la creación de salas de lactancia además de la prohibición del libre comercio y uso irracional de sucedáneos de leche materna. Incluso, también puede ser vista desde una arista económica, debido a que, se reduce los gastos familiares en el ámbito salud, porque la leche materna disminuye las enfermedades infecciosas en el lactante gracias a la transmisión de anticuerpos.

En favor de todos estos beneficios, es necesario abarcar la perspectiva de las madres sobre la lactancia materna con un eje en: asesoría en lactancia, conocimientos previos, dentro de este estudio, continuación de la lactancia materna, y condiciones maternas de acuerdo con cómo lo percibieron las madres entrevistadas, a continuación, sus testimonios:

##### **Asesoría en Lactancia:**

El acompañamiento del personal de salud en el inicio de la lactancia constituye un pilar esencial, pues mediante la enseñanza de técnicas adecuadas de amamantamiento se logra que este proceso sea menos doloroso para la madre, favoreciendo una experiencia positiva tanto en el plano físico como emocional y promoviendo el fortalecimiento del vínculo con su hijo.

Durante este estudio en las entrevistas realizadas a las madres se identificó dos puntos de vista, por una parte, mujeres que tuvieron una buena experiencia con el personal de salud siendo beneficiarias de una educación en técnicas de lactancia materna como lo narran a continuación:

- *“Aquí incluso justo ayer nos dieron una charla, nos dijeron que se llama al 171, opción 2, para el banco de leche y una licenciada nos fue explicando cómo hacerlo y nos dejó tomar una fotito a un instructivo siento que si nos asesoraron bastante bien en lactancia materna”. Madre de MUMCT37*
- *“Si vinieron a darnos una charla de cómo darles el pecho y saber cuándo la bebé quiere comer para seguirle dando cada vez que pidan”. Madre de PRMCT32*
- *“Si nos vino a dar una charla la enfermera y también la doctora cuando vino a revisarle a mi bebé, me vio como le estaba dando de comer y me dijo que debía buscar solo una mejor forma de acomodarme yo para que no me duela la espalda después, pero de ahí todo bien, tengo leche y mi bebé si succiona bien”. Madre de MUMTULB29*
- *“Lo mejor es que nos enseñen a dar de lactar con paciencia preguntándonos que necesitamos que nos enseñe cómo acomodar la carita del bebé, como poner los deditos”. Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (2).*

Sin embargo, hubo madres que no recibieron la suficiente ayuda por parte del personal de salud y vivieron situaciones de estrés como por ejemplo en los siguientes testimonios:

- *“Me vinieron a ayudar un enfermero un rato, pero de ahí me dejaron que me defiendan, pero, yo todo mi embarazo veía tutoriales y así tenía noción de las nuevas tendencias para dar de lactar”. Madre de MUMULT31*
- *“Si me hubiera gustado que me expliquen desde un principio porque solo cuando ya mismo vieron que no me salía, ahí vinieron a ayudarme, pero hasta eso mi bebé ya lloraba de hambre”. Madre de PRMULT31*
- *“No la verdad, yo solita fui viendo cómo hacer porque ya me desesperaba que lloraba”. Madre de PRMCT33*
- *“Si me hubiera gustado que sea mayor el apoyo porque las enfermeras solo te dan una guía y ya usted verá cómo hace, no es como que te ayudan muchísimo. A mi incluso me da hasta miedo como cogerle y ponerle la cabecita, entonces mi compañerita de cuarto me está ayudando, como uno es primigesta no se sabe”. Madre de PRMCT26*

La lactancia puede vivirse de dos maneras: como una etapa de gran estrés o como un momento de conexión con el recién nacido. En este estudio, muchas madres experimentaron la angustia asociada al llanto de sus hijos por hambre y trataron de resolver por sí mismas la alimentación. En contraste, aquellas que recibieron asesoría del personal de salud sobre técnicas adecuadas lograron prevenir situaciones de tensión y disfrutaron con mayor tranquilidad el inicio del amamantamiento.

### Conocimientos previos:

Las madres principalmente multíparas, son consideradas en varias situaciones como conocedoras o expertas del tema lactancia, sin embargo, esta no es la realidad porque retoman la lactancia tras varios años, experimentando esta etapa como si fuera la primera vez. Aunque poseen experiencia previa, los conocimientos sobre lactancia materna pueden haberse desactualizado o diluido con el tiempo, lo que genera inseguridades y dudas similares a las de una madre primeriza los testimonios fueron:

- *“A pesar de que ya una tenga una idea por el embarazo anterior, si te coge de nuevo que puede coger bien el pecho”.* **Madre de MUMCB23**
- *“No saben, pues, ellos lactar ni nosotros dar de lactar, entonces trato de aplicar lo que me enseñaron en las charlas prenatales”.* **Madre de 29 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Volver a dar de lactar después de 15 años, es como si fuera por primera vez.* MUMS40
- *“Yo sí sabía algo, pero dar de lactar después de una cesárea ay no, es muy difícil”.* **Madre de MUMCT31**
- *“El dolor, pese a que uno ya tiene sus hijos anteriores, yo, por ejemplo, mi primer hijo tiene trece años y el otro tiene siete. pero no es igual. A veces también, como digo, no parece que uno ya debería saber, pero no, no sé, se asusta que no tenga leche, que no le salga mucha leche”.* **Madre de MUMCB32**
- *“No la verdad, yo solita, me vieron una vez como le daba y ya de ahí me dijeron si está bien y ya. Si me hubiera gustado que me ayuden con más información de la lactancia porque si es mi segundo bebé, pero ya luego de ocho años”.* **Madre de MUMCT35**
- *“El tema de la leche, que no me salía y eso también me pasó con mi hija, la primera no tenía leche, pero ahora veo que de inicio no tenía leche, pero ahora tengo leche mucho más rápido que la anterior vez, incluso tengo leche aún hasta sin pezón”.* **Madre de MUMCT37**

Como se pudo evidenciar, los conocimientos que poseen las madres son diversos. Por un lado, la experiencia de aquellas madres que ya han tenido un hijo previamente y conocen el comportamiento de su cuerpo en cuanto a producción de leche materna. Por otro lado, el conocimiento previamente adquirido a través de charlas de educación prenatal. En cuanto a las técnicas de lactancia, en este estudio se reveló que tanto las madres primigestas como multíparas, durante los primeros días postparto, necesitan ayuda por parte del personal de salud para el amamantamiento. Ya que, por desconocimiento u olvido debido a su largo periodo intergenésico, no aplican de forma adecuada las técnicas de lactancia.

Además, los cambios en el cuerpo, en el contexto familiar y en la información disponible sobre lactancia pueden hacer que enfrenten nuevos desafíos. Por ello, es fundamental ofrecer acompañamiento y educación actualizada, reconociendo sus vivencias previas, pero también brindándoles apoyo como si iniciaran este proceso desde cero sabiendo que el objetivo siempre va a ser fomentar, aplicar y mantener la lactancia materna exclusiva el mayor tiempo posible de acuerdo con la normativa ESAMyN.

### **Continuación de la lactancia materna:**

Siguiendo las recomendaciones de la OMS y UNICEF, la normativa ecuatoriana reconoce la lactancia exclusiva hasta los seis meses y garantiza a las madres una licencia remunerada de tres meses después del parto. Dado que la mayoría de las mujeres afiliadas al seguro social son trabajadoras, se benefician de esta disposición. A partir de ello, en las entrevistas se exploró de qué manera planeaban mantener la lactancia exclusiva tras su retorno laboral, destacándose las siguientes respuestas:

- *“Cuando regresé a trabajar pensaba darle alimentación mixta, yo si hice banco de leche con mi primera hija entonces ya se cómo hacerlo”.* **Madre de 37 años, multipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Voy a darle de forma exclusiva la leche materna hasta los seis meses, le voy a almacenar toda su leche y enseñarle a la persona que me va a ayudar cómo tiene que alimentarle con una cucharita”.* **Madre de 33 años, multipara, indígena, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Abajo nos explicaron como alimentarle, cómo se genera, los beneficios, lo importante que se exclusiva, me dijeron que les pida a los pediatras un chat de WhatsApp ahí están todas las mamás y que podían ayudarnos en todo el tiempo que demos de lactar”.* **Madre de 31 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Sí tengo leche gracias a Dios, entonces yo sí he pensado en un banco de leche para cuando regrese a trabajar para seguirle dando leche materna mismo y no ocupar la otra leche”.* **Madre de 30 años, multipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Con banco de leche, con mi otra nena si le hice como tenía mucha leche, le iba guardando y de ahí como era bien comelona, le daba en biberón lo que ya había guardado”.* **Madre de 34 años, multipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Estaba pensando pedir vacaciones la verdad para así tener más tiempo con ella y darle el pecho”.* **Madre de 25 años, multipara, mestiza, soltera, con estudios bachiller.**

El estudio reveló una respuesta mayoritariamente favorable hacia la continuidad de la lactancia materna exclusiva y la limitación del uso de sucedáneos. Cabe destacar que varias

madres, gracias a experiencias previas, ya habían constituido bancos de leche, lo que les brinda la seguridad de que sus hijos continúen recibiendo leche materna aun en su ausencia.

### **Condiciones maternas:**

La producción de leche materna depende de varias circunstancias, una de ellas es la situación física y emocional de la madre. Durante este estudio se encontraron variantes que pueden promover o no, a que se dé un ambiente óptimo para la producción de leche materna, además que si influye en el estado emocional de las madres el tener o no leche para alimentar a sus bebés.

A continuación, se presentan testimonios de madres que por su condición física se limita la lactancia:

- *“Lo más difícil ahorita es lo que no me puedo mover porque me duele la herida cada que me muevo así sea un poco”.* **Madre de 30 años, multípara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“El primer día no me salía leche de ningún seno, me desesperé, porque por más que me aplastaba y todo, no salía, pero luego la doctora me dijo que yo me estimulé. Ya a la tarde sí, me salió del seno derecho y al siguiente día ya estaba con leche en los dos, y ahorita mi bebé se está alimentando solo con leche materna”.* **Madre de 32 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“No tener leche sí es un poquito preocupante porque los bebés tienen hambre y como no cogen bien el pezón, se llenan de gases, empiezan a llorar, y una se desespera”.* **Madre de 29 años, multípara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (1).**

La práctica adecuada de la técnica de lactancia es esencial, pues no solo previene daños en los pezones de la madre, sino que también asegura una alimentación óptima y fomenta el fortalecimiento del lazo afectivo con el hijo. Los testimonios sobre los desafíos que presentaron las madres en el momento de la lactancia fueron:

- *“Creo que el agarre, porque ahorita mismo estoy sufriendo un poco porque tengo agrietados los pezones”.* **Madre de 23 años, multípara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Al menos, cuando somos mamás primerizas, nos asusta, nos da miedo, no sabemos qué hacer no se si está agarrando bien el pezón”.* **Madre de 31 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Me cuesta acomodarle porque no puedo, hasta comencé a ver videos en TikTok”.* **Madre de 26 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**

- *“Ayudarle a que agarre bien el pezón, a veces ella mismo se reniega que no puede coger rápido, aparte que si es dormiloncita y no sé cómo hacerle que se despierte”.* **Madre de 35 años, primera gesta, mestiza, soltera, con estudios de tercer nivel.**

Una inadecuada técnica de lactancia materna, como por ejemplo el incorrecto acople del bebé al pecho, provocó en las entrevistas dolor intenso en los pezones, grietas e incluso temor a dar de lactar. Especialmente si han tenido una cesárea, ya que el dolor en el abdomen, la incomodidad para posicionarse y el agotamiento dificultaron el inicio de la lactancia.

En los primeros días fue habitual que las madres creyeran no producir leche suficiente, lo que desencadenó sentimientos de preocupación y frustración. Sin embargo, gracias a la estimulación repetida del pecho y al soporte brindado por el personal de salud, la lactancia se instauró progresivamente. Una buena técnica de lactancia, con un adecuado agarre y postura, no solo disminuyó las lesiones, sino que favoreció a una lactancia exitosa, segura y sin dolor.

#### ***4.3.3.3.1. Análisis cualitativo del componente lactancia materna.***

Más que un acto biológico de alimentación, la lactancia materna es un proceso biopsicosocial en el que aspectos psicológicos, culturales y sociales determinan su comienzo, duración y finalización. El análisis cualitativo de la percepción de las madres sobre todo el componente de la lactancia materna nos permitió comprender como las madres lactantes afrontaron esta nueva etapa. Se evidenció que la lactancia no es para nada un acto individual, sino que está condicionada por múltiples factores, redes de apoyo e inclusive políticas públicas.

De los testimonios se desprende que la orientación en lactancia, los saberes previos de las gestantes, la continuidad de la práctica y las condiciones físicas y emocionales para amamantar fueron aspectos centrales.

Estos resultados se alinean con investigaciones que demuestran que el acompañamiento profesional y emocional tras el parto incide positivamente en la duración y calidad de la lactancia, asegurando un proceso beneficioso para el binomio y consolidando dicho acompañamiento como estrategia de promoción de la salud (Zamora Delmás et al., 2023).

Teniendo en cuenta que el no manejar la técnica adecuada de lactancia ocasiono en las madres entrevistadas dolencias como: pezones agrietados, dolor en el pezón, llevándolos a que sus recién nacidos se llenan de gases, empiezan a llorar, y por lo tanto ellas se desesperen. Rodríguez Lara hace hincapié como la orientación profesional permite identificar y solucionar estas dificultades (dolor al amamantar, producción insuficiente de leche o mastitis) porque lo que enseñar a las madres sobre posiciones correctas y buen agarre del bebé al pecho va a prevenir complicaciones futuras y asegurar una alimentación efectiva y que perdura por el tiempo (Rodríguez Lara et al., 2024).

La lactancia materna en la población entrevistada tuvo dos momentos: uno de profunda conexión emocional entre madre e hijo, en el que se fortalecieron los lazos afectivos y otro donde el estrés y la angustia, especialmente cuando la madre percibía que su bebé lloraba constantemente y desconocía si le estaba amamantando correctamente. Esta incertidumbre, sumada al cansancio físico y a los cambios hormonales son la razón de ser para la guía empática y profesional por parte del personal de. La investigación *“Experiencias en lactancia materna, vivencia desde la mujer que amamanta: estudio cualitativo”* evidencia que el fortalecimiento de la lactancia depende de la asesoría amplia del personal de salud, quien debe garantizar un acompañamiento que atienda tanto las necesidades físicas como emocionales de la madre, en un entorno favorable a la práctica (Acevedo Bedoya et al., 2023).

En consecuencia, resulta fundamental que todas las mujeres accedan a una asesoría en lactancia que incluya la enseñanza de técnicas adecuadas de amamantamiento, la resolución de dudas con paciencia y un acompañamiento constante, con el fin de garantizar una lactancia exitosa y una experiencia materna satisfactoria.

La manera en que las madres percibieron la lactancia materna se vio influenciada por diversos factores, dentro de ellos las experiencias previas y el entorno que rodea las madres

dictaminan el desenvolvimiento en el mismo, hubo madres que contaron con una asesoría prenatal (charlas de preparación anticipatoria), otras con una asesoría postnatal temprana (enseñanza de las técnicas correctas para amamantar) y otras con una asesoría continuada (pediatría reforzó las técnicas de lactancia). Sin embargo, de acuerdo con las vivencias de las madres y la bibliografía la consejería entre pares resultó ser una gran técnica de aprendizaje porque promovió el intercambio de experiencias entre madres. La teoría del aprendizaje experiencial de Kolb nos da la base para entender cómo las madres construyeron conocimiento a partir de sus experiencias previas sobre la lactancia, sobre todo aquellas mujeres multíparas (Rodríguez Cepeda, 2018).

Las redes sociales y los grupos de apoyo en lactancia materna se han convertido en herramientas clave para las madres, ofreciendo acceso a información, apoyo emocional y conexión social. La evidencia muestra que estos espacios pueden facilitar la transición a la maternidad y la continuación de la lactancia materna, dado que la mayoría de las madres recurre a internet y redes sociales para resolver sus dudas.

El estudio de Baker evidenció que el 92 % de las participantes identificó a su pareja como la principal fuente de apoyo social. Asimismo, el 43 % recurrió a blogs para interactuar con otras madres, el 99 % empleó internet para resolver inquietudes sobre crianza, el 89 % utilizó redes sociales en busca de consejos relacionados con el embarazo y el 84 % reconoció a sus amistades en estas plataformas como una forma de apoyo (Baker & Yang, 2018).

Esto demuestra que las redes sociales y los grupos de apoyo vinculados al posparto y la lactancia constituyen recursos de gran utilidad para las madres, especialmente para aquellas que son primerizas, ya que son quienes más suelen recurrir a ellos.

El explorar cómo las madres utilizan las redes sociales para obtener apoyo en las diferentes etapas de su embarazo, es un tema que debe ser estudiado. Porque su uso puede ayudar o dificultar la transición del rol maternal. El papel que pueden desempeñar las redes

sociales en el apoyo a las madres en el posparto temprano ofrece nuevas maneras de empoderamiento en cada una de ellas (Elliott et al., 2022).

Cabe recalcar que las madres multíparas fueron quienes mejor se desarrollaron y ayudaron a sus pares con el conocimiento previo que contaban sobre las estrategias que anteriormente les había funcionado en sus periodos de lactancia, a diferencia de las madres primerizas que afrontaron su proceso de lactancia desde la inseguridad, siendo más susceptibles a influencias externas. La diferencia es clara quienes por primera vez son madres van a experimentar sentimientos como miedo o ansiedad, mayor dependencia al apoyo profesional en técnicas de lactancia. A diferencia de las madres con experiencia previa que abordaron la lactancia con mayor confianza en su capacidad, reconocieron rápidamente sus dificultades de acuerdo con sus periodos intergenésicos y menor desesperación frente al fracaso.

En relación con la continuidad de la lactancia, la mayoría de las madres refirió que recurriría al uso de bancos de leche al retomar sus labores, como estrategia para enfrentar la separación laboral y garantizar la alimentación exclusiva con leche materna. En nuestro país existen políticas institucionales en pro de la continuación de esta; hay varios autores que recalcan como la reincorporación laboral figura un punto crítico en la continuidad de la lactancia, provocando inseguridades y una baja adherencia a la lactancia por la dificultad de sostener la producción láctea mediante una extracción regular (Bernala et al., 2024).

Es por ello, por lo que, las políticas públicas deben tener en cuenta la variedad de experiencias maternas, prestando especial atención a los retos particulares que enfrentan tanto las madres primíparas como las multíparas, así como a las dificultades específicas de las madres trabajadoras para sostener la lactancia materna exclusiva. Es fundamental que aborden los obstáculos sociales, institucionales e individuales que pueden restringir el acceso y la continuidad de esta (SE-COMISCA & INCAP, 2024).

La experiencia de la lactancia materna se percibe de manera compleja, pues implica tanto aspectos positivos como dificultades. Un estudio realizado en Argentina con 250 mujeres evidenció que la continuidad de la lactancia exclusiva depende de factores externos como el apoyo familiar y social, la adecuada información y el respaldo de políticas públicas, más allá de la decisión personal de cada madre (Blanco, 2025).

Este estudio coincide con la investigación actual al señalar que, aunque la lactancia fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo, enfrenta múltiples obstáculos tanto visibles como sutiles que pueden dificultar su continuidad. En este contexto, el acompañamiento del personal de salud y de la familia resulta determinante para iniciar y sostener la práctica, ya que el éxito no depende únicamente de la voluntad materna, sino también de contar con una red de apoyo sólida.

