



**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO XAVIER  
DE CHUQUISACA**

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ESPECIALISTAS Y PERSONAL  
ADMINISTRATIVO RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PARTO  
HUMANIZADO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA–OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL OBRERO N.º 2 DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD, REGIONAL  
COCHABAMBA, GESTIÓN 2025.**

**María Elena Quispe Laura**

Tutor(a): M.Sc. Juan Carlos Mendoza Lavandenz

**Maestría en Seguridad Social a Corto Plazo versión I**

## **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y DERECHOS DE AUTOR**

Como autora declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citas en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial, manifiesto que he obtenido el permiso por escrito para incluir esa información en este trabajo académico.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor. María Elena Quispe  
Laura

20 febrero 2026

**DEDICATORIA**

*Dedico el presente trabajo a mi familia, hijitos peludos, por su apoyo constante, comprensión y motivación a lo largo de mi formación académica y profesional.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, a mi familia, a mis docentes y a todas las personas que contribuyeron directa o indirectamente a la realización de este trabajo de investigación.

Agradezco al Centro de Estudio y de Posgrado e Investigación de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco de Chuquisaca, a la Dra. Nancy Apolo por el apoyo constante.

## CONTENIDO

<b>DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y DERECHOS DE AUTOR</b>	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>III</b>
<b>CONTENIDO</b>	<b>1</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Antecedentes</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Problema de investigación</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Justificación</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Pregunta de investigación</b>	<b>21</b>
<b>1.5 Objetivos</b>	<b>21</b>
1.5.1 Objetivo general	21
1.5.2 Objetivos específicos	21
<b>1.6 Postulado cualitativo</b>	<b>22</b>
<b>1.7 Contribución al estado del conocimiento</b>	<b>23</b>
<b>1.8 Organización de la Tesis</b>	<b>25</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Marco teórico</b>	<b>27</b>
2.1.1 Enfoque del parto humanizado	27
2.1.1.1 Conceptualización del parto humanizado	27
2.1.1.2 Principios y fundamentos del parto humanizado	28
2.1.1.3 Prácticas clínicas y sociales del parto humanizado	29
2.1.1.4 Beneficios del parto humanizado en la salud materna y neonatal	30

2.1.2 Modelos de Atención del Parto _____	31
2.1.2.1 Comparación entre el modelo médico-hegemónico y el parto humanizado _____	31
2.1.3 Percepciones en el contexto de salud _____	33
2.1.3.1 Conceptualización de la percepción desde las ciencias sociales y de la salud _____	33
2.1.3.2 Importancia de las percepciones en la adopción de nuevas prácticas en salud _____	33
2.1.4 Cultura organizacional y su influencia en las percepciones del personal de salud _____	34
2.1.4.1 El conocimiento como determinante de las percepciones en salud _____	35
2.1.4.2 Creencias personales y profesionales del personal de salud _____	36
2.1.4.3 Interrelación entre cultura organizacional, creencias y conocimiento en la construcción de percepciones _____	36
2.1.5 Cultura Organizacional y Cambio en Salud _____	37
2.1.5.1 Cultura organizacional en las instituciones de salud _____	37
2.1.5.2 Impacto de la cultura institucional en la implementación de innovaciones en salud _____	38
2.1.5.3 Resistencia al cambio en los servicios de salud _____	38
2.1.5.4 Estrategias para la gestión del cambio en instituciones de salud _____	39
2.1.6 Rol del Personal Médico Especialista en la Implementación del Parto Humanizado _____	40
2.1.6.1 Funciones del personal médico especialista en el contexto del parto humanizado _____	40
2.1.6.2 Formación profesional y adopción de prácticas de parto humanizado _	41
2.1.6.3 Desafíos en la adopción del parto humanizado por el personal médico especialista _____	41
2.1.6.4 Impacto de la sobrecarga laboral en la práctica del parto humanizado _	42

2.1.6.5	Formación tradicional y reproducción del modelo médico-hegemónico	43
2.1.2	Rol del Personal Administrativo en la Implementación del Parto Humanizado	44
2.1.2.1	Importancia del apoyo administrativo en la gestión de recursos, infraestructura y políticas	44
2.1.2.2	El personal administrativo como actor clave en la gobernanza y el cambio organizacional	45
2.1.2.3	Percepción del parto humanizado desde la gestión de la calidad y la eficiencia	45
2.1.2.4	Articulación entre personal administrativo y personal médico en la implementación del parto humanizado	46
2.1.3	Marco Legal y Normativo (Bolivia)	47
2.1.3.1	Legislación y políticas de salud materna y perinatal en Bolivia que promueven el parto humanizado o prácticas relacionadas	47
2.1.3.2	Importancia y sinergias normativas para el parto humanizado	48
<b>2.2</b>	<b>Marco contextual</b>	<b>49</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>52</b>
<b>3.1</b>	<b>Enfoque de la investigación</b>	<b>52</b>
<b>3.2</b>	<b>Tipo y diseño de investigación</b>	<b>52</b>
<b>3.3</b>	<b>Diseño de la Investigación</b>	<b>53</b>
<b>3.4</b>	<b>Técnicas, instrumentos y procedimientos de investigación</b>	<b>54</b>
3.4.1	Instrumento: Guía de entrevista	54
<b>3.5</b>	<b>Población y muestra</b>	<b>55</b>
3.5.1	Población	55
3.5.2	Muestra	56
<b>3.6</b>	<b>Criterios de inclusión y exclusión</b>	<b>57</b>
3.6.1	Criterios de inclusión	57
3.6.2	Criterios de exclusión	58

<b>3.7</b>	<b>Procedimiento para la recolección de Datos</b>	<b>58</b>
3.7.1	Procesamiento y análisis de datos	59
<b>3.8</b>	<b>Consideraciones éticas</b>	<b>61</b>
<b>3.8.</b>	<b>Identificación de categorías</b>	<b>65</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>69</b>
<b>4.1</b>	<b>Presentación de resultados cualitativos</b>	<b>69</b>
<b>4.2</b>	<b>Triangulación de datos</b>	<b>83</b>
<b>4.3</b>	<b>Discusión de resultados</b>	<b>86</b>
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO V PROPUESTA</b>	<b>99</b>
<b>5.1</b>	<b>Fundamentos teóricos, sociales e institucionales de la propuesta</b>	<b>99</b>
<b>5.2</b>	<b>Objetivos de la propuesta</b>	<b>103</b>
5.2.1	Objetivo general	103
5.2.2	Objetivos específicos	103
<b>5.3</b>	<b>Desarrollo de la propuesta</b>	<b>104</b>
5.3.1	Fase I: Diagnóstico y socialización institucional	104
5.3.2	Fase II: Diseño de lineamientos y protocolo internos	105
5.3.3	Fase III: Capacitación y fortalecimiento de capacidades	106
5.3.4	FASE IV: adecuaciones organizativas y físicas	107
5.3.5	FASE V: Seguimiento y evaluación	108
<b>5.4</b>	<b>Metodología de la aplicación</b>	<b>110</b>
5.4.1	Diseño y componentes de la intervención	112
5.4.2	Responsables de la implementación	114
5.4.3	Recursos necesarios	117
<b>5.5</b>	<b>Estrategias de implementación</b>	<b>120</b>
5.4.4	Supervisión y evaluación	123
5.4.5	Indicadores de éxito	125
<b>5.3</b>	<b>Cronograma de implementación del modelo de fortalecimiento</b>	<b>126</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		<b>129</b>

<b>Conclusiones</b>	<b>129</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>130</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>ANEXOS</b>	¡Error! Marcador no definido.

### LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Categorías de la investigación .....	66
<b>Tabla 2</b> Profesionales médicos y administrativos .....	69
<b>Tabla 3</b> Acciones para el seguimiento y evaluación de la propuesta.....	111
<b>Tabla 4</b> Componentes de la propuesta .....	112
<b>Tabla 5</b> Cronograma de la propuesta .....	126

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

**PH:** Parto humanizado.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**WHO:** World Health Organization.

**CNS:** Caja Nacional de Salud.

**SUS:** Sistema Único de Salud.

**H.O. N°2 / Hospital Obrero N°2:** Hospital Obrero número 2.

**MD:** código para médico (ginecólogo/obstetra) en testimonios.

**PA:** código para personal administrativo (testimonios).

**EF:** código para enfermería (testimonios).

**MD1 / PA2 / EF3:** ejemplos de codificación de participantes.

**R2:** residentes R2 de Ginecología y Obstetricia.

**APA 7:** Normas APA, versión 7.

**p.:** página (p. ej., “p.14”).

**et al.:** “y otros” en citas bibliográficas.

**N° / N.º:** “número”.

**–:** guion largo (p. ej., “Ginecología – Obstetricia”).

**/:** “Instrumento / técnica”.

**%:** porcentaje (marcador de progreso visible en el documento).

## RESUMEN

La presente investigación se centra en comprender como el personal médico especialista y el personal administrativo interpretan y valoran la implementación del enfoque de parto humanizado en el servicio de Ginecología del Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, durante la gestión 2025.

Desde una perspectiva cualitativa, el estudio explora los significados que estos actores atribuyen al parto humanizado, sus niveles de conocimiento conceptual y normativo, así como las actitudes, creencias y elementos culturales que influyen en su adopción dentro de la práctica institucional.