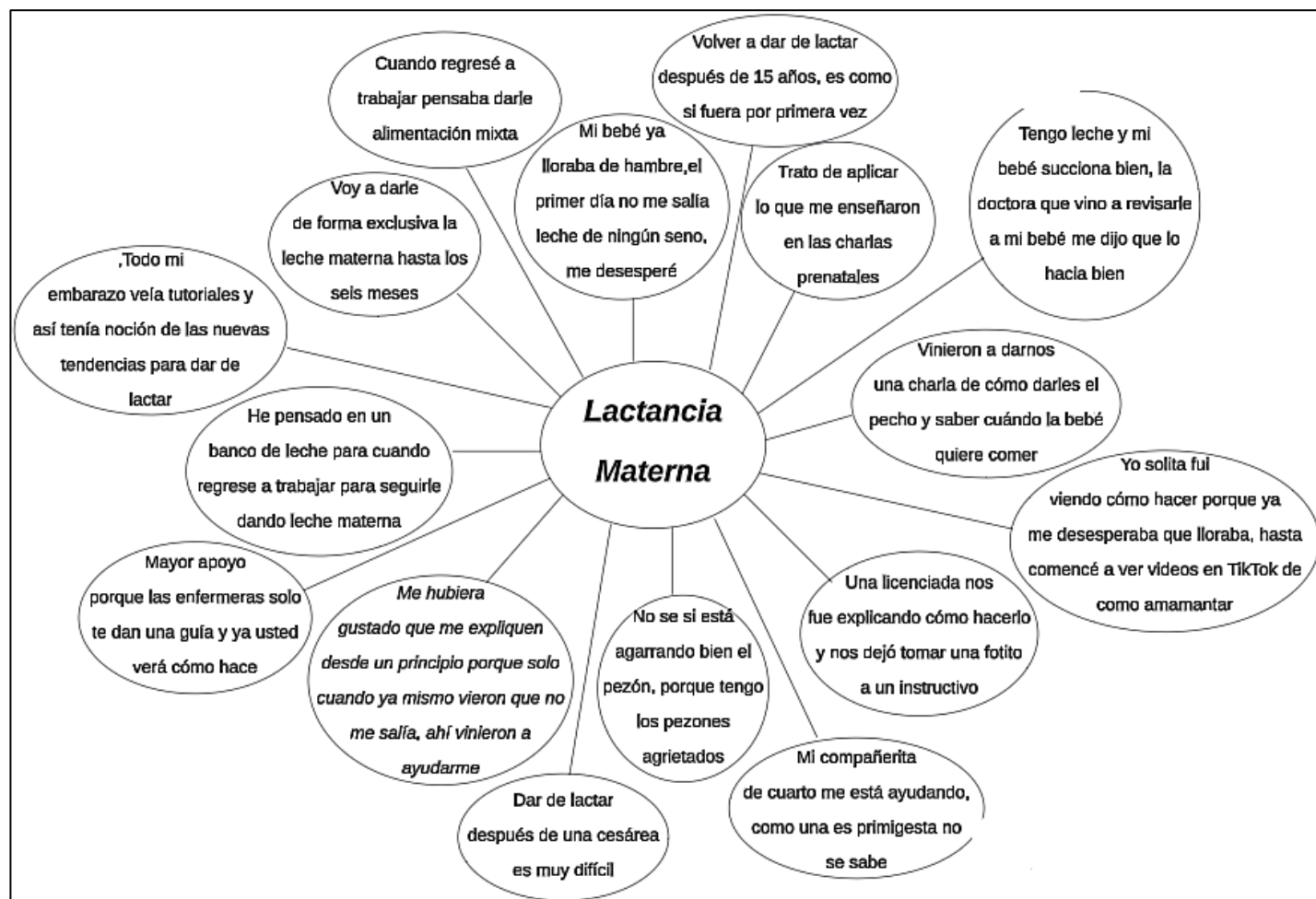
Boragnio habla de estas barreras invisibles refiriéndose a ellas como: dolor, dudas, creencias de que la producción láctea es insuficiente o de que no satisface las necesidades del bebé y la presión social los nombra barreras porque podría ser motivo de interrupción del amamantamiento. Reiterando que la lactancia no depende solo del deseo de la madre: necesita un entorno que la sostenga (Boragnio et al., 2024).

En definitiva, el éxito de la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses y su mantenimiento posterior no depende solo de la madre, sino también del apoyo de su familia y del equipo de salud. Esta práctica ofrece ventajas prioritarias tanto para el crecimiento y desarrollo integral del niño en el corto y largo plazo como para la salud de la mujer (Bonvecchio et al., 2016).

A continuación, se realiza el esquema de Giddens en el que se visualiza los testimonios de las madres, además se plasma el esquema analítico sistemático donde se observa un

resumen del análisis cualitativo del componente lactancia materna reconociendo que la lactancia debe ser vista como un manejo colectivo (Giddens & W. Sutton, 2014).

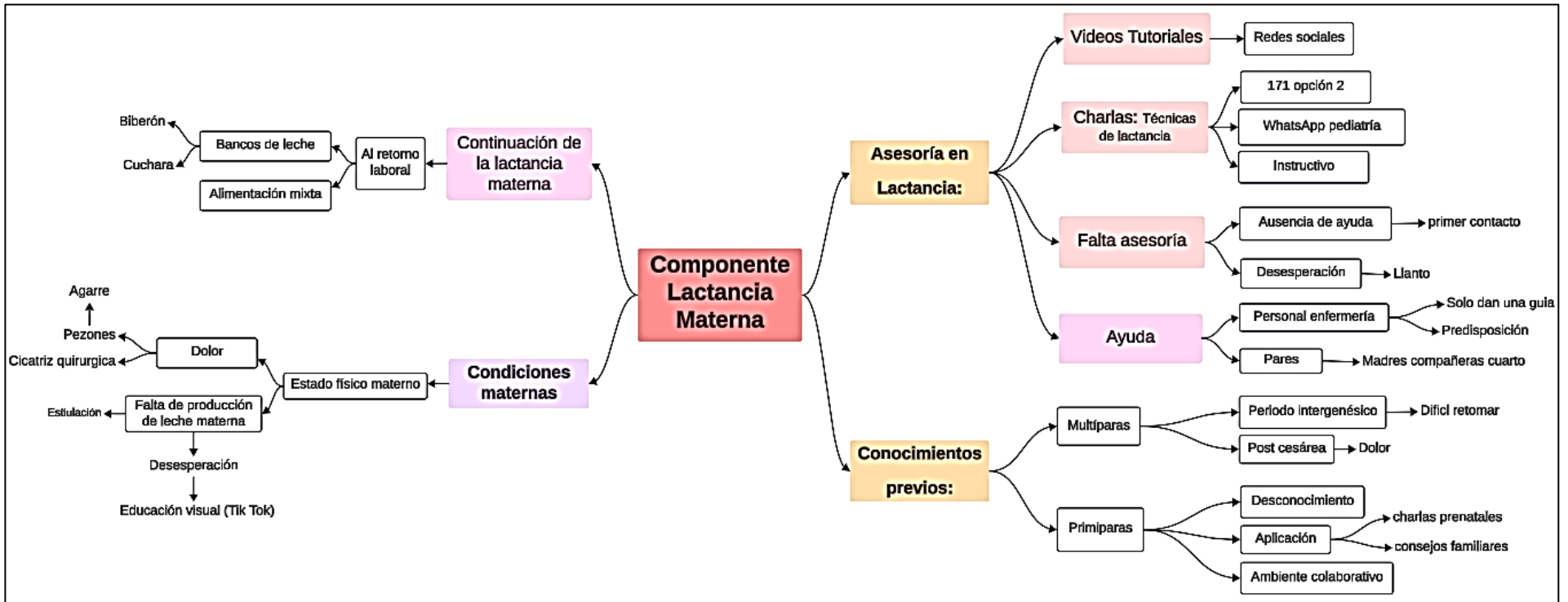
**Figura 36** Esquema Sistémico de Giddens del componente lactancia materna



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

Figura 37

Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Componente Lactancia Materna



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

#### 4.3.3.4. Descripción cualitativa de la Violencia Obstétrica.

La violencia obstétrica constituye una seria transgresión a los derechos humanos y evidencia cómo se ha normalizado el maltrato, además de poner de manifiesto las desigualdades que persisten en el sistema de salud hacia las mujeres durante la gestación y el parto. Estas desigualdades surgen de las diferencias culturales y las estructuras de poder que aún persisten en el sistema de salud, donde muchas veces se impone un modelo paternalista en la relación médico - paciente. En este modelo, el personal médico asume decisiones sin considerar la voz o las emociones de las mujeres, no permitiéndolas ser protagonistas de su propio proceso. Se incluyen testimonios maternos que muestran la realidad desde dos enfoques: la falta de claridad en torno a la definición de violencia obstétrica y las actitudes o comentarios del personal sanitario

##### **Desconocimiento de la definición:**

La violencia obstétrica se ha transformado en una problemática social que requiere con urgencia ser reconocida y abordada, evitando que continúe considerándose una situación normalizada dentro de la sociedad. Uno de los pasos para evitar que se siga reproduciendo esta forma de maltrato físico y psicológico es conocerla por su nombre. En este estudio se identificó que si bien, algunas madres identificaron que fue una experiencia poco agradable los sucesos que vivieron, no lo categoriza como violencia obstétrica porque desconocen el término o tiene una leve idea de vivencias previas propias o de sus pares.

- *“Si o sea creo que es o me imagino que eso es cuando le tratan feo por haberse quedado embarazada, para mí eso se llama violencia obstétrica. He escuchado, pero aquí no me pasó. En mi primer embarazo si me paso porque fui madre adolescente”.* **Madre de 23 años, múltipara, mestiza, soltera, con estudios bachiller.**

Algunas madres no conocen la definición del término, sin embargo, por experiencias propias o de familiares hacen alusión a lo que podría significar violencia obstétrica, mencionando

en su mayoría no haber vivido circunstancias en las que se sintieron vulnerables dentro de esta hospitalización, pero si la comparan con sus anteriores vivencias:

- *“No sé bien que es, pero si he escuchado algunos casos de esos, que me han contado compañeras del trabajo. Antes decía mi abuelita y mi mami que les trataban mal a las mujeres que se quejaban mucho cuando iban a dar a luz, pero yo en la experiencia que tuve aquí no, no me paso eso”.* **Madre de 38 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Creo que es cuando nos tratan feo pero la verdad no es algo que me ha pasado a mí”.* **Madre de 32 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“No, la verdad que no. Pero todos los que me atendieron siempre fueron amables conmigo”.* **Madre de 31 años, primera gesta, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Es cuando les maltratan o les dicen cosas groseras. Pero antes no lo volví a vivir como en mi primer embarazo. Yo di a luz en Cayambe y me dijeron de todo, comentarios muy feos”.* **Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (1).**

#### **Acciones o comentarios del personal de salud:**

Las actitudes y acciones del equipo de salud resultan esenciales para el bienestar físico y emocional materno, ya que marcan la manera en que las mujeres perciben y recuerdan la etapa de gestación, parto y posparto. Un acompañamiento respetuoso y empático fortalece la confianza y contribuye positivamente a la experiencia materna; en contraste, con las conductas deshumanizadas o juiciosas que pueden generar daño psicológico, afectar el vínculo madre-hijo y distorsionar la vivencia de la maternidad, a continuación, presentamos la percepción de las madres entrevistadas con respecto al tema:

- *“Desde la emergencia cuando estaba con contracciones fue un desastre porque primero en la noche que vine el doctor me empezó a hablar porque algunas cosas no me acordaba de lo que me había hecho mis controles en el privado, entonces me decía que yo no sé nada y así; de ahí vine al siguiente día porque aún no dilataba aún lo suficiente, bueno ahí ya me atendió otro médico y me hicieron un nuevo tacto y yo la verdad me sentí violentada como mujer porque al menos en la segunda vez el doctor ni me dijo que me iba a hacer solo cogió y me metió los dedos”.* **Madre de 31 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Si sentía como que evitaban hacer cierto tipo de comentario por lo que me veían muy joven y mejor le explicaban solo a mi mamá, igual cuando vinieron a ver cómo estaba comiendo mi bebé le explicaron más a mi mamá como debía hacer, que, a mí, que era yo la que estaba con mi bebé en los brazos”.* **Madre de 18 años, primera gesta, afroecuatoriana, soltera, con estudios bachiller.**

- *“En el momento del parto no, pero en las otras visitas que venía cuando estaba embarazada si, incluso una enfermera una vez me dijo cuando yo estaba en riesgo de aborto a las 12 semanas y estaba sangrando, y le explique en donde yo trabajaba. Al preguntarle si podía trabajar y ella me dijo “a ver mamita si las mujeres del campo pueden como usted no va a poder”.* **Madre de 22 años, primera gesta, mestiza, soltera, con estudios bachiller.**

Las madres también relataron como en sus anteriores embarazos si fueron afectadas por los comentarios o acciones del personal de salud, pese a que, en su embarazo actual no se sintieron vulneradas o irrespetadas:

- *“En mis tres embarazos con el que más lo sentí fue con el primero, me quedé embarazada yo a los 15 años, o sea, era como que soy adolescente y que, porque hiciste esto y eso, era feo el trato”.* **Madre de 28 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Aquí no, más en el primer embarazo que ahí sí eran más groseras las enfermeras, ahí para que ya no grite al momento del parto porque ya no aguantaba el dolor, me tapaban la boca”.* **Madre de 23 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“En época de pandemia, entonces uno que por pandemia no dejaron pasar y, dos, sí fue la atención muy mala, como que, si se veía unos signos de violencia, como que me decían que puje y tanta manipulación del tacto, que a mí ya me parecía hasta como que violencia obstétrica y no siempre era el mismo médico, venía uno tras otro, desde que se ingresaba a la emergencia”.* **Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel (1).**
- *“En mi anterior embarazo si porque las enfermeras eran muy groseras, me cogían y me botaban la pañalera”.* **Madre de 28 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios secundaria.**
- *“Yo escuchaba más con las mamicas indígenas, aunque en mi anterior embarazo cuando di a luz porque era más joven sentí un poco de ese trato fuera de tono y bueno eso también fue hace once años”.* **Madre de 33 años, múltipara, indígena, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“En mi anterior embarazo si fue terrible, hasta los guardias eran groseros, incluso un médico bien grosero porque a lo que me hace el tacto, se me rompe la fuente y creo que le salpicó y me dijo, ¿se da cuenta lo que me hace de ensuciarme? Y bueno no fue mi culpa como que yo le hubiera obligado que me haga el tacto”.* **Madre de 34 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**

Resulta ser fundamental que el personal de salud actúe con plena conciencia del impacto que pueden tener sus palabras y acciones durante el embarazo, parto y posparto. Comentarios despectivos, intervenciones sin consentimiento, actitudes bruscas o poco empáticas no solo

vulneran los derechos de las mujeres, sino que también pueden afectar profundamente su bienestar emocional, generando ansiedad, inseguridad y estrés en un momento especialmente sensible de sus vidas y que de acuerdo con las entrevistas realizadas son percepciones que perduran en el tiempo. Por lo que, promover una atención respetuosa, empática y centrada en la mujer es necesario y de hecho un derecho. Por ello, el cuidado en esta etapa debe estar guiado por principios de respeto, sensibilidad y reconocimiento del valor y autonomía de cada mujer.

#### **4.3.3.4.1. Análisis cualitativo del componente violencia obstétrica.**

La violencia obstétrica es todo aquel acto que tenga o pueda resolverse en un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer” (ONU, 1993). Aunque constituye una muestra clara del trato deshumanizado hacia la mujer en un momento de gran vulnerabilidad, con frecuencia este problema permanece invisibilizado. Es fundamental recordar que todas las mujeres tienen derecho a una atención en salud de la más alta calidad, caracterizada por la dignidad y el respeto durante el embarazo y el parto, libres de violencia y discriminación (World Health Organization, 2014).

El modelo paternalista juega un rol esencial para promover los casos de violencia, al invalidar la autonomía de la paciente, ya que, el médico se encuentra en una jerarquía superior en donde él es el único que tiene el poder de decidir (Pérez D’gregorio, 2010). La violencia obstétrica se representa en el uso de medicación innecesaria, falta de consentimientos informados antes de la realización de procedimientos o a su vez falta de información antes de firmar los mismos, culpabilización por las decisiones tomadas, realización de cesáreas sin justificación médica y falta de atención oportuna, ahora bien, surgió una gran interrogante ¿Se conoce su definición?

Para lo cual, tras preguntar a las madres sobre la definición de violencia obstétrica nos dimos cuenta de que muchas madres no conocen el término “violencia obstétrica”, pero eso no significa que no la hayan vivido. En sus embarazos anteriores, muchas de ellas fueron tratadas

con indiferencia, sometidas a procedimientos sin explicación ni consentimiento, o juzgadas en momentos de vulnerabilidad. Aunque no sabían cómo llamarlo, sintieron dolor, incomodidad y miedo.

La falta de información no les protegió del daño; al contrario, las dejó más expuestas a un sistema que muchas veces olvida que detrás de cada parto hay una mujer que merece respeto, cuidado y dignidad.

En el hospital IESS Quito Sur durante el tiempo que se llevó a cabo las entrevistas, se obtuvieron datos muy favorables. Las madres destacaron el contraste entre sus experiencias pasadas de violencia, que les dejaron temor, y la atención actual, donde el personal de salud actuó con respeto y gentileza, transmitiéndoles tranquilidad y seguridad.

Algunas experiencias pasadas revelan que, en el proceso de parto, la falta de trato empático y humano por parte de profesionales de salud puede culminar en situaciones de agresión física hacia las mujeres. Este fue el caso de una madre que en su anterior embarazo lo vivió de una forma violenta que marco su percepción del parto *“para que ya no grite al momento del parto porque ya no aguantaba el dolor, me tapaban la boca”*, y de hecho muchas de las entrevistadas usan sus experiencias previas para buscar una atención humanizada para sus gestaciones actuales.

Sin embargo, si hubo madres que relataban haberse sentido vulnerables en algunas circunstancias durante su estancia actual. Problema que inició por la falta de comunicación por parte del personal de salud sobre las acciones que iban a realizar; uno de ellos los tactos vaginales.

El realizar tactos vaginales consecutivos para comprobar los centímetros de dilatación del cuello uterino causaron inconvenientes a las madres, ya que, no es el mismo médico que los realiza, sino varios. Ahora bien, la realización de tactos vaginales en unos intervalos con mayor frecuencia de los necesarios podría convertirse en un problema antes que en una herramienta

diagnostica, porque se podría caer en un sobrediagnóstico de la distocia del parto, desencadenando intervenciones innecesarias, como el uso de oxitocina, la realización de cesáreas o aumento del riesgo de infecciones intraparto (Fundación Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares, 2023). Mas aún el malestar de las madres entrevistadas radica, en la variabilidad de personal para realizar este procedimiento mas no en la recurrencia de este. Porque si un médico les indicaba que habían dilatado 6 cm con frecuencia pasaba que otro profesional les daba una medición distinta que las frustraba porque o bien “retrocedían” en su dilatación o no avanzaban.

La ausencia de comunicación adecuada llevó a que las madres no fueran notificadas sobre la inyección de oxitocina aplicada en el alumbramiento, para prevenir la hemorragia postparto. Las madres al estar cursando un periodo de cansancio no presentan una queja formal en ese momento; sin embargo, como investigadoras notamos la incomodidad que presentan al no saber que iban a recibir una inyección, además, no saber que les están inyectando.

Retomando las experiencias previas narradas por las madres, resultó ser la edad de ellas un factor discriminante, porque varias mujeres vivieron en sus embarazos anteriores un embarazo adolescente, donde narran no haber recibido la información para el cuidado de sí mismas y de su hijo/a, pues se prefirió brindar la información al familiar, esto bajo las razones de creer que la madre aún es inmadura y no presenta la responsabilidad suficiente para hacerse cargo de su hijo/a y sí misma. Inclusive hubo madres que, al encontrarse en la hospitalización actual con las abuelas de los bebés, se prefirió dar la información a sus madres y no a ellas mismas.

La edad materna, particularmente en mujeres adultas jóvenes, continúa siendo motivo de sesgos y prácticas discriminatorias en el ámbito de la atención perinatal. A pesar de ser legalmente mayores de edad, los prejuicios que las perciben como inmaduras o poco responsables son más. La atención a la maternidad debe orientarse hacia un modelo que priorice

a la mujer, respete su autonomía, promueva decisiones conscientes y la considere un agente activo en todo el proceso (Dillon et al., 2020).

Muchas mujeres recuerdan con dolor lo que vivieron durante sus embarazos o lo que escucharon de sus pares, sin saber que eso tenía un nombre: violencia obstétrica. “Mi abuelita y mi mamá decían que a las mujeres que se quejaban mucho las trataban mal” y hay otras que compartieron sus experiencias previas: “En mi embarazo anterior, las enfermeras fueron groseras conmigo, me cogían mal y hasta me botaron la pañalera”, o “un médico, al hacerme el tacto, rompió la fuente, le salpicó y me gritó: ‘¿se da cuenta lo que me hace de ensuciarme?’” o “A ver mamita, si las mujeres del campo pueden, ¿cómo usted no va a poder?”. Sin duda se convierten en vivencias que no se olvidan, y que muestran cuán importante es hablar del tema, para que ninguna mujer tenga que ser maltratada en un momento tan vulnerable como es el embarazo o el parto.

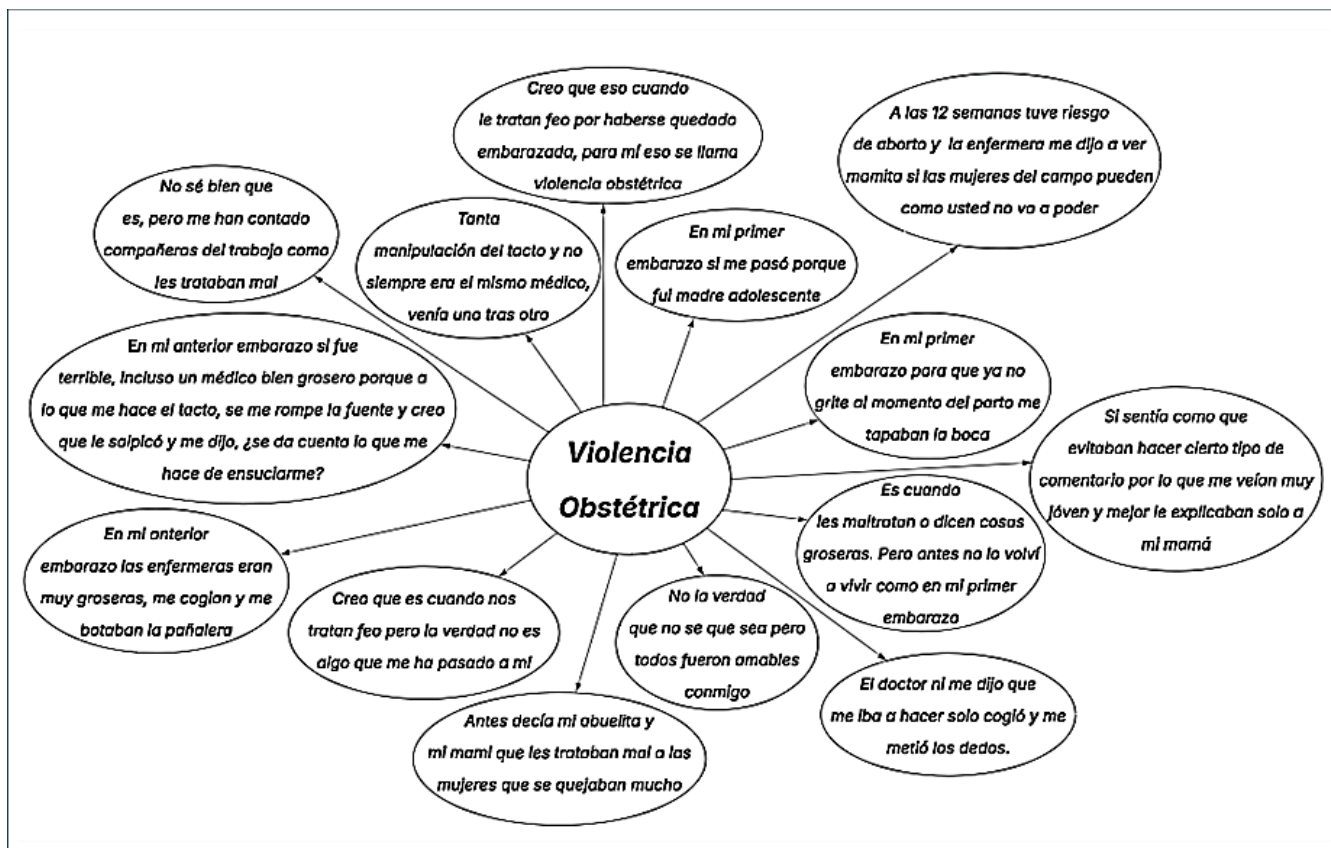
Y es precisamente el dolor de sus experiencias pasadas, o los testimonios de sus madres, compañeras y amigas, lo que llevó a que muchas mujeres buscarán un lugar diferente para dar a luz con su objetivo principal que fue sentirse cuidadas y respetadas. El deseo profundo de vivir un parto distinto hizo que buscarán recibir una atención más humanizada.

Habiendo madres que conocían de la existencia de hospitales ESAMyN, buscándolos para ser ahí donde finalizaran su embarazo y otras que simplemente tras vivir la experiencia de ser atendidas en un hospital con certificación ESAMyN comparaban lo distinto que se sintieron en relación con sus anteriores embarazos.

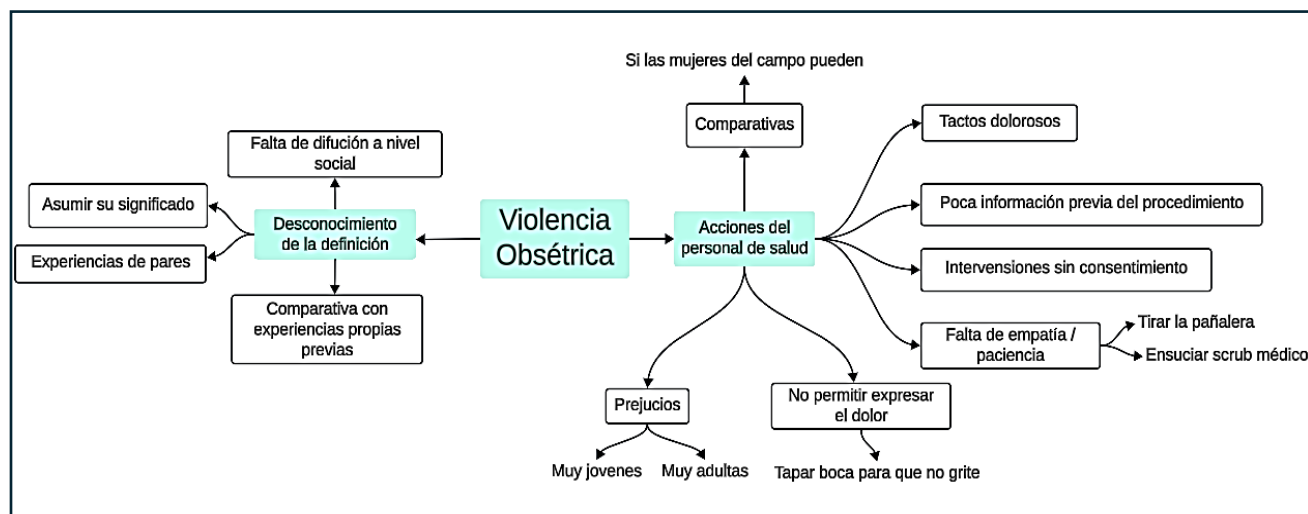
Posteriormente, se plasma un esquema de Giddens en el que se visualiza los testimonios de las madres y, además, se plasma un esquema de análisis sistemático donde se observa un breve análisis cualitativo sobre las experiencias con respecto al tema violencia obstétrica (Giddens & W. Sutton, 2014).

**Figura 38**

*Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Violencia Obstétrica*



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

**Figura 39****Esquema Sistémico de Giddens: Violencia Obstétrica**

Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

#### 4.3.3.5. Descripción cualitativa de las recomendaciones de los sujetos informantes - Visión de Futuro.

Las madres que fueron atendidas durante el periodo de investigación compartieron sus experiencias relacionadas con la atención recibida en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur. A través de sus voces se evidenciaron ciertas dificultades y momentos de incomodidad vividos durante sus controles prenatales, parto, postparto y lactancia materna. Estos testimonios, lejos de ser simples quejas, reflejaron la necesidad de fortalecer el enfoque humanizado que brinda una certificación ESAMyN y las necesidades individuales de cada mujer.

Por ello, se describe las recomendaciones realizadas por las informantes con la intención de que sirvan a futuro estas experiencias y deseos de cómo les hubiese gustado ser atendidas, siendo el principal objetivo la mejora continua.

Es importante destacar que las recomendaciones derivadas de estas experiencias no pretenden señalar fallas, sino contribuir de manera constructiva al fortalecimiento de prácticas

más respetuosas, empáticas y centradas en la madre y el niño. De este modo, el Hospital General del IESS Quito Sur podrá continuar consolidando una atención más humana, oportuna y sensible, en concordancia con la Normativa ESAMyN y los derechos de las usuarias.

### **Acompañamiento permanente: Familiar**

Durante los días que permanecen hospitalizadas las madres, las visitas por parte de familiares tiene un límite de tiempo. Así es como el lapso que permanecen solas manifiestan ciertas incomodidades, emergentes del dolor y cansancio posterior a un parto o una cesárea. Refiriendo que deben valerse por ellas mismas para realizar todas las actividades con una ayuda mínima por parte del personal de salud. Por lo que, se presentaron algunos inconvenientes como los narrados a continuación:

- *“Lo que si no nos gustó es que acá ya en las habitaciones no nos dejan tener a un familiar con nosotras y eso que estamos bien adoloridas de la cesárea como para estarnos moviendo solitas y eso más estar poniéndole al bebé de lado y lado para que esté comiendo, ni fuerzas tiene uno, eso es lo difícil, entonces ahí vienen groseros las enfermeras o los guardias a pedir que ya salga rápido el familiar”.* **Madre de 29 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Solo lo que le dije, el tema de accesibilidad de los guardias, nada más y abajo, en la recuperación los esposos no tenían dónde sentarse”.* **Madre de 37 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Deberían permitir la visita a los familiares, pero más que todo, a las mamás que somos parto por cesárea dejarnos estar todo el día con nuestros esposos porque si se dificulta un poco el manejo del bebé porque una está con el dolor de la cesárea, el bebé y todo y si se necesita ayuda 24/7”.* **Madre de 30 años, múltipara, montubia, casada, con estudios de cuarto nivel.**

Las primeras horas postparto son muy dolorosas, puesto que el proceso que acaban de pasar las parturientas ya sea cesárea o parto natural, en su mayoría refieren sentir dolor lo que dificulta el manejo de sus bebés. Incluso el cansancio es mayor por el esfuerzo físico que se acaba de realizar y falta de un descanso apropiado.

Los testimonios de diversas madres reflejaron que su estancia hospitalaria estuvo marcada por la soledad, la fatiga y las intensas emociones propias de la llegada de un nuevo hijo. Aunque valoran el esfuerzo del personal de salud, también reconocen que, por la cantidad

de pacientes y la carga de trabajo, no siempre es posible recibir una atención constante y personalizada.

Frente a esta realidad, expresaron con sinceridad el deseo de poder contar con la compañía permanente de sus esposos o personas de confianza durante las 24 horas del día cuando ya se encontraban ubicadas en el área de hospitalización. Puesto que su presencia no solo les brindaría apoyo emocional, sino también ayuda en momentos como: acomodar al bebé para lactar, calmarlo si llora, o simplemente ayudarlas en su movilización considerando el dolor postparto que experimentan. En conclusión, estas voces reflejan una necesidad profunda de sentirse sostenidas y cuidadas, no solo desde el enfoque médico, sino también desde una mirada sentimental. Abrir el espacio para que sus seres queridos puedan estar a su lado durante su estadía en el hospital, sería un gesto que marcaría una gran diferencia en su vivencia postparto.

### **Sala gimnasia obstétrica en emergencia**

Durante la visita en el área de emergencia, algunas madres manifestaron la falta de un espacio adicional donde se pueda continuar de manera segura con el proceso de dilatación antes de ser admitidas al área de centro obstétrico, ya que, por normativa solo serán ingresadas cuando presentan una dilatación mayor a 5cm, asumiendo que hablamos de madres sin ningún factor que ponga en riesgo su vida o la de sus hijos.

Se vieron en la necesidad de esperar en condiciones poco confortables por condiciones como: la distancia a sus domicilios, el miedo a dar a luz en el camino o que sus bebés no reciban una atención oportuna.

Entre otros testimonios que reflejan esta vivencia y que pueden servir como punto de partida para implementar mejoras en la atención de emergencias obstétricas, resaltamos estos dos:

- *“Fue terrible la atención cuando yo estuve abajo en la emergencia porque yo vine con dolores, pero me mandaron nomas y me dijeron que aún faltaba, pero yo tenía miedo que*

*se me pase la hora del bebé y que se me muera adentro o que me pase algo a mi entonces me quedé toda la noche en el hospital caminando, pero eso fue sin autorización del doctor, por mi voluntad y el miedo de que no alcance a llegar".* **Madre de 30 años, multípara, mestiza, unión libre, con estudios primaria.**

- *"Mi esposo estuvo conmigo desde que ingresamos por la emergencia y como yo no dilataba pronto, la doctora que nos tocó ese día me mandó a caminar todo el hospital, hacer cuclillas, movimientos circulares para que vaya dilatando más pronto, pero si se necesita de alguien que esté pendiente o una salita donde estemos todas las mamás que aún no dilatamos lo suficiente".* **Madre de 34 años, multípara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**

Cuando inicia el proceso de dilatación, las madres experimentan un estado de desesperación y temor por los cambios que se viene, pero sobre todo por el tiempo que puede tardar su cuerpo en iniciar la fase activa del parto, además, por falta de conocimiento sobre la dilatación necesaria para ser ingresadas en el área de centro obstétrico acuden con anterioridad al área de emergencia.

Debido a esto, es necesario incentivar la asistencia a las sesiones de profilaxis, en donde se les enseña a las madres y acompañantes a reconocer las banderas rojas para acudir a emergencias, el momento adecuado para asistir y, además, las técnicas que pueden realizar en casa para aumentar la dilatación.

Finalmente, no dejando de lado las sugerencias de aquellas madres que coinciden con la importancia de contar con un espacio adecuado en la emergencia obstétrica durante esta etapa y en particular para las madres que tienen domicilios lejanos al establecimiento, visita hospitalaria nocturna o cualquier otro obstáculo que les impida retornar a la emergencia de manera oportuna. El contar una sala gimnasia obstétrica en la emergencia contribuiría significativamente a una experiencia de parto más respetuosa, segura y humanizada.

### **Citas subsecuentes**

Uno de los principales inconvenientes que manifestaron las madres usuarias del sistema de salud del IESS durante el periodo prenatal fue la dificultad o falta de citas médicas para acceder a sus controles prenatales.

Muchas de ellas relataron que, a pesar de su insistencia, no lograban conseguir turnos disponibles, o a su vez era difícil seguir manteniendo revisiones periódicas con el mismo médico o en el mismo establecimiento de salud. Se presentan algunos relatos que evidenciaron esta problemática:

- *“Yo solo vine acá por el tema de no hacer más papeleo con lo de los permisos y no tener que hacer nada después, que ya de una vez que salga del IESS mismo. Porque tuve una mala experiencia tratando de coger citas, ya conseguía y le pedía que me dé una subsecuente y que no que coja la cita por el call center”.* **Madre de 38 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“No nos pararon bola, por ejemplo, en el chequeo durante el embarazo me hacían el chequeo y no me reagendaban otro turno, es más nunca me reagendaron turno subsecuente, solo en el subcentro de salud me atendieron muy alegres, pero ya se enteraban de que estaba afiliada y me decían, váyase allá y para mí si deberían darnos turnos subsecuentes porque el embarazo no es de siempre, es un periodo que debemos ser vistas”.* **Madre de 31 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Lo de las citas que sí me gustaría que sean seguidas porque yo me hacía ver en el Ministerio de Salud, y ahí si me ayudaban para que me vea más seguido, hasta que ya reflejó que estaba afiliada y me dijeron vaya al IESS”.* **Madre de 26 años, múltipara, mestiza, casada, con estudios bachiller.**
- *“Si me hubiera gustado hacerme los controles aquí mismo, pero se me complica por la distancia porque yo trabajo en el centro entonces, a mí se me hacía factible cómo quedarme cerca de la clínica Santa Bárbara y solo caminar y ya”.* **Madre de 37 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Solo los controles en el IESS que fueron como seis que me hice, pero había que estar rogando para que el doctor me dé un turnito extra subsecuente”.* **Madre de 33 años, primera gesta, mestiza, casada, con título de tercer nivel.**

En la etapa de gestación de una mujer es fundamental que reciba una atención oportuna y adecuada durante todo este periodo. Sin embargo, el conseguir una cita médica a través del sistema de salud IESS representó un motivo de incertidumbre para muchas de ellas.

Pues narraron las usuarias del sistema que conseguir una cita médica se volvió un desafío constante, pues si bien era muy fácil para los doctores decirles que tomen una nueva cita para ellas era muy difícil conseguirla; y el recurrir al call center (140) para conseguirla no era garantía de obtener un turno. Había profesionales que, si les ayudaban con turnos extras, sin embargo, no eran un panorama que se presentará muy seguido. Según los comentarios de las participantes, la atención difiere de la brindada en unidades de salud del MSP, donde los turnos se otorgaban en el mismo centro y siguiendo un orden secuencial.

Las madres destacaron la relevancia de contar con centros de atención próximos a su hogar o lugar de trabajo y, de ser factible, con el acompañamiento del mismo profesional a lo largo del embarazo. En este sentido, ofrecer un sistema de salud accesible, continuo y cercano contribuiría a garantizar el derecho a la salud de las gestantes.

### **Empatía por parte del personal de salud**

La empatía durante el contacto con el personal de salud fue percibida por las pacientes cuando se sintieron verdaderamente escuchadas, valoradas y por ende comprendidas, porque fueron reconocidas como personas únicas, y no como un número más dentro del sistema.

La empatía con la que fueron atendidas marcó una diferencia en la experiencia de atención, especialmente en momentos tan sensibles como el embarazo, parto – postparto y lactancia. A continuación, los testimonios de las madres de cómo se sintieron con el trato del personal de salud hacia ellas:

- *“Personalmente no me han tratado mal, pero cuando yo estaba en el internado lo veía, por eso yo busqué desde un inicio dar a luz en un hospital ESAMYN”.* **Madre de 28 años, primera gesta, mestiza, casada, con estudios de tercer nivel.**
- *“Mayor personal en el área de emergencias por que se demoran mucho tiempo en atender”.* **Madre de 29 años, múltipara, mestiza, casada, con título de tercer nivel (2).**
- *“Un poco deberían mejorar es la comunicación, porque mi esposo estuvo 10 horas afuera sentado y nadie le decía nada, de si se va a demorar, y como yo no tenía celular, imagínese ese tiempo él pudo haber ido a nuestra casa a verles a nuestros dos hijos, a ver cualquier cosa”.* **Madre de 32 años, múltipara, mestiza, casada, con título bachiller.**
- *“Antes de dar a luz, no, no comí nada. Eso también yo ya estaba sin fuerzas, me sentía deshidratada porque ni agua tomé. No sabía que podía pedir porque yo pensé que me iban a dejar el desayuno porque más o menos me habían dicho que doy a luz al mediodía y estaba desde el día anterior sin comer”.* **Madre de 35 años, primera gesta, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**
- *“Para mí el problema fue la emergencia, nos tratan bien feo las enfermeras son las malas, de ahí acá arriba el medico si deberían chequearnos solo viene y nos preguntan cómo estamos, pero ni nos topan por ejemplo el doctor que me opero nunca más vino a verme después de operarme”.* **Madre de 31 años, múltipara, mestiza, unión libre, con estudios de tercer nivel.**

La aplicación de la normativa ESAMyN busca que la atención obstétrica sea de calidad, posicionando a la empatía como un eje central para fomentar la confianza, el

empoderamiento femenino, promover la autonomía y, sobre todo, prevenir la violencia obstétrica. Por medio de la empatía se lograría que el proceso de embarazo sea un momento agradable que quede grabado en la memoria de las madres y sus acompañantes.

Las madres que compartieron sus vivencias coincidieron en varios aspectos que consideran importantes para mejorar la atención en futuras hospitalizaciones. Una de las principales sugerencias fue mantener ese apoyo en la lactancia materna con la paciencia y empatía que lo experimentaron, donde el personal se tomó el tiempo de preguntar qué necesita cada mujer y acompañarla en el proceso, sin embargo, tenemos claro que no fue un panorama que se repitió en todas las entrevistadas.

También resaltaron la necesidad de contar con mayor personal en el área de emergencias, ya que muchas veces se sienten desatendidas o reciben un trato distante. La comunicación fue otro punto clave; algunas madres expresaron que, por falta de información oportuna, sus familias no supieron cómo apoyarlas, como en el caso de una de ellas cuyo esposo pudo haber ido a cuidar a sus otros hijos si se le hubiera avisado más o menos cuanto tiempo se iban a tardar.

Además, se mencionaron momentos de incertidumbre como no saber si podían pedir agua o alimentos, generándoles un malestar físico innecesario. Conversando un poco más de las experiencias post parto: relatan que el trato fue distante, porque después de sus cesáreas no volvieron a ver al médico que las atendió.

Finalmente, a partir de las experiencias compartidas por las madres, este trabajo busca ofrecer recomendaciones concretas al área matero infantil del Hospital General del IESS Quito Sur, con el fin de fortalecer la calidad de la atención brindada. La meta debe ser contribuir al perfeccionamiento del servicio, favorecer una atención oportuna, respetuosa y ajustada a las necesidades concretas de las gestantes, con impacto positivo en las futuras

usuarias y sus familias. Estas experiencias no pretenden responsabilizar a nadie, sino generar inspiración para avanzar hacia una atención más empática, cercana y personalizada.

#### **4.3.3.6. Análisis cualitativo de las recomendaciones de los sujetos informantes - visión de futuro.**

Como parte del enfoque cualitativo de esta investigación, se exploraron las recomendaciones expresadas por las madres participantes. Al analizar sus recomendaciones, se evidencia la necesidad de las mujeres de ser tomadas en cuenta, escuchadas y acompañadas en una de las etapas más relevantes de su existencia.

Se enfocaron en cuatro necesidades: el deseo de un acompañamiento permanente, el valor que tendría el poder contar con una sala de gimnasia obstétrica en emergencias, como espacio de preparación en condiciones donde no pueden retornar a sus hogares, la importancia de tener citas subsecuentes con un mismo profesional durante todo su proceso gestacional y, sobre todo, subrayaron cuánto puede transformar su experiencia gestacional la empatía que llegase a brindar el personal de salud.