El análisis revela que, aunque existe una valoración positiva del enfoque como modelo respetuoso, seguro y centrado en la mujer, su aplicación cotidiana se ve condicionada por factores estructurales, organizacionales y formativos. La cultura institucional del servicio, caracterizada por rutinas biomédicas protocolizadas, la sobrecarga asistencial, la limitada infraestructura y la formación tradicional orientada al control clínico del parto, constituyen elementos que dificultan la incorporación plena de prácticas humanizadas. Asimismo, se identifican diferencias en la comprensión del enfoque entre el personal médico y administrativo, donde el primero lo vincula con decisiones clínicas basadas en evidencia y el segundo con aspectos de gestión, orden y calidad de servicio.

A pesar de estos hallazgos, la investigación no solo describe las percepciones existentes, sino propone lineamientos institucionales orientados a fortalecer progresivamente la implementación del parto humanizado, articulando la práctica clínica con la gestión organizacional. De este modo, el estudio aporta una mirada integral que permite entender que la humanización del parto no depende únicamente de la voluntad individual del personal, sino transformaciones culturales, normativas y estructurales dentro del servicio de salud.

**Palabra clave:** Parto Humanizado, percepciones del personal, Cultura organizacional.

## ABSTRACT

This research focuses on understanding how specialist medical and administrative staff interpret and value the implementation of the humanized childbirth approach in the Gynecology Department of Hospital Obrero No. 2 of the Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba (National Health Fund Regional Cochabamba), during the year 2025.

From a qualitative perspective, the study explores the meanings these stakeholders attribute to the humanized approach, their levels of conceptual and normative knowledge, as well as the attitudes, beliefs, and cultural elements that influence its adoption within institutional practice.

The analysis reveals that, although there is a positive assessment of the approach as a respectful, safe, and woman-centered model, its daily application is conditioned by structural, organizational, and educational factors. The department's institutional culture, characterized by protocol-driven biomedical routines, excessive workload, limited infrastructure, and traditional training focused on the clinical control of childbirth, are elements that hinder the full incorporation of humanized practices. Furthermore, differences were identified in the understanding of the approach between medical and administrative staff, with the former associating it with evidence-based clinical decisions and the latter with aspects of management, order, and quality of service.

Despite these findings, the research not only describes existing perceptions but also proposes institutional guidelines aimed at progressively strengthening the implementation of humanized childbirth, linking clinical practice with organizational management. Thus, the study provides a

comprehensive perspective that allows us to understand that the humanization of childbirth depends not only on the individual will of staff but also on cultural, regulatory, and structural transformations within the healthcare service.

**Keywords:** Humanized Childbirth, staff perceptions, organizational culture.

## 1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los modelos de atención en salud materna han experimentado transformaciones significativas orientadas a garantizar una atención integral, respetuosa y centrada en la persona. En este marco, el enfoque de parto humanizado surge como una alternativa al modelo biomédico tradicional, proponiendo una atención del embarazo, parto y puerperio que reconoce los derechos de la mujer, promueve su participación activa en la toma de decisiones y prioriza el respeto a los procesos fisiológicos del nacimiento. En este enfoque no solo contempla aspectos clínicos, sino también dimensiones emocionales, sociales y culturales, convirtiéndose en un componente clave de las políticas contemporáneas de salud materna.

A nivel internacional y regional, organismos de la salud han impulsado la adopción del parto humanizado como estrategia para mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir prácticas innecesarias o intervencionistas. Sin embargo, la implementación efectiva de este modelo en los servicios hospitalarios depende en gran medida de las percepciones, conocimientos, actitudes y experiencias del personal de salud involucrado en la atención del parto, así como del personal médico administrativo que cumple un rol fundamental en la gestión, organización y sostenibilidad de los servicios. En este sentido, las percepciones del personal médico especialista y del personal administrativo pueden influir positivamente o negativamente en la aplicación real de los principios del parto humanizado dentro de las instituciones de salud.

En el contexto de Bolivia, la Caja Nacional de Salud (CNS) constituye una de las principales Instituciones proveedoras de servicios de salud, atendiendo a una población asegurada

diversa y con alta demanda de atención materno – infantil. El Hospital Obrero N°2 de la Regional Cochabamba, específicamente en el servicio de Ginecología – Obstetricia, representa un escenario relevante para el análisis de la implementación del parto humanizado, debido a su rol estratégico en la atención de mujeres gestantes y parturientas. A pesar de los lineamientos y normativas existentes que promueven una atención humanizada del parto, persisten desafíos relacionados con la cultura Institucional, la formación del personal, la disponibilidad de recursos y las dinámicas organizacionales propias del entorno hospitalario.