Estas recomendaciones no solo evidencian experiencias vividas, sino que delinean una posible hoja de ruta hacia una atención más digna, respetuosa y comprometida con el bienestar integral de la madre y del niño. Datos que resultan importantes para la mejora continua del Hospital General del IESS Quito Sur. Ahora bien, examinando más a fondo cada una de las sugerencias brindadas por las entrevistas podemos recalcar lo siguiente:

Uno de los principales desafíos que enfrentaron las madres fue la visita medida de sus familiares durante su estancia hospitalaria (permitiéndose la entrada del acompañante de 6 am a 6 pm) porque si bien el acompañamiento permanente durante todo el trabajo de parto se cumplía a cabalidad, comentaban la necesidad de tener a su persona de confianza cerca porque requerían asistencia para acciones como: alimentar al recién nacido, atender su higiene o realizar

el propio aseo se dificultaban debido al dolor postparto o post cesárea. El personal de salud sí brindaba ayuda parcial, pero evidentemente no podía acompañarlas permanentemente.

La evidencia respalda que, el acompañamiento permanente y estructurado durante la hospitalización materna no solo mejora la experiencia y satisfacción de la madre, sino que también puede tener efectos positivos en los resultados de salud materna y neonatal.

Modelos integrales de acompañamiento, como el programa J9 Plus en Haití, demostraron un aumento en la asistencia a controles prenatales y postnatales, mayor uso de métodos anticonceptivos posparto, reducción de la incidencia de preeclampsia severa y empoderamiento en las mujeres. Este programa de acompañamiento materno infantil se basó en cuatro pilares: atención prenatal grupal, atención pediátrica grupal, apoyo psicosocial y atención comunitaria. (Casella Jean-Baptiste et al., 2024) Por lo que se pone en consideración esta sugerencia de un acompañamiento 24/7 durante la hospitalización materna en el postparto con el afán de no dejar solas a las madres en esta etapa e involucrar a los padres o red de apoyo de cada una de ellas con el nacimiento del nuevo miembro de la familia.

El contar con una sala de gimnasia obstétrica en la emergencia fue otra de las sugerencias de las entrevistas, puesto que, en casos donde la distancia, horario nocturno, dificultad en la movilización o el mismo miedo a que les pase algo a sus bebés impedía que retorne a sus hogares para completar una dilatación mayor a 5 cm y de esta manera poder ser ingresadas en el hospital para finalizar su embarazo, es importante destacar que esta observación vino de parte de madres que no tenían ningún factor de riesgo, tanto para ellas como para sus hijos, como para no ser hospitalizadas de manera inmediata.

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda un triaje basado en la agudeza en lugar del orden de llegada para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud (Ruhl et al., 2020). Se reconoce que la emergencia obstétrica es un área crítica y está diseñada para evaluar y priorizar rápidamente a las embarazadas según la urgencia de su

afección, garantizando así una atención oportuna y adecuada tanto para la madre como para el bebé.

Ahora bien, considerando lo anteriormente mencionado, Engeltjes en su estudio propone como solución el desarrollo de directrices hospitalarias para brindar atención médica por medio de un triaje telefónico, que estandarizan la evaluación remota y agilizan aún más la respuesta a emergencias obstétricas (Engeltjes et al., 2020). Lo que al habilitar una línea telefónica específica para estas necesidades podría reducir el traslado temprano de la madre y por ende la incomodidad de que les regresen a sus casas porque aún no han dilatado lo suficiente como para ser admitidas en el área materno – infantil para culminar su embarazo.

Además, brindar un mejor acompañamiento en los casos en las que las madres no presenta la dilatación suficiente como para ser ingresadas al área de centro obstétrico, el siempre acto de brindarles la información correcta de forma amable y en un lenguaje entendible generalmente no médico, les tranquiliza y asimilan de mejor manera el proceso por el cuál deben pasar.

Actualmente, muchas gestantes enfrentan interrupciones en sus controles prenatales por parte del IESS debido a los cambios frecuentes de médicos o la necesidad de trasladarse a unidades distantes de sus domicilios o lugares de trabajo. La situación descrita ocasiona desconfianza en el sistema y reduce el seguimiento de la atención médica adicional, como: charlas de lactancia maternas o las mismas sesiones de psicoprofilaxis. Hay que mencionar que no solo se trata de cumplir con un número determinado de controles, sino de construir un proceso continuo y de confianza entre la gestante y el personal de salud.

Contar con el mismo médico a lo largo del embarazo permitiría establecer un vínculo terapéutico, facilitar la detección temprana de riesgos y favorecer a la toma de decisiones informadas.

Además, es indispensable que estos controles se realicen en centros de salud cercanos al domicilio o al lugar de trabajo de la mujer para romper la barrera de la accesibilidad geográfica y mejorar así la adherencia a los controles prenatales que contribuyen significativamente al bienestar materno-fetal.

Otro de los principales inconvenientes que manifestaron las madres usuarias del sistema de salud del IESS durante el periodo prenatal fue la dificultad para acceder a citas médicas para sus controles. Muchas de ellas relataron que, a pesar de su insistencia, no lograban conseguir turnos disponibles, lo que generaba ansiedad e incertidumbre en una etapa en la que esperaban sentirse acompañadas y seguras.

Y aquellas que sí lograban obtener una cita enfrentaron otro desafío: la falta de continuidad en la atención. En muchos casos, no podían mantener el seguimiento con el mismo profesional de salud ni en el mismo centro, lo cual dificultaba la creación de un vínculo médico-paciente y la continuidad del cuidado, aspectos fundamentales en el control del embarazo.

Estas situaciones, más allá de lo administrativo, afectan directamente la vivencia del embarazo, haciendo que muchas mujeres se sientan desprotegidas, confundidas y poco valoradas dentro del sistema. Atender a lo que expresan las madres y reconocer sus necesidades constituye un paso esencial para transformar la atención prenatal en un proceso más humano, accesible y centrado en ellas.

La evidencia científica muestra que las gestantes que recibieron al menos cinco atenciones prenatales grupales tuvieron una reducción significativa en las complicaciones: 68 % menos riesgo de parto prematuro y 66 % menos probabilidad de bajo peso al nacer (Cunningham et al., 2018). Lo que justifica cualquier esfuerzo para aumentar la participación de las madres en las atenciones prenatales.

De igual manera, los testimonios de varias madres reflejan la urgente necesidad de fortalecer la dimensión humana en la atención, particularmente en situaciones críticas como las

emergencias obstétricas. Sentirse tratadas con frialdad o indiferencia, esperar durante horas sin información y percibir una desconexión emocional por parte del personal, genera angustia, soledad y desconfianza en el sistema. Comentarios como “nos tratan bien feo las enfermeras” o “mi esposo estuvo 10 horas afuera y nadie le decía nada” reflejan no solo falencias operativas, sino una ausencia de empatía que impacta directamente en la vivencia del parto.

Las mujeres embarazadas valoran especialmente cuando los profesionales las escuchan, adaptan la atención a sus necesidades específicas y abordan sus preocupaciones emocionales y sociales (Novick, 2009). La práctica de un cuidado humanizado en la gestación y el parto trae beneficios recíprocos: para las mujeres representa seguridad y bienestar, y para los profesionales, un aumento en la satisfacción laboral, la confianza en su desempeño y el amor por su profesión (Curtin et al., 2020).

Brindar una atención médica basada en la empatía permite que la mujer viva una “experiencia positiva de embarazo”, objetivo central de las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Hay varias investigaciones con respecto al tema, por ejemplo, Lattot reconoce que, aunque se han logrado avances, aún persisten importantes vacíos en la forma en que se mide y evalúa la calidad de la atención prenatal. Las herramientas actuales son limitadas y no logran abarcar todos los aspectos esenciales del cuidado, como la calidez del trato, la información oportuna y el respeto por la dignidad de la gestante. Por ello, se hace urgente contar con medidas más estandarizadas, sensibles y completas, que reflejen no solo lo técnico, sino también lo humano del acompañamiento prenatal (Lattot et al., 2019).

Por lo que la atención prenatal humanizada es un concepto que busca garantizar que las embarazadas reciban una atención respetuosa y personalizada. Más allá de resguardar la salud física materna y fetal, este enfoque procura mejorar el bienestar psicológico y emocional durante la gestación, lo que se traduce en mayor asistencia a citas prenatales y menor riesgo de partos prematuros, neonatos con bajo peso y muertes neonatales (Antonia Rocha Fiorott et al., 2024).

En resumen, las recomendaciones compartidas por las madres evidenciaron una necesidad profunda de transformar la atención materna convencional a una atención verdaderamente humanizada, a través de sugerencias como: un acompañamiento constante para la creación de vínculo emocional con la llegada de un nuevo miembro a la familia y del sentirse contenidas durante un proceso que, aunque natural, puede ser vulnerable.

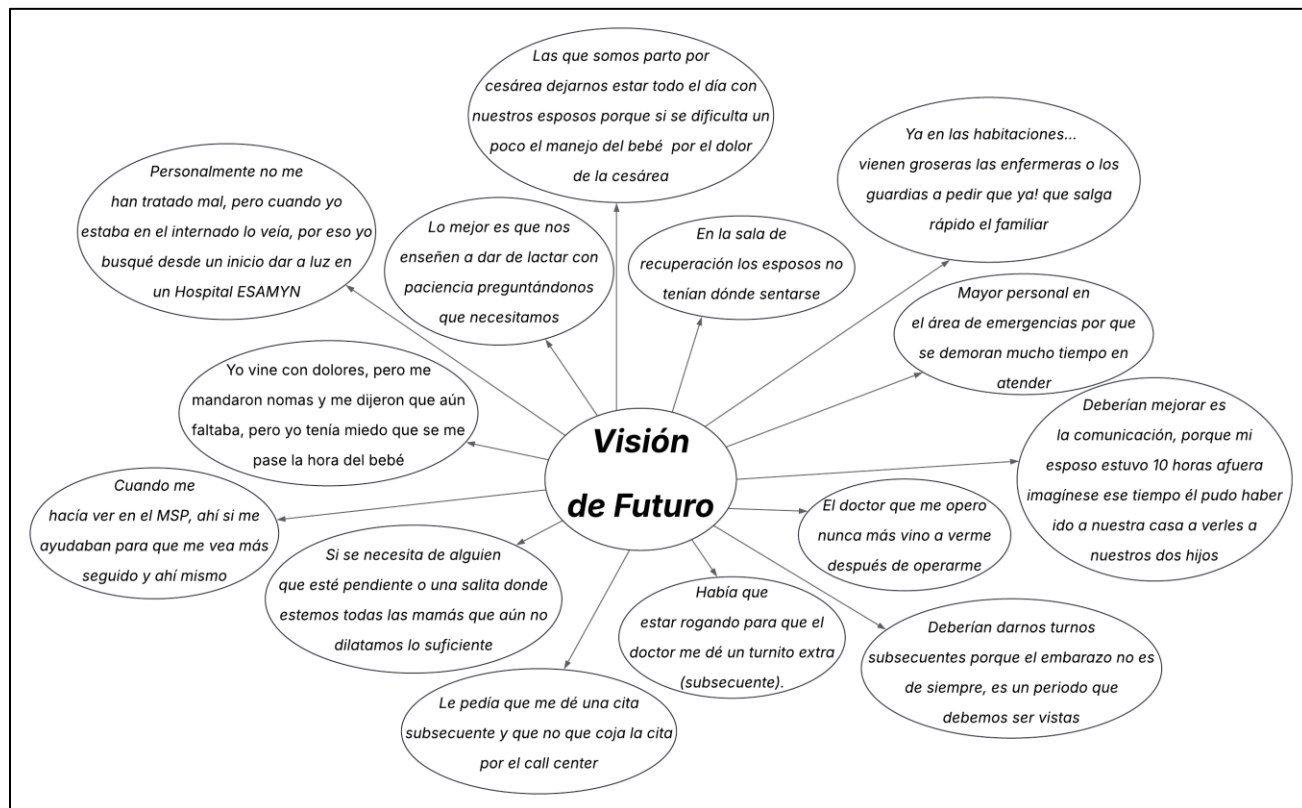
La propuesta de una sala de gimnasia obstétrica en emergencias busca tener un espacio físico para darle autonomía a la madre sobre su trabajo de parto. Las citas subsecuentes no solo aluden a la continuidad del cuidado, sino también a una relación de seguimiento y compromiso profesional.

Finalmente, la demanda de mayor empatía del personal de salud pone en el centro al cuidado materno porque el ser tratadas con amabilidad, respeto y comprensión marcaría una diferencia trascendental en su vivencia del embarazo, parto y postparto.

Aunque simples, estas recomendaciones constituyen acciones concretas orientadas a consolidar un modelo de atención más humano, integral y transformador. Reflejan además la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal sanitario para garantizar un trato cercano, respetuoso y digno, donde cada madre reciba información clara y acompañamiento emocional a lo largo de su proceso.

Seguidamente, el esquema de Giddens se puede visualizar los testimonios de las madres, además de un esquema de análisis sistemático donde se observa un breve análisis cualitativo sobre las experiencias con respecto al tema de recomendaciones – visión al futuro (Giddens & W. Sutton, 2014).

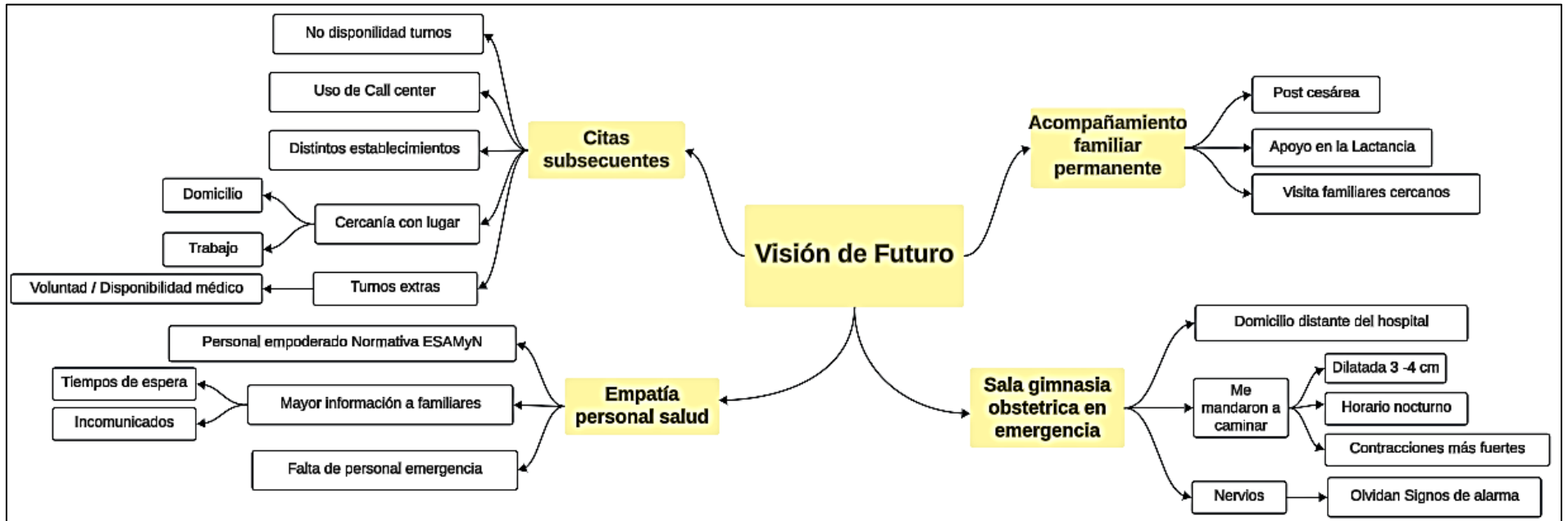
**Figura 40** Esquema Sistémico de Giddens: *Visión a Futuro*



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

Figura 41

Esquema Sistémico Analítico Cualitativo: Visión a Futuro



Elaborado por: Guerrero y Haro, 2025

#### 4.4. Limitantes de la investigación

Este trabajo examinó cómo percibieron y vivieron las madres la aplicación de la norma ESAMyN en el ámbito prenatal, de parto, posparto y lactancia, en el Hospital IESS Quito Sur, entre marzo y abril de 2024, mediante un enfoque metodológico cuantitativo y cualitativo.

Las limitantes se presentaron tanto en la fase cualitativa al momento de recolectar los primeros testimonios de las madres y en la fase cuantitativa al aplicar las encuestas porque desarrollarlas dentro de un entorno hospitalario sin duda, fue un gran desafío considerando que la muestra de esta investigación son seres humanos que se encuentran cursando por una experiencia única y llena de emociones

1. Posible sesgo de deseabilidad social, por la posibilidad de respuestas influenciadas por el contexto institucional o por el deseo de las participantes de complacer a las tesisistas sobre todo en el tema de continuación de la lactancia materna al retorno laboral.
2. Posible sesgo de información o de memoria, debido al ambiente y todo lo que habían vivido, por ejemplo, amamantamiento y manejo de sus recién nacidos, llanto, llegada de familiares y demás distracciones podrían haber dificultado la focalización en la entrevista.
3. Eventual falta de experiencia inicial por parte de las investigadoras en la realización de estudios cuantitativos y cualitativos, sin embargo, la alta predisposición con la que se realizó la investigación logró superar estos obstáculos iniciales.
4. Finalmente, en esta unidad médica se identificó un bajo índice de asistencia de población perteneciente a etnias montubias y afroecuatorianas, por la misma región en la que se encuentra funcionando.

## 5. Capítulo V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

El presente estudio ha permitido analizar de manera integral la percepción y experiencia de la normativa ESAMyN desde una representación mixta, recogiendo tanto la experiencia de las madres entrevistadas como los datos cuantificables a través de la percepción de las madres encuestadas. Permitió reconocer percepciones sobre la atención en el área materno-infantil y valorar fortalezas y debilidades en la aplicación de los componentes de la norma ESAMyN. Además, gracias a las entrevistas, se exploraron cualitativamente problemáticas como la violencia obstétrica y propuestas de mejora formuladas por las madres.

El análisis de los resultados, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa, permitió responder la pregunta de investigación y confirmar la hipótesis de que la aplicación de la norma ESAMyN se asocia a experiencias y percepciones favorables en las madres atendidas en el Hospital IESS Quito Sur durante marzo y abril de 2024. De esta manera, el estudio contribuye al acervo científico en el campo de la salud materna infantil en el Ecuador, documenta el cumplimiento de la normativa en la práctica hospitalaria y ofrece propuestas relevantes para la mejora continua de los servicios de salud, en beneficio de las mujeres gestantes y sus hijos.

La fase cuantitativa del estudio consideró a todas las madres atendidas en el área materno-infantil del Hospital General Quito Sur durante marzo y abril de 2024. Se incluyeron únicamente mujeres en posparto mediato (dentro de los diez días posteriores al parto) que cumplían con los criterios de inclusión al alta, conformando una muestra de 279 participantes con una media de edad de 33 años.

Por otro lado, la parte cualitativa etnográfica se desarrolló con una población de 52 mujeres entrevistadas que dentro de sus datos de filiación mencionaron identificarse con las

siguiente etnias: mestiza, indígena, montubia y afroecuatoriana, escolaridad: bachiller, tercer nivel y cuarto nivel, estado civil se identificaron como: solteras, unión libre o de hecho y casadas, dentro de su paridad: multíparas o primíparas y en su mayoría mencionaron haber nacido y residido en la ciudad de Quito y sus alrededores. Para mejores detalles, se puede visualizar en el capítulo 4 en la sección 4.3.1.

Por ende, del total de la muestra se plasman las conclusiones de acuerdo con el componente investigado: prenatal, parto y postparto, lactancia, violencia obstétrica y visión a futuro, obteniendo los siguientes resultados cuantitativos y cualitativos de acuerdo con cada componente.

#### **5.1.1. Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Componente Prenatal**

El componente prenatal es el primer paso para el cuidado de la madre y del niño, porque abarca todas las vivencias que pueda experimentar la mujer desde que conoce de su embarazo hasta el trabajo de parto. El propósito de este componente del estudio fue analizar la percepción y describir las experiencias de las madres durante este periodo, comprendido entre marzo y abril de 2024, a partir de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

El estudio evidenció que el 58,42 % de las encuestadas acudió a ocho o más controles prenatales, realizados tanto en el IESS como en centros privados. Esto revela que el 42 % de las gestantes recurre a una combinación de servicios públicos y privados para su atención. Contrastando cualitativamente, se evidenció que este doble uso de servicios fue por la limitada accesibilidad a citas médicas subsecuentes. Lo que les motivaba a agendar una cita médica en el sector privado, era tener un seguimiento clínico con un mismo profesional en un mismo lugar de fácil accesibilidad en cuanto a horarios y distancia de sus domicilios o trabajos.

Con respecto a la educación prenatal y gimnasia obstétrica se reveló que, aunque la mayoría de las mujeres asistió sus controles prenatales, el 80.65% nunca llegaron vivir la experiencia de una sesión de gimnasia obstétrica o profilaxis. De donde nace la sugerencia de

promocionar la gimnasia obstétrica ampliamente, abrir más horarios que se acoplen a la realidad laboral de las madres, para que puedan llegar más preparadas al momento del parto.

Misma sugerencia que tomó forma en las entrevistas realizadas a aquellas madres que se vieron beneficiadas, puesto que brindaron unos testimonios favorables de creación de vínculos, experimentar menor estrés durante la labor de parto y mayor involucramiento de su pareja o familiar.

Dentro de este componente se evidenció una brecha muy reducida (2,51 %) entre las mujeres que conocían y valoraban la información referente al plan de parto y a la elección de acompañante (42,65 %), y aquellas que no estaban al tanto de los derechos contemplados en la normativa ESAMyN al momento de su atención en el hospital. Es así como el 40.14% de las mujeres manifestaron su nivel de insatisfacción sobre nunca haber recibido la información dentro del periodo prenatal. Reflejándonos una posible deficiencia en la divulgación de la normativa, sin embargo, hay que destacar que este hallazgo está sesgado por el hecho de que no todas las mujeres recibieron atención prenatal dentro de una unidad IESS que promueva la normativa.

El 94,62 % de las participantes manifestó reconocer la importancia de identificar al menos dos signos de alarma relacionados con su salud y la de sus hijos, mientras que el 94,98 % señaló estar informada sobre la necesidad de realizarse pruebas de VIH y sífilis durante la gestación. Estos resultados evidencian un nivel elevado de conocimiento y sensibilidad frente a la importancia del cuidado materno e infantil, lo que demuestra un alto grado de conciencia en la población encuestada.

En sí, podemos decir que la normativa ESAMyN sí representa un avance significativo en la humanización y calidad de la atención materno-infantil desde el momento del conocimiento de la gestación. A pesar de su relevancia, la puesta en práctica efectiva enfrenta limitaciones que no dependen exclusivamente del sistema sanitario. La investigación cualitativa reveló que lograr un prenatal adecuado requiere considerar, además del acceso a los servicios, factores

emocionales y afectivos que influyen de manera decisiva en la experiencia de la gestación. Es decir que, aquellas madres que contaban con una red de apoyo lograron generar mayores vínculos previos al trabajo de parto a diferencia de quienes no tuvieron el apoyo familiar durante su periodo prenatal.

En conclusión, el componente prenatal está diseñado más allá de un mero cumplimiento de controles prenatales con todos los desafíos que pueden presentarse en el camino. Esta etapa requiere un mayor apoyo de la pareja, familia, una adaptación horaria para poder beneficiarse de las sesiones de psicoprofilaxis y por supuesto, sin dejar de lado garantizar a todas las gestantes citas prenatales subsecuentes. La visión final de los resultados cuali-cuantitativos evidenció la necesidad de consolidar acciones que garanticen una amplia cobertura y ejecución de los objetivos de la normativa en cada nivel del sistema de salud pública del Ecuador.

### **5.1.2. Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Componente parto y posparto**

Para las madres, el parto y el posparto constituyen etapas fundamentales en las que se ponen en práctica los conocimientos adquiridos previamente, consolidando los esfuerzos dirigidos a garantizar un ambiente seguro, humanizado y respetuoso de los derechos. La adecuada implementación de este componente resulta esencial para optimizar los resultados en salud, disminuir la morbilidad materna y neonatal y garantizar una atención digna y de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

La población investigada estuvo dada por 135 partos vaginales (48.93%) y 144 cesáreas (51.61%). La OMS recomienda que por cada 100 partos, no más de 15 deberían ser por cesárea, salvo que existan indicaciones médicas justificadas puesto que una tasa mayor al 15 % durante un año calendario o periodo evaluado puede estar asociada a intervenciones innecesarias, ahora bien, la normativa ESAMyN evalúa que, el porcentaje de partos por cesárea sea el 100% justificadas por pertinencia médica, porque su objetivo es dar cumplimiento a los lineamientos para la racionalización de las cesáreas.

Si llama la atención el porcentaje obtenido en estos dos meses, pero cabe mencionar que no es objetivo de la investigación conocer la pertinencia o no de las mismas por lo que se convierte en motivo de sugerencia para futuras investigaciones.

En relación con la información brindada al ingreso hospitalario sobre el derecho a elegir acompañante durante el parto o cesárea, el 90,32 % de las encuestadas expresó satisfacción. A su vez, el 93,19 % refirió estar conforme, en gran medida, con las condiciones del centro obstétrico, salas de parto y quirófanos. Si bien la norma garantiza a la madre tanto el consumo de líquidos o alimentos durante el parto como la consulta sobre el manejo de la placenta al finalizar el parto o cesárea, el 66,31 % de las mujeres indicó no haber contado con tales opciones.

El apoyo durante el parto es fundamental, y de hecho es un apoyo que va más allá de la parte médica. El haber contado con su acompañante de libre elección durante todo el parto y post parto fue el panorama de 88.17% mujeres que respondieron haber estado totalmente de acuerdo con que su acompañante mantuvo una interacción activa durante todo el parto, y además se le permitió interactuar con sus recién nacidos. Las mujeres que no se mostraron conformes identificaron como limitantes la dificultad de garantizar la presencia continua del acompañante durante el trabajo de parto y la escasa coordinación comunicacional entre el equipo de salud, la guardianía y los familiares.

Como lo comentaron las madres que tuvieron parto vaginal, que fueron quienes pudieron adoptar las posiciones más cómodas durante su trabajo de parto con un alto grado de participación de sus acompañantes en el proceso. Sin embargo, el hecho de estar acompañadas no les garantizó una interacción activa y participativa de sus familiares, que en su mayoría fueron sus esposos o parejas, con lo que respecta al manejo no farmacológico del dolor (técnicas de relajación, hidroterapia, técnicas de respiración, aromaterapia, masajes, movimientos corporales o ejercicios en pareja).

Así es como el 70.25% de las encuestadas no conocen de estos métodos, lo que tiene una relación muy cercana con el 80.65% de mujeres que nunca asistieron durante todo su embarazo a las sesiones de gimnasia obstétrica o psicoprofilaxis.

El 81,48 % de las madres con parto vaginal reportó haber recibido información sobre caminar, movilizarse y adoptar distintas posiciones durante el trabajo de parto; no obstante, la ausencia de preparación en los acompañantes limitó la puesta en práctica de estas indicaciones. La bibliografía nos explica la importancia de adoptar una posición cómoda para el trabajo de parto acorde a las necesidades de la madre y no del médico. De acuerdo con Macías, mantenerse en posición vertical mejora la circulación de oxígeno y nutrientes hacia la placenta, generando un efecto protector frente al sufrimiento fetal. Además, las contracciones uterinas cuando ocurren en un parto normal, estimulan la producción de surfactante pulmonar, crucial para la adaptación del neonato fuera del útero (Macías et al., 2018).

Lo que motiva a que la indicación de una cesárea deba basarse en criterios médicos y no aplicarse de manera aleatoria, ya que puede elevar la probabilidad de complicaciones respiratorias en el recién nacido al privarlo de mecanismos fisiológicos importantes. Paralelamente, permitir que la madre elija la posición durante el parto ofrece beneficios adicionales, al actuar como una forma natural de analgesia (Castro Restrepo et al., 2022).

Ahora bien, si el proceso del parto no siempre puede llevar su curso fisiológico, cualquier acción que interrumpa la total naturaleza de este, debe ser comunicada y explicada a la madre y a su acompañante. La mayoría de mujeres (74,19 %) afirmó estar de acuerdo con la realización de procedimientos invasivos necesarios, siempre que estos fueran explicados de manera clara. El contacto inmediato después del parto marca el comienzo del vínculo madre-hijo en la etapa extrauterina, con efectos trascendentes en el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del recién nacido (Macías et al., 2018) acto que es respaldado por la normativa. Así, el 60,22 % de las participantes señaló que se les permitió realizar contacto piel con piel de manera inmediata

con su hijo/a, y en los casos en que no fue posible, recibieron una explicación clara sobre las razones médicas que lo justificaron.

La OPS resalta que el primer acercamiento madre-hijo resulta esencial para la adaptación del recién nacido, pues previene la hipotermia, apoya la función respiratoria y la oxigenación, mantiene el equilibrio glucémico, estabiliza la presión arterial y disminuye el llanto, a la vez que potencia el estado de vigilia (Organización Panamericana de la Salud, 2018b).

Aun cuando hay un grupo significativo que recibió la información suficiente y tuvo este contacto, lo que permitió una experiencia de parto humanizado y con un apego inicial idóneo. En las entrevistas pudimos hondar a profundidad el tema del apego precoz, porque si bien cuantitativamente lo respondieron como un apego piel con piel, ese primer contacto pudo haber sido un acercamiento solo con la mejilla de sus recién nacidos, porque ya usaban vestimenta principalmente si la vía de culminación del embarazo fue cesárea, para el caso de un parto por vía vaginal los bebés fueron apegados a sus madres al abdomen o al seno directamente, lo que en el siguiente componente nos dictamina el inicio temprano a la lactancia materna.

Frases como *“sentirle en mi pecho fue una alegría enorme”* o *“se siente el calor de quien pasó nueve meses dentro de una”* fueron los indicadores cualitativos de la importancia del apego precoz. En oposición a lo anterior, no todas las madres recuerdan la razón médica de porque no hubo ese primer contacto que si bien, puede estar sesgado por los estresores de ese momento también cabe la posibilidad que exista una necesidad de mejorar la comunicación para que el cumplimiento de esta práctica dentro del componente se cumpla en su 100%.

Casi la totalidad de las participantes (94,98 %) indicó que, si se les explicó claramente los procedimientos efectuados a sus hijos, como el control de talla y peso, la limpieza de los ojos y la aplicación de vitamina K, llevados a cabo en el mismo lugar de atención materna. Finalmente, dentro de las entrevistas realizadas hubo un hallazgo importante con respecto a la elección del

HQSUR como casa de salud para finalizar el embarazo. Las experiencias previas de las madres multíparas provocaron que buscaran un establecimiento que les asegure vivir un parto humanizado, por lo que, eligen a este hospital por contar con una certificación ESAMyN.

Para cumplimiento con los objetivos principales y secundarios de esta investigación, hay una media a alta percepción de cumplimiento del componente parto y postparto, así como experiencias maternas favorables que ratificaron los beneficios para el binomio tras vivir un parto humanizado. No es menos cierto que, las inconformidades cumplen con el tercer objetivo específico de esta investigación que fue proporcionar información que les permita tener una mejora continua en la aplicación de la normativa.

### **5.1.3. Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Componente lactancia**

Amamantar es un elemento clave para la salud materno-infantil, pues proporciona beneficios en el ámbito nutricional, inmunológico y afectivo. A lo largo de este capítulo se han abordado los principales lineamientos, beneficios y desafíos asociados a su implementación efectiva dentro del sistema de salud.

Este análisis permite comprender que, más allá de ser una práctica biológica, la lactancia es también un acto profundamente humano que debe ser protegido, apoyado y promovido desde un enfoque integral y con perspectiva de derechos, a continuación, se sintetizan los hallazgos más relevantes.

El 65,24 % de las mujeres refirió un nivel de satisfacción de moderado a alto respecto al apoyo recibido en lactancia materna durante su hospitalización. Este respaldo incluyó la promoción de la lactancia exclusiva mediante la enseñanza de técnicas de amamantamiento y el acompañamiento durante el proceso. De todas formas, aunque el porcentaje de satisfacción es bueno, hubo mujeres que no recibieron este apoyo, lo que indicó la necesidad de mejorar la orientación sobre la lactancia durante la hospitalización. Teniendo en cuenta que, el sesgo de

memoria que tuvieron las madres dictó mucho para el cumplimiento o no del componente, en consecuencia, es importante buscar otras medidas de capacitación y difusión de la información.

El inicio de la lactancia en la primera hora de vida es fundamental, ya que coincide con un pico de oxitocina que impulsa la producción láctea y asegura su continuidad. En este lapso, el neonato está especialmente predispuesto a buscar contacto y contención semejantes a las vividas en el útero (Macías et al., 2018). Ahora bien, en las entrevistas se pudo observar como la lactancia fue un proceso con dos aristas. Porque si bien este proceso promovió la conexión emocional entre madre e hijo, para las primíparas con periodos intergenésicos amplios resultó un momento de tensión, pues enfrentaron el llanto del neonato, la insuficiente producción de leche y la ausencia de destrezas en técnicas de lactancia, lo que provocó frustración.

Sin duda, la adecuada técnica de lactancia materna fue la preocupación más recurrente en las madres, porque de no ser así hubo un gran temor a dar de lactar sumado a la desesperación que les causaba el llanto de sus bebés, sin dejar de lado los factores físicos y emocionales que influyeron en la producción de leche.

Un hallazgo cualitativo importante fue como las madres multíparas fueron consideradas expertas en el tema lactancia, siendo esto un abismo grande a la verdadera realidad. A pesar de contar con experiencia previa, los conocimientos sobre lactancia materna estaban desactualizados o debilitados por el pasar del tiempo, lo que les provocó incertidumbres y cuestionamientos comparables a los que enfrentó una madre primeriza.

Considerando que la población estudiada estuvo integrada por madres con responsabilidades laborales, se consultó sobre la motivación de continuar la lactancia utilizando bancos de leche. Aunque los resultados fueron ampliamente favorables, debe tomarse en cuenta la posible influencia del sesgo de deseabilidad social.

Según lo señalado en la normativa, el 92,83 % de las participantes recibió información adecuada sobre el estado de su recién nacido cada vez que lo solicitó, y el 100 % apoyó la

identificación con brazaletes al nacer. Respecto a la recomendación de asistir al primer control materno-infantil a los siete días del alta, el 68,81 % estuvo conforme, mientras que las respuestas negativas se explican por la posibilidad de que la orientación haya sido entregada luego de realizada la encuesta.

Finalmente, un hallazgo importante en la metodología cuantitativa fue el 55.91% de insatisfacción con la asesoría en planificación familiar, desde quienes negaron haber recibido información hasta quienes la recibieron parcialmente, con la sugerencia muy puntual de solo ligadura de las trompas uterinas de no optar por este método la cobertura para planificar futuros embarazos era escasa, que podría haberse visto como una vulneración al derecho de toda mujer a garantizar la cobertura en servicios de planificación familiar.

Desde el punto de vista de la salud pública, la planificación familiar previene embarazos no deseados, reduce el número de abortos inseguros y disminuye la mortalidad materna e infantil. Al ser uno de los cuatro pilares de la Iniciativa de Maternidad Segura para reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo. Así es como en el estudio “Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries” se probó como el uso de anticonceptivos redujo en un 44% las muertes maternas (Ahmed et al., 2012).

En conclusión, garantizar el acceso a la planificación familiar es fundamental para la salud pública, la equidad de género y el desarrollo social. Por lo que es importante que se busquen estrategias para incrementar la disponibilidad de métodos anticonceptivos dándoles prioridad en la planificación de presupuestos de salud pública. En contexto con nuestra investigación el postparto y antes de su alta médica de las madres podría ser el momento ideal para que las pacientes accedan a servicios de planificación familiar. Una gran sugerencia para incrementar el uso de los diversos métodos podría ser el desarrollo de aplicaciones móviles que faciliten el

acceso a información sobre planificación familiar (Berrami et al., 2023), de tal manera que al tener madres más informadas se podría incrementar el uso de estos.

Las barreras de tipo cultural y religioso, sumadas a la falta de equidad en los servicios de salud y a deficiencias en las políticas, persisten como factores que dificultan el acceso y la adopción de métodos anticonceptivos (Purnamasari et al., 2025). La evidencia indica que los niños nacidos de una planificación familiar tienen mayor calidad de vida, con un 7 % menos de riesgo de pobreza y un 12 % menos de residir en hogares que reciben ayuda social (Bailey et al., 2019). Por lo que, garantizar el acceso a métodos de planificación familiar de sobremanera en un ambiente de post parto asegura que esa madre pueda tener periodos intergenésicos adecuados, futuros hijos con mayor planificación y un aporte a la salud pública.

#### **5.1.4. Conclusiones Cuantitativas y Cualitativas: Visión de Futuro**

Las voces maternas recopiladas en las entrevistas representaron una fuente valiosa de aprendizaje y reflexión para nosotras como tesistas y el sistema de salud como ejecutor de la normativa. Sus sugerencias, nacidas de experiencias previas y vividas durante el embarazo, parto, posparto y lactancia, evidencian no solo las carencias actuales, sino también las oportunidades de mejora que podrían transformar la atención materno-infantil.

Hay que destacar que el 87.81% del total de la población tuvo un nivel de satisfacción favorable o positiva con la atención brindada dentro del hospital lo que refleja un porcentaje similar (99.3%) al resultado de la evaluación realizada por el organismo pertinente que certificó al hospital en agosto de 2023 con el pasar del tiempo, reconociendo que la implementación de la normativa es importante pero más importante es mantenerla. Esta diferencia porcentual se puede atribuir con las sugerencias brindadas como una visión a futuro de las madres encuestadas y entrevistas porque si bien se felicita los altos niveles de satisfacción de

mantenimiento de la certificación ESAMyN, el hospital debe continuar con su compromiso de mejora continua.

Estas solicitudes incluyeron, mayor tiempo de visitas o la posibilidad de un familiar permanente durante toda la estancia hospitalaria específicamente en las mujeres con finalización de su embarazo por cesárea, sala destinada a la espera para las madres que no dilatan cinco o más centímetros mismas que no tenían factores medico de riesgo pero si condiciones como: gran distancia a sus domicilios, miedo a dar a luz en el camino o que sus bebés no recibieran una atención oportuna, citas subsecuentes dentro del sistema de salud IESS durante todo el embarazo, mayor personal médico que atienda el área de emergencias, comunicación oportuna para permitir el paso de sus familiares a las áreas restringidas y un apoyo constante en la lactancia materna porque el apoyo de pares que experimentaron fue fundamental lo que les llevó a solicitar más empatía y paciencia por parte del personal de salud.

En conclusión, las sugerencias expresadas por las madres entrevistadas no solo reflejan sus vivencias personales, sino que aportan con sugerencias que revelan la necesidad de fortalecer la empatía del personal de salud, mejorar la comunicación, y garantizar una atención oportuna y digna.

Es importante destacar que este ejercicio no busca recriminar ni señalar el incumplimiento, sino más bien dar voz a las mujeres que transitaron por estos espacios, reconociendo sus experiencias como insumos valiosos para la mejora continua porque al escuchar y valorar estas voces construiremos servicios más humanos, integrales y centrados en la mujer y sus recién nacidos.

#### **5.1.5. Conclusiones Cualitativas: Violencia Obstétrica**

La violencia obstétrica implica una vulneración del derecho a un cuidado respetuoso de madre e hijo. Para efectos de este estudio, se analizó desde la visión biomédica tradicional, que entiende el proceso gestacional como mecánico y sin considerar el aspecto psicológico de la

mujer. Si bien la misma no constituye un objetivo específico de esta investigación, su abordaje resultó pertinente porque forma parte del problema general que dio origen a esta investigación. Este fenómeno, estuvo caracterizado por prácticas deshumanizantes o irrespetuosas durante toda la gestación hasta la lactancia que surgieron a través de las experiencias previas en su gran mayoría de las madres entrevistadas.

Nace la necesidad de erradicar este tipo de violencia institucional motivando la creación de estrategias como lo es la normativa ESAMyN, que representa uno de los múltiples esfuerzos por garantizar una atención digna, respetuosa y centrada en los derechos. En este sentido, el presente tema se aborda reconociéndolo como factor determinante para comprender los desafíos actuales en la atención materno-infantil en el sistema de salud público del Ecuador y como se disminuye con la aplicación de la normativa estudiada.

Los estudios científicos coinciden en que la violencia obstétrica se relaciona con afecciones como la depresión posparto y con recuerdos negativos persistentes en las usuarias. Esto hace imprescindible profundizar en la investigación sobre estas experiencias, ya que la depresión materna en el periodo perinatal se asocia con un mayor riesgo de problemas de salud mental y física en los hijos a lo largo de su vida (Paricio & Cano, 2024). La evidencia científica respalda que la violencia obstétrica suele estar asociada con trastornos de salud mental, como la depresión posparto, así como con experiencias negativas que permanecen en la memoria de las mujeres. De allí surge la necesidad de profundizar en el estudio de estas vivencias, considerando la estrecha relación entre la depresión materna en la etapa perinatal y la aparición de problemas físicos y psicológicos en los hijos a lo largo de su vida (Larrauri Alonso, 2024).

Las mujeres entrevistadas en su gran mayoría desconocen de una definición sobre la violencia obstétrica, pero por sus experiencias en embarazos anteriores si lo han vivido. Ellas reconocieron que pese a que en sus embarazos actuales no se sintieron vulneradas las

experiencias anteriores marcaron el parámetro para buscar una atención distinta a la que ya experimentaron.

Porque al haberse sentido afectadas por los comentarios, acciones, comportamientos y lenguajes que manejó el personal de salud si perduró en cada mujer porque recordaban su experiencia del embarazo, parto y posparto con una evocación de varios sentimientos. En conclusión, abordar el tema de la violencia gineco-obstétrica es de vital importancia debido a su impacto en la vulneración de los derechos humanos. Ahí es donde entra la normativa ESAMyN garantiza estándares de calidad en la atención obstétrica, promover el respeto a las decisiones de las mujeres durante el parto y velar por su bienestar físico y emocional.

En definitiva, la empatía es un valor que se debe practicar ampliamente en el periodo prenatal, parto y posparto y lactancia materna.

#### **5.1.6. Conclusiones Generales**

Como conclusión general del estudio reveló un panorama mixto en la atención prenatal, parto y posparto, con aspectos positivos como la alta conciencia sobre la importancia de los signos de alarma y la realización de pruebas, así como el apoyo durante el parto. Sin embargo, también se identifican áreas de mejora, especialmente en la comunicación, la educación sobre la lactancia materna, y la orientación sobre planificación familiar. Es crucial considerar un abordaje a futuro de estas brechas para ofrecer una atención más completa y centrada en las necesidades individuales de las mujeres.

Estos hallazgos indican la necesidad de mejorar el apoyo emocional y educativo a las madres en temas de lactancia, así como de reforzar la empatía y la claridad en la comunicación por parte del personal de salud, sin dejar de lado la necesidad de aumentar la conciencia y conocimiento sobre la violencia obstétrica. Finalmente, un aspecto importante es buscar estrategias para mejorar la comunicación y empatía en el trato con las pacientes. En resumen, los resultados obtenidos en los dos meses de investigación si cumplen con las expectativas

establecidas en el protocolo, y aunque el nivel de satisfacción es elevado, hay áreas donde si se puede mejorar para mantener la excelencia en la atención y cumplir con los altos estándares de calidad del hospital.

La conclusión general de nuestro estudio es clara, se cumplió con los objetivos planteados. Además, de responder el problema de investigación. Como resultado final, se proporcionó estadísticas cualitativa y cuantitativa sobre el grado de percepción y experiencias de las madres con un análisis que reveló que el nivel de percepción y experiencia respecto a la aplicación de la normativa en los componentes de atención prenatal, parto, posparto y lactancia materna durante marzo y abril de 2024 resultó comparable al alcanzado en la certificación de agosto de 2023. Esto confirma que la ESAMyN mantiene de manera sostenida una valoración positiva, a la cual se suman las recomendaciones expresadas por las madres participantes.

## **5.2. Recomendaciones**

### **5.2.1. Recomendaciones para el sistema de salud IESS**

- Se propone fortalecer el modelo de control prenatal mediante la implementación de un sistema de citas médicas subsecuentes que garanticen continuidad del profesional tratante y la accesibilidad geográfica a los servicios.
- Se plantea mejorar la atención en los controles prenatales, en los que se implemente servicio de ecografía, laboratorio y acceso a medicinas en el mismo lugar de atención.
- Mejorar la difusión de la normativa ESAMyN en la población general y los centros de atención que la aplican, con el objetivo que las madres puedan conocer los beneficios de vivir un embarazo bajo esta normativa.

### **5.2.2. Recomendaciones para el personal de salud IESS Quito Sur**

- Reforzar el número de personal en turnos críticos en el área de emergencias, con el objetivo de evitar demoras prolongadas en la atención.

- Evaluar de manera consecutiva la carga laboral del personal de salud para prevenir el desgaste psicológico y emocional, que pueda traducirse en maltrato o indiferencia hacia los pacientes.
- Promover talleres continuos que fortalezcan la empatía, la comunicación asertiva y el manejo emocional en el personal de salud, con especial atención al equipo que trabaja en emergencias y obstetricia.
- Mejorar la comunicación entre el personal de enfermería y médicos, con el objetivo de brindar la misma información y evitar confusiones o mal entendidos con respecto a la información que se le brinda a las pacientes y/o familiares.
- Realización de capacitaciones continuas acerca de las experiencias de las madres al vivir la normativa ESAMyN. Por medio de la presentación de los relatos incentivar al personal de salud a ser más conscientes sobre sus acciones y como estas pueden llegar a cambiar la perspectiva de maternidad.
- Al equipo de neonatología, se le sugiere asegurarse que se encuentre el pecho de la madre descubierto y listo para promover el apego precoz piel con piel durante una hora de manera ininterrumpida.
- Al personal de anestesiología, se sugiere la reubicación de los electrodos para monitorización de signos vitales durante las cesáreas con anestesia raquídea, de manera que se libere la zona del tórax materno y se facilite el contacto piel a piel inmediato entre la madre y el recién nacido.
- Instaurar un protocolo de información hacia el familiar, se debe establecer que el personal de salud que va a brindar la misma, el tiempo en que lo va a realizar y el lugar en donde la misma va a ser dada.
- Brindar más información a las madres acerca de los diferentes métodos de planificación familiar y como pueden acceder a los mismos si el hospital HQSUR no los dispone.

- Comunicar anticipadamente a las madres y familiares sobre el uso permitido de dispositivos electrónicos durante el parto o la cesárea, aclarando que está autorizado tomar fotografías, pero no grabar videos, con el fin de resguardar la privacidad, la concentración del equipo médico y la seguridad del procedimiento. La comunicación de ser manera clara y respetuosa antes del ingreso a sala de partos.

### **5.2.3. Recomendaciones acerca de las instalaciones IESS Quito Sur**

- Designar una sala de espera específica y adecuada para el aguardo de los familiares de las madres que ingresan al área de centro obstétrico, con el objetivo que no salgan del hospital y puedan estar atentos en todo momento al llamado del personal de salud, con esto se busca disminuir las incidencias de falta de familiares en el proceso de dar a luz.
- Autorizar una mayor presencia de los familiares en el área posparto, con el fin de ofrecer contención emocional y ayuda práctica a las madres en esta etapa.
- Realizar un protocolo del ambiente nocturno que se debe mantener en el área de hospitalización, cuidando la hora en la que las luces generales se apagan, realización de procedimientos y ruido permitido; esto con el objetivo de buscar un mejor descanso de las madres.
- Colocar carteles informativos en áreas estratégicas del servicio de obstetricia, como salas de espera, ingreso a quirófanos y habitaciones, donde se indique claramente que está permitido tomar fotografías, pero no grabar videos durante el parto o cesárea.

### **5.2.4. Recomendaciones administrativas al IESS Quito Sur**

- Realizar evaluaciones de desempeño en el personal de salud, uno de los puntos a evaluar debe ser la percepción de las pacientes, con esto se busca fomentar la responsabilidad profesional y ética.

- Realizar encuestas de satisfacción con el objetivo de recopilar las experiencias de las madres en la atención, para así identificar las áreas que tienen buen desempeño y en cuales son necesarias mejorar.

#### **5.2.5. Recomendaciones para el personal de guardianía**

- Mejorar la comunicación entre las diferentes áreas, permitiendo así una ágil movilidad de los familiares.
- Durante el momento de hospitalización, respetar la privacidad de las madres y golpear la puerta antes de ingresar.

#### **5.2.6. Recomendaciones para los familiares**

- Brindar apoyo a la madre en todo momento, ser proactivos y estar interesados en su bienestar con especial énfasis en el dolor agudo de las contracciones. Sobremodo en el momento del parto, brindar apoyo emocional a la madre y físico para brindarle mayor comodidad y ergonomía a la madre, logrando así mejorar las contracciones.
- Acatar las orientaciones del personal de enfermería en relación con la utilización de equipos de protección personal, garantizando así la seguridad de pacientes y profesionales.
- Seguir las reglas sobre el uso de dispositivos electrónicos y las indicaciones sobre el momento en el que se puede utilizar la cámara.

#### **5.2.7. Recomendaciones para futuros investigadores / tesistas**

- Realizar futuras investigaciones que honden en las razones sobre el incremento de cesáreas en comparación con el parto natural.
- Investigar sobre el ambiente de violencia que viven las madres previo a su embarazo y como este factor puede ser predisponente para sufrir violencia obstétrica.

- A los futuros tesisistas planificar con anticipación cada etapa del trabajo de tesis. Es fundamental elaborar un cronograma realista y detallado desde el inicio, considerando los tiempos requeridos para la recolección de datos, análisis, redacción y correcciones. Tener presente que, al iniciar el internado rotativo, las responsabilidades académicas y asistenciales aumentan considerablemente, lo cual reduce significativamente el tiempo disponible para avanzar en la tesis.

## 6. DECLARATORIO DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras de la investigación titulada *“Percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma ESAMyN en los componentes: prenatal, parto y posparto, y lactancia materna, en las madres atendidas en el área materno-infantil del Hospital IESS Quito Sur, marzo y abril de 2024”* declaramos de forma oficial que no existe conflicto de interés alguno que haya condicionado los resultados obtenidos ni su interpretación en los ámbitos cuantitativo y cualitativo.

Confirmamos que la investigación fue ejecutada de manera independiente, sin financiamiento ni influencias externas que comprometieran los objetivos o la pregunta planteada. Todo el proceso de recolección, análisis e interpretación de los datos se llevó a cabo con rigor técnico, ético y científico, en fiel apego a la verdad.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Consentimiento informado: encuesta cuantitativa



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**

Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
CEISH - PUCE

#### **ANEXO 4. CONSIDERACIONES MÍNIMAS PARA EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENCUESTA CUANTITATIVA**

##### **PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma ESAMyN en los componentes: prenatal, parto y post parto, y lactancia materna, en las madres atendidas en el área materno infantil del hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.

**NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL 1:** Clara Hilda Guerrero Analuisa

**NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL 2:** Lizeth Cristina Haro Merino

**NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:** Hospital del IESS Quito Sur

**EVALUADO Y APROBADO POR:** EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

**INTRODUCCIÓN:** ESAMyN es una normativa que certifica a los establecimientos de salud como Amigos de la Madre y del Niño, a través del ministerio de salud pública del Ecuador desde septiembre del 2016, siempre y cuando cumplan con una atención integral y de calidad a la madre y al recién nacido durante toda la gestación culminando con el apoyo, protección y fomento a la lactancia materna exclusiva buscando así erradicar las prácticas que desencadenan en violencia obstétrica. Según la Organización Mundial de la Salud una experiencia de parto positiva es aquella que satisface las expectativas o creencias personales previas. Esto quiere decir dar a luz a un bebé sano y sin riesgos, por medio de un parto humanizado y culturalmente adecuado con la asistencia de un personal clínico amable y competente. Por lo tanto, implementar esta normativa es de gran beneficio, además que incrementa el involucramiento de la pareja, no abandono de la lactancia materna, asegurar atención médica de calidad y calidez e incrementando los beneficios físicos, psicosociales, y emocionales para el binomio.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Por medio de esta investigación, se busca describir y analizar la percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma ESAMYN en las madres mayores de 18 años, de hijos recién nacidos vivos, que son atendidas en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, en los meses de marzo y abril del año 2024; además, aceptaron ser encuestadas al firmar el consentimiento previo e informado. A la madre antes de firmar el consentimiento informado, se le explica que la información a recolectar tiene como único fin, ser utilizada de forma anónima en un proyecto de titulación de pregrado y todas las preguntas a realizarse son a partir de la normativa ESAMYN.

##### **PROCEDIMIENTOS:**

- Las madres recibirán un código QR, con el objetivo de ser redirigidas al link de la encuesta en Google forms.
- Las madres completarán todas las preguntas del formulario, ya que son importantes para la investigación.
- Estos procedimientos se realizarán en el área de hospitalización antes de ser dadas de alta.
- El personal encargado de realizar los procedimientos son las investigadoras principales.
- El tiempo máximo empleado por cada participante será de un máximo de veinte minutos.

**RIESGOS Y BENEFICIOS:** Se reducirán los riesgos de vulnerabilidad sentimental, al momento de explicar a la madre con anterioridad a la firma del consentimiento informado en que consiste las preguntas que se le realizará y que nuestro objetivo de investigación es conocer su experiencia durante el embarazo. Si la madre siente que durante el proceso de la encuesta sus sentimientos la rebasan y no se siente cómoda avanzando en el proceso, se firmará el apartado de revocatoria del consentimiento informado. El beneficio que recibirán las madres será el de aportar con ideas a las posibles mejoras a realizar en el área materno infantil para sus posibles visitas posteriores.

**COSTOS Y COMPENSACIÓN:** Ninguna de las madres que participan en la encuesta cuantitativa, pagará por ser parte de la misma o recibirá algún tipo de compensación.

**CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:** Para identificar las encuestas realizadas a las pacientes, se van a establecer códigos alfanuméricos sin posibilidad de trazabilidad; de esta forma garantizamos a las madres una identidad anónima.

**DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:** Se firmará un consentimiento previo, libre e informado antes de la realización de nuestra encuesta a las pacientes, ya que se busca que todas ellas conozcan el objetivo de la investigación y se informen acerca del uso que se dará a la información recolectada. Pudiéndose abstenerse de contestar algunas preguntas al momento de realizarla o incluso retirarse, respetando así su autonomía. Toda la información obtenida será resguardada en medios digitales según el tiempo establecido por la ley.



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**  
Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
CEISH - PUCE

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

**Investigador 1:**

Clara Hilda Guerrero Analuisa, CI: 1724308273, Teléfono: 0992771760

**Investigador 2:**

Lizeth Cristina Haro Merino, CI: 0604685974, Teléfono: 0987487217

**Dr. Galo Sánchez del Hierro**, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, [ceish@puce.edu.ec](mailto:ceish@puce.edu.ec)

**PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENCUESTA CUANTITATIVA**

Yo, ....., con CI: ....., declaro haber sido informada acerca de la utilización de mi información al momento de participar en la encuesta cuantitativa de la aplicación de la normativa ESAMYN en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur. Además, se me ha brindado respuesta a mis dudas acerca de los objetivos de mi participación y se me ha explicado que puedo retirarme en cualquier momento del procedimiento.

De manera consciente y voluntaria, decido ser parte de esta investigación.

<b>Nombre de la participante</b>	<b>CI:</b> <b>Firma</b>	<b>Huella dactilar de la participante</b>
<b>Nombre del investigador principal 1</b> Clara Hilda Guerrero Analuisa	<b>CI: 1724308273</b> <b>Firma</b>	
<b>Nombre del investigador principal 2</b> Lizeth Cristina Haro Merino	<b>CI: 0604685974</b> <b>Firma</b>	<b>Fecha en la que se firma el documento:</b>

**B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENCUESTA CUANTITATIVA**

Yo, ....., con CI: ....., declaro haber firmado con anterioridad el consentimiento informado para participar en la encuesta cuantitativa de la aplicación de la normativa ESAMYN en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur. Sin embargo, por razones personales decido ya no ser partícipe de este proyecto de investigación y la información proporcionada no va a ser utilizada para los fines de investigación pertinentes.

<b>Nombre de la participante</b>	<b>CI:</b> <b>Firma</b>	<b>Huella dactilar de la participante</b>
<b>Nombre del investigador principal 1</b> Clara Hilda Guerrero Analuisa	<b>CI: 1724308273</b> <b>Firma</b>	
<b>Nombre del investigador principal 2</b> Lizeth Cristina Haro Merino	<b>CI: 0604685974</b> <b>Firma</b>	<b>Fecha en la que se firma el documento:</b>

A continuación, el link para visualizar su versión en documento PDF:

[4 Anexo 1.2 Consentimiento informado ENCUESTA CUANTITATIVA VERSION CORREGIDA.pdf](#)

## 7.2. Consentimiento informado: entrevista cualitativa



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**  
Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
CEISH - PUCE

### **ANEXO 4. CONSIDERACIONES MÍNIMAS PARA EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENTREVISTA ETNOGRÁFICA**

#### **PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma ESAMyN en los componentes: prenatal, parto y post parto, y lactancia materna, en las madres atendidas en el área materno infantil del hospital IESS Quito Sur, marzo y abril, 2024.

**NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL 1:** Clara Hilda Guerrero Analuisa

**NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL 2:** Lizeth Cristina Haro Merino

**NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:** Hospital del IESS Quito Sur

**EVALUADO Y APROBADO POR:** EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

**INTRODUCCIÓN:** ESAMyN es una normativa que certifica a los establecimientos de salud como Amigos de la Madre y del Niño, a través del ministerio de salud pública del Ecuador desde septiembre del 2016, siempre y cuando cumplan con una atención integral y de calidad a la madre y al recién nacido durante toda la gestación culminando con el apoyo, protección y fomento a la lactancia materna exclusiva buscando así erradicar las prácticas que desencadenan en violencia obstétrica. Según la Organización Mundial de la Salud una experiencia de parto positiva es aquella que satisface las expectativas o creencias personales previas. Esto quiere decir dar a luz a un bebé sano y sin riesgos, por medio de un parto humanizado y culturalmente adecuado con la asistencia de un personal clínico amable y competente. Por lo tanto, implementar esta normativa es de gran beneficio, además que incrementa el involucramiento de la pareja, no abandono de la lactancia materna, asegurar atención médica de calidad y calidez e incrementando los beneficios físicos, psicosociales, y emocionales para el binomio.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Por medio de esta investigación, se busca describir y analizar la percepción y experiencia relativa a la aplicación de la norma ESAMYN en las madres mayores de 18 años, de hijos recién nacidos vivos, que son atendidas en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur, en el primer trimestre del año 2024; además, aceptaron ser entrevistadas al firmar el consentimiento previo e informado. A la madre antes de firmar el consentimiento informado, se le explica que la información a recolectar tiene como único fin, ser utilizada de forma anónima en un proyecto de titulación de pregrado y todas las preguntas a realizarse son a partir de la normativa ESAMYN.

#### **PROCEDIMIENTOS:**

- Este procedimiento se realizará en un área adecuada donde prime el silencio y la privacidad de la paciente.
- El personal encargado de realizar los procedimientos son las investigadoras principales.
- El tiempo máximo empleado por cada participante será de un máximo de veinte minutos.

**RIESGOS Y BENEFICIOS:** Se reducirán los riesgos de vulnerabilidad sentimental, al momento de explicar a la madre con anterioridad a la firma del consentimiento informado en que consiste las preguntas que se le realizará y que nuestro objetivo de investigación es conocer su experiencia durante el embarazo. Si la madre siente que durante el proceso de la entrevista sus sentimientos la rebasan y no se siente cómoda avanzando en el proceso, se firmará el apartado de revocatoria del consentimiento informado.

El beneficio que recibirán las madres será el de aportar con ideas a las posibles mejoras a realizar en el área materno infantil para sus posibles visitas posteriores.

**COSTOS Y COMPENSACIÓN:** Ninguna de las madres que participan en la entrevista cualitativa, pagará por ser parte de la misma o recibirá algún tipo de compensación.

**CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:** Para identificar las encuestas realizadas a las pacientes, se van a establecer códigos alfanuméricos sin posibilidad de trazabilidad; de esta forma garantizamos a las madres una identidad anónima.

**DERECHOS Y OPCIONES DE LA PARTICIPANTE:** Se firmará un consentimiento previo, libre e informado antes de la realización de nuestra entrevista a las pacientes, ya que, se busca que todas ellas conozcan el objetivo de la investigación y se informen acerca del uso que se dará a la información recolectada. Pudiéndose abstenerse de contestar algunas preguntas al momento de realizarla o incluso retirarse, respetando así su autonomía. Toda la información obtenida será resguardada en medios digitales según el tiempo establecido por la ley.

#### **INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

##### **Investigador 1:**

Clara Hilda Guerrero Analuisa, estudiante de pregrado carrera de Medicina, Telmo Paz y Miño y Av Gran Colombia, Quito, CI: 1724308273, 0992771760, chguerrero@puce.edu.ec



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**

Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
CEISH - PUCE

**Investigador 2:**

Lizeth Cristina Haro Merino, estudiante de pregrado carrera de Medicina, Inglaterra y Av Mariana de Jesús, Quito,  
CI: 0604685974, 0987487217, lcharo@puce.edu.ec

**Dr. Galo Sánchez del Hierro**, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia  
Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina  
327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec

**PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENTREVISTA ETNOGRÁFICA**

Yo, ....., con CI: ....., declaro haber sido informada acerca de la utilización de mi información al momento de participar en la entrevista cualitativa de la aplicación de la normativa ESAMYN en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur. Además, se me ha brindado respuesta a mis dudas acerca de los objetivos de mi participación y se me ha explicado que puedo retirarme en cualquier momento del procedimiento.

De manera consciente y voluntaria, decido ser parte de esta investigación.

<b>Nombre de la participante</b>	CI: Firma	<b>Huella dactilar de la participante</b>  <b>Fecha en la que se firma el documento:</b>
<b>Nombre del investigador principal 1</b> Clara Hilda Guerrero Analuisa	CI: 1724308273 Firma	
<b>Nombre del investigador principal 2</b> Lizeth Cristina Haro Merino	CI: 0604685974 Firma	

**B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA / NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENTREVISTA ETNOGRÁFICA**

Yo, ....., con CI: ....., declaro haber firmado con anterioridad el consentimiento informado para participar en la entrevista cualitativa de la aplicación de la normativa ESAMYN en el área materno infantil del Hospital IESS Quito Sur. Sin embargo, por razones personales decido ya no ser participe de este proyecto de investigación y la información proporcionada no va a ser utilizada para los fines de investigación pertinentes. Además, se me ha explicado que mi decisión no me afectará de ninguna manera en ámbitos futuros.

<b>Nombre de la participante</b>	CI: Firma	<b>Huella dactilar de la participante</b>  <b>Fecha en la que se firma el documento:</b>
<b>Nombre del investigador principal 1</b> Clara Hilda Guerrero Analuisa	CI: 1724308273 Firma	
<b>Nombre del investigador principal 2</b> Lizeth Cristina Haro Merino	CI: 0604685974 Firma	

Enlace para visualizar su versión en documento PDF:

[4 Anexo 1.1 Consentimiento informado ENTREVISTA ETNOGRÁFICA .pdf](#)

## 7.3. Encuesta cuantitativa

**Encuesta sobre la Percepción y Experiencia de la Normativa ESAMyN en madres beneficiarias atendidas en el área materno infantil del Hospital General IESS Quito SUR**

*El responder esta encuesta nos ayudará para futuras sugerencias de mejoras o cambios en la atención brindada.*

*Esta encuesta le tardará en llenar 10 a 15 minutos aproximadamente  
Gracias por su participación.*

### DATOS GENERALES

Por favor, en cada una de las siguientes preguntas responda de manera puntual lo preguntado:

**1. Edad al momento de contestar la encuesta:**

DIGITE SOLO EL NUMERO DE SU EDAD

**2. ¿A qué entidad pertenece la unidad médica donde se realizó la mayoría de sus controles prenatales?**

- MSP
- IESS
- Privado
- IESS + MSP
- IESS + MSP + PRIVADO
- IESS + PRIVADO
- MSP + PRIVADO

### COMPONENTE PRENATAL

Por favor seleccione la respuesta que mejor se adecue a su percepción:

**3. ¿Durante todo su embarazo con qué frecuencia asistió a sus controles prenatales?**

- Muy frecuentemente (8 controles o más)
- Frecuentemente (5-7 controles)
- Ocasionalmente (3-4 controles)
- Raramente (1-2 controles)
- Nunca (0 controles)

**4. ¿Durante todo su embarazo con qué frecuencia asistió a las sesiones de educación prenatal (psico profilaxis) o gimnasia obstétrica?**

- Muy frecuentemente (8 sesiones o más)
- Frecuentemente (5 sesiones)
- Ocasionalmente (3-4 sesiones)
- Raramente (1-2 sesiones)
- Nunca (0 sesiones)

**5. ¿Se encuentra satisfecha con la información brindada sobre el plan de parto y libre elección de su acompañante?**

- Totalmente satisfecha
- Bastante satisfecha
- Neutral
- Poco satisfecha
- Nada satisfecha

**6. ¿Está usted de acuerdo sobre la importancia de conocer al menos dos signos de alarma sobre usted y su hijo?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**7. ¿Qué tan importante es para usted realizarse pruebas de VIH y sífilis durante su gestación?**

- Muy importante
- Importante
- Moderadamente importante
- Poco importante
- Sin importancia

### COMPONENTE PARTO Y POST PARTO

Por favor seleccione la respuesta que mejor se adecue a su percepción:

**8. Seleccione el medio por el cual culminó su embarazo:**

- Parto culminado por vía natural/ vaginal
- Parto culminado por cesárea

**9. ¿En la consulta médica o al ingreso le informaron que puede tener un acompañante de su elección durante todo el trabajo de parto o cesárea y los beneficios que esto aporta?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**10. ¿Durante su trabajo de parto en el centro obstétrico, unidades de parto o quirófanos tuvo ambiente adecuado, acogedor y de respeto?**

- Muy acogedor
- Acogedor
- Me fue indiferente
- Poco acogedor
- Nada acogedor

**11. ¿Le permitieron la ingesta de líquidos o alimentos durante su labor de parto y al finalizar el parto/cesárea le consultaron como disponer de su placenta?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**12. Si tuvo parto vaginal ¿El personal médico le alentó a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto y asistirle para que asuma la posición de su elección?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**13. ¿Conoce al menos una forma de calmar el dolor y estar más cómoda durante el trabajo de parto, y si se le pidiera mencionar al menos una lo haría?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**14. ¿Fueron necesarios procedimientos invasivos ej: cesárea, corte vaginal, ruptura artificial de membranas, colocación de oxitocina, mismo que fueron explicados hasta su comprensión por el personal de salud?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**15. ¿Se le permitió tener contacto piel con piel inmediata con su hijo/a para proporcionarle abrigo y apego de no ser así le explicaron claramente las razones médicas?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**16. ¿Fue informada sobre los procedimientos a realizar en su bebe como medidas de talla y peso, limpieza ocular y administración de vitamina K en la misma sala donde usted fue atendida?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**17. ¿Su acompañante mantuvo una interacción activa durante todo el parto, permitiéndole interactuar con el recién nacido?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**COMPONENTE DE LACTANCIA MATERNA**

Por favor seleccione la respuesta que mejor se adecue a su percepción:

**18. ¿Durante su hospitalización se le alentó para que su bebé sea alimentado exclusivamente con leche materna enseñándole varias técnicas de amamantamiento?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**19. ¿Se le entregó información sobre la evolución del recién nacido todas las veces que papa o mama lo requieran?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**20. ¿Fue asesorada sobre métodos de planificación familiar las veces que usted necesito, solventándose todas sus dudas sobre planificación familiar?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**21. ¿Desde el nacimiento de su bebé permaneció correctamente identificado por una manilla o brazaletes?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**22. ¿Al momento del alta se le dio la indicación sobre asistir al primer control de la madre y del recién nacido, solventando todas sus dudas?**

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Me es indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**23. ¿Cómo evaluaría usted la atención brindada dentro del Hospital?**

- Totalmente satisfecha (10/10)
- Satisfecha. (8 a 9 )
- Algo Satisfecha ( 6 a 7 )
- Insatisfecha (1 a 5)
- Totalmente insatisfecha (0/10)

**SU PERCEPCIÓN DE LA NORMATIVA ESAMYN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTRAS GRACIAS POR SU GENTIL AYUDA**

Enlace para visualizar su versión en formularios de Google Forms:

<https://forms.gle/CYPCj5AX7iw7ZSFeA>

#### 7.4. Entrevista cualitativa

	<b>Entrevista semi estructurada sobre percepción y experiencia de la normativa ESAMyN en madres beneficiarias norma</b>	Revisión: 02
		Realizada por: CG, CH

##### **Componente Prenatal / Embarazo**

1. ¿Cómo le pareció su proceso prenatal / embarazo?
2. ¿Cómo fue el acompañamiento de su pareja o familiares durante su proceso prenatal/ embarazo?, ¿cómo se sintió respecto a su compañía u abandono?
3. De su experiencia prenatal / embarazo, si pudiera cambiar algo ¿Qué sería?

##### **Componente Parto y Post Parto**

4. ¿Cómo fue su experiencia al tener a su pareja u familiar acompañándole en el parto?
5. ¿Cómo fue su experiencia con el personal de salud que le atendió su parto?
6. ¿Cómo se sintió al momento que de forma inmediata le apoyaron por primera vez a su hijo en su pecho?

##### **Componente Lactancia Materna**

7. ¿Qué es lo más difícil al momento de la lactancia?
8. Si usted regresa al trabajo, ¿Se sentiría cómoda realizando un banco de leche para que su hijo de siga alimentando con lactancia materna?
9. ¿Le gusto o se sintió cómoda con la asesoría del personal de salud sobre la lactancia materna?

##### **Componente violencia obstétrica**

10. ¿Ha oído o sabe acerca de experiencias de violencia obstétrica?
11. En el caso de un nuevo embarazo, ¿usted volvería a este centro de salud? ¿le gustaría cambiar algo fueron unos últimos 15 días antes

Material intelectual desde nuestra autoría. Trabajado y adaptado a partir de la normativa ESAMyN.(MSP, 2016d) Enlace para visualizar su versión en documento PDF:

[5 Anexo 2.2 Instrumentos Entrevista semi estructurada cualitativa.pdf](#)

## 8. REFERENCIAS CITADAS

- Acevedo Bedoya, S. Y., Londoño Sierra, D. C., Sterling Villada, M. de L. A., Osorio Posada, A., Garnica Cardona, C., & Restrepo Mesa, S. L. (2023). Experiencias en lactancia materna, vivencia desde la mujer que amamanta: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 74(4), 287–296. <https://doi.org/10.18597/rcog.4105>
- ACOG Committee Opinion. (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstetrics & Gynecology*, 178–188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
- Acosta Silva, M., & De la Rosa, J. M. (2018). Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. *Archivo Médico de Camagüey*, 452–467. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000400452](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400452)
- Acuerdo Ministerial N.o 00030-2021: Norma Técnica Para La Certificación de Establecimientos de Salud “Amigos de La Madre y Del Niño” (ESAMyN), Dirección Nacional de Normatización 16 (2021). <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>
- Adán, C., Birulés, F., Biurrun-Garrido, A., Boladeras, M., Brigidi, S., Canet Estévez, Y., Corral, G., Fernández, F., Lázare, S., Martín, J., & Ruiz, D. (2018). El concepto VIOLENCIA OBSTÉTRICA y el debate actual sobre la atención al nacimiento. *Tecnos*.
- AEP. (2009). *Manual de Lactancia Materna*. Editorial Médica Panamericana.
- Agencia de Noticias Andina. (2025, September 6). *Leche materna: así intervienen los “Papás lecheros” para salvar a sus hijos* [Broadcast]. <https://www.youtube.com/watch?v=xyID6r9Y40I>
- Agüero, N., & Meza, G. (2021). *Conocimientos de puérperas de un servicio de alojamiento conjunto sobre los signos y síntomas de alarma de las enfermedades en el recién nacido*. 54–59. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.02.2021.54>

- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A. O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*, 380(9837), 111–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4)
- Alcocer Ortega, I. M. (2021). *Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha* [Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17387/2/TFLACSO-2021IMAO.pdf>
- Amaya Guío, J. (2017). Puerperio y lactancia materna. *Obstetricia Integral. Siglo XXI*.
- Andrén, A., Begley, C., Dahlberg, H., & Berg, M. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>
- Antonia Rocha Fiorott, M., Martins Eller, L., Siqueira Neto, J., Brandão Coelho, I., Dadalto Scarpatti, E., Sarlo Pinheiro, A., Altoé Pipa Silva, I., Maia Cruz Brazuna, R., Cesar Ferreira, A., Fernandes Ragonha, G., Maria Moreno Lobo, M., Castro Narduci, J., Vita de Sá, J., de Assis Miranda, M., & Monteiro Cordeiro de Alvarenga, J. (2024). HUMANIZED PRENATAL CARE: INFLUENCES ON MATERNAL-FETAL OUTCOMES. *Health and Society*, 4(06), 24–34. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i06.2297>
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2018). *LEY ORGANICA INTEGRAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES*. [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)
- Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. *Editorial Médica Panamericana*. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/manual-lactancia-materna-teoria-practica>
- Bailey, M. J., Malkova, O., & McLaren, Z. M. (2019). Does Access to Family Planning Increase Children's Opportunities? *Journal of Human Resources*, 54(4), 825. <https://doi.org/10.3368/jhr.54.4.1216-8401R1>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 31–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>

- Baskett, T. F., & Calder, A. A. (2014). *Munro Kerr's Operative Obstetrics E-Book* (12th ed.). Elsevier Health Sciences. <https://n9.cl/h9183>
- Bernala, N. M., Timossi, C., Pulido, M. M., Uscher, M. I., Hidalgo, L. S., Gómez, C., & Contreras, M. E. (2024). Consenso académico de prácticas de impacto de la lactancia en Colombia. *Pediatría*, *57*(3), e574. <https://doi.org/10.14295/rp.v57i3.574>
- Bernarda Ledesma Muñoz, D., Martens, C., & Brandão, T. (2023). *Obstetric violence in Ecuador: an invisible reality*. <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/5946/4431>
- Berrami, H., Serhier, Z., Jallal, M., & Bennani Othmani, M. (2023). Mobile Applications for Family Planning. In *Studies in health technology and informatics* (Vol. 309, pp. 300–301). <https://doi.org/10.3233/SHTI230803>
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *41*(3), 369–382. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x>
- Birsner, M., & Gyamfi-Bannerman, C. (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *ACOG*, *135*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
- Blanco, D. (2025, May 15). *La lactancia materna exclusiva no es una decisión individual: por qué son clave la información y el apoyo social*. *Infobae*. <https://www.infobae.com/salud/2025/05/15/la-lactancia-materna-exclusiva-no-es-una-decision-individual-por-que-son-clave-la-informacion-y-el-apoyo-social/>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bonvecchio, A., Théodore, F., Gonzalez, W., Lozada, A., Alvarado, R., & Blanco, I. (2016). *Barreras de la lactancia materna en México. En Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México* (Vol. 1, p. 77). Academia Nacional de Medicina. [https://www.researchgate.net/publication/326560828\\_Barreras\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/326560828_Barreras_de_la_lactancia_materna_en_Mexico)
- Boragnio, A., Oliva, M., Zabalza, N., & Tuñón, I. (2024). *Los desafíos de la lactancia exclusiva y su continuidad desde la perspectiva de las madres*. <https://uca.edu.ar/es/noticias/los-desafios-de-la-lactancia-exclusiva-y-su-continuidad-desde-la-perspectiva-de-las-madres>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Gladys Peñalver Sinclay, A., & González Portales, A. (2021). *Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud*. <https://orcid.org/0000-0001-5764-5713>
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de los Ríos, M. M., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Briones, C. E. (2022). *Cumplimiento de las normativas y protocolos de atención para la prevención de muertes maternas y neonatales* [Universidad Estatal del Sur de Manabí]. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4199>
- Burbano, M. E. (2020). *Parteras en el Ecuador - Testimonios de resistencia*. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7977/1/T3451-MELA-Burbano-Parteras.pdf>

- Calapiña, B. E., & Paredes, M. (2022). La lactancia materna como un indicador de la normativa ESAMyN. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-lactancia-materna-como-un-indicador-de-la-normativa-esamyn/>
- Campiño, S., & Duque, P. (2019). Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Universidad de Manizales*, 19, 331–341. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379.2019>
- Carrillo, A., Gallegos, R., & Barragán, L. (2020). Factores maternos que influyen en el abandono de la lactancia exclusiva. *SALUD EN TABASCO*, 26.
- Casella Jean-Baptiste, M., Julmisse, M., Adeyemo, O. O., Vital Julmiste, T. M., & Illuzzi, J. L. (2024). Integrated group antenatal and pediatric care in Haiti: A comprehensive care accompaniment model. *PLOS ONE*, 19(7), e0300908-. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300908>
- Castro Restrepo, I. O., Farías Vela, A., Capera López, L., Ortíz Zornosa, S., Restrepo Guarnizo, M. C., Díaz Quijano, D. M., & Castillo Zamora, M. (2022). Ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 48(3), 1–12. <http://orcid.org/0000-0002-1843-091X><http://orcid.org/0000-0002-3744-3003>SofíaOrtízZornosa2<http://orcid.org/0000-0002-6362-0114><http://orcid.org/0000-0001-8804-0274><http://orcid.org/0000-0001-5443-1883>
- CDC. (2020, October 21). *Signs your child is hungry or full*. Centros Para El Control y Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/infant-toddler-nutrition/mealtime/signs-your-child-is-hungry-or-full.html>
- Choez Zabala, J. D., & Cardenas Heredia, F. R. (2023). Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 5059–5078. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.956>
- Crespo-Antepara, D. N. (2018). El parto en libre posición. *Polo Del Conocimiento*, 3(5), 229–236. <https://doi.org/10.23857/pc.v3i5.519>

- Cruz Chávez, N. E. (2020). Conocimiento de la madre sobre los signos de hambre del recién nacido y técnica de agarre al seno materno correcta. *Universidad de Guanajuato*, 1–9. <https://n9.cl/wmgoh>
- Cunningham, S. D., Lewis, J. B., Shebl, F. M., Boyd, L. M., Robinson, M. A., Grilo, S. A., Lewis, S. M., Pruett, A. L., & Ickovics, J. R. (2018). Group Prenatal Care Reduces Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight: A Matched Cohort Study. *Journal of Women's Health*, 28(1), 17–22. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6817>
- Curtin, M., Savage, E., & Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1744–1757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>
- De las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de ONU: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations ....](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations....) <https://acnudh.org/wp-content/uploads/2018/10/UDHR-2017-text-S-compressed.pdf>
- Deys, L., Wilson, V., & Meedy, S. (2021). What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery*, 101, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103063>
- Díaz Gómez, N., & Domenech, E. (2000). Avances en lactancia materna. *Canarias Pediátrica*, 24(1), 39–44. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2497297.pdf>
- Dillon, B., Albritton, T., Saint Fleur-Calixte, R., Rosenthal, L., & Kershaw, T. (2020). Perceived Discriminatory Factors that Impact Prenatal Care Satisfaction and Attendance Among Adolescent and Young Adult Couples. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(5), 543–549. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.06.014>
- Dueñas Matute, S., Martínez, E., & Donadi, E. (2021). Intercultural Childbirth: Impact on the Maternal Health of the Ecuadorian Kichwa and Mestizo People of the Otavalo Region. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 43, 14–19. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721353>
- DW Español. (2020, July 30). *Parto en casa por temor al coronavirus* [Video recording]. YouTube.

- Elliott, G. M. C., Letvak, S., Côté-Arsenault, D., Wallace, D. C., & Smith, J. M. (2022). First-Time Mothers' Invisible Presence Using Social Networking Sites. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 47(6).  
[https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/2022/11000/first\\_time\\_mothers\\_\\_invisible\\_presence\\_using.3.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/2022/11000/first_time_mothers__invisible_presence_using.3.aspx)
- Engeltjes, B., Wouters, E., Rijke, R., & Scheele, F. (2020). Obstetric telephone triage. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2497–2506. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S277464>
- Espinosa, R., Rodríguez, C., & Garzón, J. (2017). Resolución C.D. 565 Apruébese La Creación Del Hospital General Del Sur De Quito. *Resolución de Consejo Directivo*, 1–20.  
[https://www.iess.gob.ec/es/resoluciones/-/document\\_library\\_display/PI7m/view/33703/65563](https://www.iess.gob.ec/es/resoluciones/-/document_library_display/PI7m/view/33703/65563)
- FAO, FIDA, OPS, PMA, & UNICEF. (2023). INDICADORES NUTRICIONALES ADICIONALES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. In *América Latina y El Caribe panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2022: estadísticas y tendencias*. Creative Commons.
- Ferrero Martínez, S., Santos Segura, S., & Martínez Vidal, G. (2024, July 25). Los beneficios del acompañamiento durante el parto. *Escola de Salut, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.*, 1–10.  
<https://doi.org/E-OBS-DE-0005-01>
- Field, C. J. (2005). The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants. In *Journal of Nutrition* (Vol. 135, Issue 1). <https://doi.org/10.1093/jn/135.1.1>
- Freire, W., Ramírez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva, K., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros, P., Gómez, L. F., & Monge, R. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU (Primera)*. El Telégrafo. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)

- Fundación Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. (2023, July 18). Tactos vaginales durante el parto. *Essencial Salut*, 1–5. <https://essencialsalut.gencat.cat/es/details/Article/tactes-vaginals-part>
- García García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Estudio etnográfico, Universidad Autónoma de Madrid]. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf)
- Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Meedy, S., Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2020). Skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding and childbirth experience in first time mothers: a cross sectional study. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(2), 115–119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.08.003>
- Giddens, A., & W. Sutton, P. (2014). *Sociología* (Septima). Alianza Editorial S.A.
- Grubestic, T., & Durbin, K. (2021). Geodemographies of Breastfeeding Support. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 301–313. <https://doi.org/10.1177/0890334420941416>
- Hodnett, E. D., Downe, S., Walsh, D., & Weston, J. (2010). Alternative versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 9, 10–11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub3>
- ICBF. (2019, December 26). *Violencia obstétrica, ¿cómo identificarla y qué hacer si eres víctima?* <https://www.icbf.gov.co/ser-papas/que-es-la-violencia-obstetrica-y-que-hacer-si-eres-victima>
- INEC. (2018). Salud, Salud Reproductiva y Nutrición. In *Instituto nacional de estadística y censos*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
- INEC. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - ENVIGMU*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Estadisticas\_Sociales/Violencia\_de\_genero\_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf

Jacome, V. J. (2019). *Cumplimiento de la estrategia establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMYN), Hospital Alberto Correa Cornejo, 2018*. <https://doi.org/213235819>

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1–12. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/abstract/?lang=es#>

Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2021). Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*, 92, 18–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862>

Klein, B. E., & Gouveia, H. G. (2022). UTILIZACIÓN DE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. *Cogitare Enfermagem*. [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87102](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87102)

Larrauri Alonso, A. M. (2024). *EL PARTO HUMANIZADO* [Universidad de Cantabria]. [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/33063/2024\\_LarrauriAlonsoAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/33063/2024_LarrauriAlonsoAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lattof, S. R., Tuncalp, Ö., Moran, A. C., Bucagu, M., Chou, D., Diaz, T., & Gülmezoglu, A. M. (2019). Developing measures for WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: A conceptual framework and scoping review. *BMJ Open*, 9(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024130>

Ledesma Muñoz, D. B., Martens, C., & Brandão, T. (2023). Violencia obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 10(1), 39–57. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2023.5946>

Leite, T. H., Marques, E., Mesenburg, M., Freitas da Silveira, M., & Leal, M. do C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *Lancet Regional Health*. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>

Lema, M., & Mejías, M. (2023). Prácticas hospitalarias y características biosociales en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 491. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023491>

León-Cava, N. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Food and Nutrition Program, Pan American Health Organization. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18539/9275123977\\_esp.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18539/9275123977_esp.pdf)

Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, 1 (2021). [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)

López Mirones, M., Alonso Salcines, A., & González Maestro, M. (2016). Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey Investigación Cuantitativa. *Nuberos Científica*, 2–3. [www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)

López Sáleme, R., Covilla Pedrozo, M. K., Morelos Castro, N. I., & Morelos Gaviria, L. P. (2019). Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque Cultural and social factors associated with exclusive breastfeeding in San Basilio de Palenque. *Duazary*, 16(2), 293–306. <https://doi.org/https://doi.org/10.21676/2389783X.2961>

Lowe, N. K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(1), 82–92. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02517.x>

Macías, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-Soledispa, G. L., Triviño-Vera VI, B. N., & Obstetra -Hospital Básico Jipijapa, V. (2018). *Importancia y beneficios del parto humanizado*. *Dominio de las Ciencias*, 4, 392–415. <https://doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2018.vol.4.n.3.392-415>

- Maia De Vasconcelos Muniz, B., & Machado Barbosa, R. (2012). Memorias Convención Internacional de Salud Pública. In *Cuba Salud*.  
<http://www.convencionssalud2012.sld.cu/index.php/convencionssalud/2012/paper/view/744/321>
- Martínez, A., & Karchmer, S. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta Med Grupo Angeles*, 361–367. <https://doi.org/10.35366/101728>
- Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Perrero, J., & Barreto, P. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *AEPCP*, 6, 37–48.  
<https://www.aepp.net/book/la-depresion-postparto-un-estudio-exploratorio-con-una-muestra-de-mujeres-valencianas-the-postnatal-depression-an-exploratory-study-in-a-sample-of-spanish-women-from-the-valencian-community/>
- Mazuera Ayala, P. (2021). Violencia obstétrica reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2), 1–29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560269078007>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2016). *Manual de atención neonatal* (Segunda).
- Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub2>
- Motta, C., Ardila, I., & Becerra, A. (2020). Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado Materno-Perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. *Ciencia y Salud*.

MSP. (2013). *Normas y Protocolos de alimentación para los niños y las niñas menores de dos años*. Coordinación Nacional de Nutrición. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/4\\_alimentacion\\_ni%C3%B1o\\_menor\\_2a%C3%B1os.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/4_alimentacion_ni%C3%B1o_menor_2a%C3%B1os.pdf)

MSP. (2015a). *Boletín de Nacimientos por cesárea 2012-2015*. MSP.

MSP. (2015b). Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. In *Dirección Nacional de Normatización-MSP* (Vol. 1, p. 11). <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

MSP. (2015c, August 31). *Guía de prevención y control de la transmisión Materno Infantil del VIH Sífilis congénita y de atención integral niños/as con VIH / SIDA*. [http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/Guia\\_VIH\\_PT\\_MI\\_ninos.pdf](http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/Guia_VIH_PT_MI_ninos.pdf)

MSP. (2015d, September 11). *Norma Técnica “Educación Prenatal para el Sistema Nacional de Salud”* Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública. <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2015/Norma%20cnica%20de%20educacin%20pre%20natal%202015.pdf>

MSP. (2016a). *Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que atiendan partos* (pp. 1–38). [https://www.unicef.org/ecuador/media/3716/file/Ecuador\\_normativa\\_ENSAMYN.pdf.pdf?utm\\_source](https://www.unicef.org/ecuador/media/3716/file/Ecuador_normativa_ENSAMYN.pdf.pdf?utm_source)  
ce

MSP. (2016b, September 2). *Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural*. Noticias. <https://www.salud.gob.ec/?s=Parto+respetuoso%2C+en+libre+posici%C3%B3n+y+con+pertinencia+intercultural>

- MSP. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021*.  
<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- MSP. (2020a). *Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN)– Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. MSP. <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
- MSP. (2020b, November 6). *MSP combina la medicina y conocimientos ancestrales para certificar a 1351 parteras*. <https://www.salud.gob.ec/msp-combina-la-medicina-y-conocimientos-ancestrales-para-certificar-a-1351-parteras/>
- MSP, M. de S. P. del E. (2016c). *Acuerdo Ministerial No. 00000108 (Edición Especial del Registro Oficial 788, 30-XI-2016): Expídense la normativa sanitaria para la certificación como “Amigos de la Madre y del Niño” (ESAMyN)*. Quito, Ecuador. (pp. 2–5). Constitución de la República del Ecuador. <https://n9.cl/7w9nu>
- MSP, M. de S. P. del E. (2016d). Normativa Sanitaria Para La Certificación Como Amigos De La Madre Y Del Niño, a Los Establecimientos De Salud Del Sistema Nacional de Salud, que atienden partos. In *Msp* (Issue 593 2, pp. 1–17). UNICEF. [https://www.unicef.org/ecuador/media/3716/file/Ecuador\\_normativa\\_ENSAMYN.pdf.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/media/3716/file/Ecuador_normativa_ENSAMYN.pdf.pdf)
- MSPAS. (2010). *Embarazo, parto y puerperio en adolescentes y adultas*.
- Mulero, S. (2020). *Abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva*. Universidad de Valladolid.
- Murialdo, V. (2021, May 8). *El concepto de violencia obstétrica y su evolución*. Blog El Parto Es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/05/28/el-concepto-de-violencia-obstetrica-y-su-evolucion>
- Nabhan, A., Kabra, R., Allam, N., Ibrahim, E., Abd-Elmonem, N., Wagih, N., Mostafa, N., Kiarie, J., Zenhom, A., Ashraf, A., Alshabrawy, A., Atwa, E., Elghamry, F., Abouelnaga, M., Kodsy, M., Elgendi, M., Snosi, M., Kamel, M., Salama, M., ... Taha, S. (2023). Implementation strategies, facilitators, and barriers to

scaling up and sustaining post pregnancy family planning, a mixed-methods systematic review. *BMC Women's Health*, 23(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02518-6>

Novick, G. (2009). Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(3), 226–237. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.003>

Oliveira Brandão, T., & Martínez-Pérez, A. (2022). Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica. *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), e210990. <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.990>

Oliveira, C. D. F., Ribeiro, Â., Luquine, C., Bortoli, M., Toma, T., Gracia, E., & Barreto, J. (2020). Barreras de la implementación de recomendaciones para la asistencia del parto normal: revisión rápida de evidencias. *Pan American Journal of Public Health*, 44, 1–10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>

OMS. (2007). *Sesión 3: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño Objetivos*. <http://www.oms.int/salud-ni>

OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)

OMS. (2017, August 1). *Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna - Comunicado de prensa*. Comunicados de Prensa de La Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>

OMS. (2022a). *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa.pdf?sequence=1>

- OMS. (2022b, April 15). *Sexual and reproductive health and rights INFOGRAPHIC SNAPSHOT ECUADOR 2021*. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.21>
- OMS. (2023, June 13). *VIH y sida: Respuesta de la OMS*. Centro de Prensa, Notas Descriptivas. <https://n9.cl/muoas>
- OMS, & OPS. (2002). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. OPS/OMS. World Health Organization. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-alimentacion-lactante-nino-pequeno-1>
- OMS, & OPS. (2019). *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. 3.ed. actualizada, 2019 (Vol. 3). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
- OMS, & UNICEF. (2018). *Sesión 4: Las bases científicas de los "Diez pasos para una lactancia exitosa"*. 1–66.
- OMS, UNICEF, & OPS. (2008). *Lactancia promoción y apoyo iniciativa hospital amigo del niño revisada, actualizada y ampliada para la atención integral*. [www.paho.org](http://www.paho.org).
- ONU, (Organización de las Naciones Unidas). (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women Proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/eliminationvaw.pdf>
- OPS. (2023, June). *Parteras tradicionales: salvar vidas conjugando los saberes de las medicinas ancestral y occidental*. <https://www.paho.org/es/historias/parteras-tradicionales-salvar-vidas-conjugando-saberes-medicinas-ancestral-occidental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018a). Leche materna desde la primera hora de vida. In [Nota de prensa] (Ed.), *Ops/Oms*. <https://www.paho.org/es/noticias/31-7-2018-leche-materna-desde-primera-hora-vida>

- Organización Panamericana de la Salud. (2018b). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. *Recuperado de IRIS de la OPS*, 19. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
- Ortiz Pinargoti, J. E., & Medrano Vera, A. I. (2021). *Relación de la aplicación de la normativa esamyn y la disminución de la morbimortalidad materno-infantil* [Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas.]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/62933>
- Ortiz Prado, E., Acosta Castillo, T., Olmedo López, M., Armijos, L., Ramírez, D., & Iturralde, A. L. (2017). Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between the public and private health systems. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33845>
- PAHO. (2020). *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. 3.ed. actualizada, 2019* (Vol. 3). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
- PAHO, & Organización Panamericana de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. *IRIS*, 1–8. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
- Paniagua Urbano, J. A., & Fernández Ruiz, V. E. (2013). *¿Es maltratada la mujer durante el parto?: Ensayo sobre la Humanización del Nacimiento*. Ética de Los Cuidados. <https://www.index-f.com/eticuidado/n12/et9187.php>
- Paricio, R., & Cano, M. de los Á. (2024). Enfoque de Derechos Humanos en la atención obstétrica y el parto. *IQual. Revista de Género e Igualdad*, 7, 18–37. <https://doi.org/10.6018/iqual.555551>
- Peña Quiñonez, M. (2014). *Conocimientos, Costumbres Y Prácticas Sobre Embarazo Parto, Puerperio Y Atención Al Recién Nacido Que Brinda Las Comadrona De Las Riberas Del Rio Santiago Del Cantón Eloy Alfaro, Provincia De Esmeraldas* [Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Sede Esmeraldas]. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/491a1ed6-20e8-4931-8507-c3654340e76f/content>
- Pereira, A. (2016). *El parto en casa atendido por una partera tradicional y un médico particular en Yucatán*.

- Pérez De Mora, S. (2017). Parteras Saberes que curan. *Honorable Gobierno de la provincia de Tungurahua*, 23–42.  
<https://tungurahua.gob.ec/images/archivos/CFCT/publicaciones/ParterasSaberesQueCuran.pdf>
- Pérez D'gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Pérez Escamilla, R., & Segura Pérez, S. (2019). La alimentación perceptiva en el contexto del marco mundial del cuidado cariñoso y sensible durante la primera infancia. *UNICEF. Infancia, Adolescencia y Juventud: Oportunidades Claves Para El Desarrollo, Montevideo*, 41–65. [https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2020/01/oportunidades\\_claves\\_para\\_el\\_desarrollo\\_web.pdf#page=43](https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2020/01/oportunidades_claves_para_el_desarrollo_web.pdf#page=43)
- Perez, G., & Albarracin, J. (2009). Capítulo 17: PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA. *Obstetricia Integral Siglo XXI*.
- Purnamasari, D., Puspita, W. D., & Rikhaniarti, T. (2025). The Impact of Family Planning on Family Welfare. *Advances in Healthcare Research*, 3(1), 1–15. <https://doi.org/10.60079/ahr.v3i1.386>
- Quattrocchi, P. (2018). Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. *Gênero & Amp; Direito*, 7(1), 20–25. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974>
- Ramos González, B. E., Acuña González, A. G., García Verduzco, M. F., & Gómez Pérez, C. S. (2023). Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. In *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, ISSN 1012-1587, No. 100, 2023, págs. 60-93 (Issue 100). <https://n9.cl/uxikn>
- Range, Y., Martínez, A., Hernández, L., & González, C. (2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. *Rev Esc Enferm USP*. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464>
- Repositorio General HQSUR. (2024a). *Datos estadísticos generados por Talento Humano del Hospital General IESS Quito Sur*. No publicado.

- Repositorio General HQSUR. (2024b). *Estadística de Recién Nacidos Vivos Coordinación Materno Infantil HQSUR*.
- Riofrío, A., Zapata, K., & Rodríguez, J. del R. (2023). Incidencia y principales indicaciones de cesárea en primigestas usuarias de un hospital de Machala. *Polo Del Conocimiento*, 8, 1004–1018. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i1>
- Rivas, A. (2021). *TALLER DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS ETNOGRÁFICOS. REDACTANDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN*.
- Rodríguez Cepeda, R. (2018). Los modelos de aprendizaje de Kolb, Honey y Mumford: implicaciones para la educación en ciencias. *Sophia*, 14(1), 51–64. <https://doi.org/10.18634/sophiaj.14v.1i.698>
- Rodríguez Lara, C., Rangel Bravo, E. G., Rábago de Ávila, M., & Márquez Pérez, L. L. (2024). La asesoría como elemento clave en la efectividad de la lactancia materna: una revisión bibliográfica. *EDUCATECONCIENCIA*, 32(5). <https://doi.org/10.58299/edutec.v32i5.181>
- Romo, L. A. (2021). *Prácticas de lactancia materna en mujeres que utilizan servicios de salud con y sin iniciativa Hospital Amigo* [UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN]. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/21072>
- Rossato, N. (2008). Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. In *Archivos Argentinos de Pediatría* (Vol. 106, Issue 5).
- Ruhl, C., Garpiel, S. J., Priddy, P., & Bozeman, L. L. (2020). Obstetric and fetal triage. *Seminars in Perinatology*, 44(4), 151240. <https://doi.org/10.1016/J.SEMPERI.2020.151240>
- Saldarriaga, W., & Artuz, A. (2017). *Fundamentos de Ginecología y Obstetricia* (G&G Editores, Ed.; Universidad delValle). Progama y editorial. <https://doi.org/10.25100/peu.56>

- Sánchez chavarria, S. T., Ureta Canchingre, L. A., Mata Muñoz, V. E., & Alcocer Ortega, I. M. (2022). Percepción del parto respetado en gestantes indígenas shuar y achuar del cantón taisha, año 2018-2019. *Más Vida*, 4(2), 140–159. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0129>
- Sánchez, L., Pallás, A., Botet, M., & Echániz, U. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Asociación Española de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.012>
- Sánchez-Torres, D. Á., Salazar-Arquero, F. J., Soto-Sánchez, E. M., Martínez-Carrillo, D. A., de la Fuente-Valero, J., & Hernández-Aguado, J. J. (2020). Operación cesárea. Una revisión histórica.: Caesarean section. A historical review. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 45(4), 61–72. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1711>
- Saucedo, M. D. R., Mier, C. H., & García, G. Y. C. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3), 149–155. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101680>
- Sayres, S., & Visentin, L. (2018). Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(4). [https://journals.lww.com/co-pediatrics/fulltext/2018/08000/breastfeeding\\_\\_uncovering\\_barriers\\_and\\_offering.23.aspx](https://journals.lww.com/co-pediatrics/fulltext/2018/08000/breastfeeding__uncovering_barriers_and_offering.23.aspx)
- SE-COMISCA, & INCAP. (2024). *Estudio: Factores individuales, sociales e institucionales que promueven la práctica de lactancia materna exclusiva en los Estados miembros del SICA*. <https://www.incap.int/index.php/es/listado-de-documentos/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/1107-estudio-factores-individuales-sociales-e-institucionales-que-promueven-la-practica-de-lactancia-materna-exclusiva-en-los-estados-miembros-del-sica/file>
- Secretaria Derechos Humanos. (2020). *Plan nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres: 2019-2025 subsecretaría de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, niños,*

*niñas y adolescentes*. <https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Plan-Nacional-de-Prevencion-y-Eradicacion-de-la-Violencia-contra-las-Mujeres-y-Nin%CC%83as.pdf>

Seungwon Lee, E. A. A. M. K. S. W. S. K. D. M. R. N. (2024). Compliance with the WHO recommended 8+ antenatal care contacts schedule among postpartum mothers in eastern Uganda: A cross-sectional study. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314769>

Suárez Rodríguez, M., Iglesias García, V., Ruiz Martínez, P., Lareu Vidal, S., Caunedo Jiménez, M., Martín Ramos, S., & García López, E. (2020). Composición nutricional de la leche materna donada según el periodo de lactancia. *Nutricion Hospitalaria*, 37(6). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112020000800004&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112020000800004&script=sci_arttext)

Tang, J., Dominik, R., Zerden, M., Verbiest, S., Brody, S., & Stuart, G. (2014). Effect of an educational script on postpartum contraceptive use: a randomized controlled trial. *Contraception*, 90(2), 162–167. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.03.017>

Tang, X., Patterson, P., MacKenzie-Shalders, K., van Herwerden, L. A., Jo, O., Rathbone, E., Honeyman, D., & Reidlinger, D. (2021). Workplace programmes for supporting breast-feeding: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*, 1501–1513.

Thomson, G., Feeley, C., Hall Moran, V., Downe, S., & Oladapo, O. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16–71. ) 16:71 <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

Tinajeros, F., Ares, L. R., Elías, V., Reveiz, L., Sánchez, F., Mejía, M., Hernández, R., & Revollo, R. (2017). Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e21. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v41/1020-4989-RPSP-41-e21.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v41/1020-4989-RPSP-41-e21.pdf)

Torres Terán, E., Velasco Enríquez, C., Fuentes, R. C., & Arellano, L. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto culturalmente adecuado, Ecuador*. <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/guia-tecnica-para-la-atencion-del-parto-culturalmente-adecuado-ecuador>

UNICEF. (2018). Profesionales de la salud en Ecuador se capacitaron en la normativa ESAMyN para mejorar la atención a la madre gestante y al recién nacido. *Comunicado de Prensa*. <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/profesionales-de-la-salud-en-ecuador-se-capacitaron-en-la-normativa-esamyn-para>

UNICEF. (2022, March 2). *Kit Madre-Hijo para la prevención del VIH: una iniciativa que busca salvar vidas*. Noticias UNICEF. <https://www.unicef.es/noticia/kit-madre-hijo-para-la-prevencion-del-vih-una-iniciativa-que-busca-salvar-vidas>

UNICEF/OMS. (2018). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la INICIATIVA «HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO». *Unicef*, 978-92-4-351380-5, viii. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?ua=1>

Unidad de atención al usuario. (2018). *Encuesta ESAMyN amigos de la madre y niño (02; IESSHQS-AU-RG-EMN-016)*.

United Nations, UNFPA, & The Danish Institute For Humans Rights. (2014). *REPRODUCTIVE RIGHTS ARE HUMAN RIGHTS*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf>

Vázquez Parra, J. C. (2016). Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 60–71. <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1441>

Vergara, M., Cisneros, C., Cadena, C., Espinosa, V., Cornejo, F., & Granja, P. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Villamil, L., Carolina, D., León, R., Rubio, A. P., Felipe, A., Crespo, C., & Mercedes, M. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud Pontificia Universidad Javeriana*, 18, 6–7. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>

Widström, A.-M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

World Health Organization. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. In *Declaración No. WHO/RHR/14.23*. Repositorio IRIS de la OMS (incluido en “Recuperado de IRIS, OMS”). [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=C72D6B%201077AD7D25D68B310B7EF9E729?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=C72D6B%201077AD7D25D68B310B7EF9E729?sequence=1)

Zamora Delmás, L., Nueno Mairal, B., Gonzalo del Moral, T., Gallego Córdoba, S., Jara Villamueva, E., Vilarrasa García, M., Pequeño Álvarez, J., & Jové Ortega, E. (2023). Asesoría de lactancia materna, un nuevo enfoque. *Revista de Lactancia Materna*, 1, e30770. <https://doi.org/10.14201/rlm.30770>

Zetina-Hernández, E., Gerónimo-Carrillo, R., Herrera-Castillo, Y., Magaña-Castillo, M., García-Hernández, S. I., & González-Ángel, J. (2016). Resultados perinatales de los partos atendidos en un hospital de tercer nivel de atención. *Salud en Tabasco*, 22(1–2), 17–22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482003>