Desde la perspectiva cualitativa, explorar las percepciones del personal médico especialista y el personal administrativo permite comprender como estos actores interpretan el concepto de parto humanizado, que significados le atribuyen y como valoran su aplicación en la práctica cotidiana. Asimismo, este tipo de análisis posibilita identificar tensiones, resistencias, limitaciones y oportunidades que inciden en la implementación del modelo, aportando información relevante para el fortalecimiento de las políticas institucionales y la mejora continua de la calidad de atención en salud materna.

Para ello, la presente investigación tiene como propósito explorar las percepciones del personal médico especializado y personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, durante la gestión 202. El estudio busca generar un conocimiento profundo y contextualizado que atribuya a la comprensión de las dinámicas institucionales que influyen en la adopción de este enfoque, sirviendo como base para la reflexión

crítica, la toma de decisiones y el diseño de estrategias orientadas a consolidar una atención obstétrica más humana, respetuosa y centrada en la mujer.

## **1.1 Antecedentes**

La atención del parto humanizado ha adquirido relevancia creciente en los últimos años como respuesta a las demandas de mejorar la calidad de la atención obstétrica y garantizar la protección de los derechos humanos de las mujeres durante el proceso de nacimiento. Este modelo de atención, también denominado “parto respetuoso”, se orienta a reconocer el nacimiento como proceso fisiológico natural, que requiere respeto por la dignidad, autonomía y preferencias de la mujer gestante, así como la participación informada en las decisiones sobre su cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2025).

El parto humanizado no se limita únicamente a aspectos clínicos o técnicos del proceso de alumbramiento, sino que hace énfasis en un enfoque integral que incorpora factores psicológicos, culturales y emocionales de la usuaria, promoviendo prácticas basadas en evidencia científica que priorizan la seguridad, acompañamiento familiar y el trato respetuoso por parte del personal de salud (Lima da Silva et al., 2024). En estudios recientes han demostrado que una atención más humana y respetuosa durante el parto está asociada con mejores resultados perinatales, mayor satisfacción de las mujeres atendidas y una reducción de intervenciones clínicas innecesarias.

A pesar del consenso en torno a los beneficios del enfoque humanizado, la implementación práctica de este modelo en los servicios de salud enfrenta desafíos relevantes. La evidencia que proviene de investigaciones en diferentes contextos muestra que las percepciones de

quienes brindan y gestionan la atención como el personal médico especialista y administrativo influyen de manera significativa en cómo se adoptan y mantienen las prácticas humanizadas en el entorno hospitalario. (Humanized childbirth, 2021 p. 45).

Por ejemplo, un estudio fenomenológico realizado en maternidades en Brasil destacó que los valores y creencias de los profesionales de la salud respecto al parto influyen en su disposición para aplicar cuidado más respetuoso y centrados en la mujer (Humanized childbirth, 2021).

Asimismo, investigaciones sobre la calidad de la atención han señalado que la percepción del personal en torno a la humanización está medida por factores organizacionales, la formación profesional recibida y las condiciones de trabajo.

Además, distintos estudios de carácter académico han documentado que, incluso cuando existen normativas que promueven la atención respetuosa del parto, persisten brechas entre las políticas institucionales y su implementación real. Estas brechas a menudo se expresan a través de percepciones diversas del personal de salud sobre lo que implica humanizar la atención, la importancia relativa de las prácticas humanizadas frente a los procesos clínicos tradicionales y la disponibilidad de recursos y apoyo administrativo para fomentar cambios en la práctica clínica habitual. (Humanized childbirth, 2021 p. 48).

En contextos latinoamericanos, investigaciones cualitativas han explorado las percepciones de las usuarias sobre la atención del parto humanizado, revelando factores que afectan tanto la experiencia de las mujeres como las percepciones del personal sanitario

En el país de Ecuador han identificado que el respeto por las decisiones de las mujeres, la empatía del personal y la información adecuada son componentes centrales de una experiencia del parto humanizado, pero que estos elementos muchas veces no se cumplen de forma consistente en los servicios de salud. Este tipo de hallazgos subraya la necesidad de comprender no solo la perspectiva de las mujeres, sino también de los profesionales que brindan y gestionan los servicios, pues sus percepciones influyen directamente en las prácticas que se implementen.

En Bolivia y particularmente dentro la Institución de la Seguridad Social a Corto Plazo como la Caja Nacional de Salud, existe un interés creciente por fortalecer las prácticas de parto respetuoso e integrarlas en la atención obstétrica habitual. No obstante, se carece de estudios cualitativos que analicen de forma profunda como el personal médico especializado y el personal administrativo perciben y enfrentan la implementación del enfoque humanizado en un hospital de referencia. Esta ausencia de evidencia local limita la capacidad de diseñar estrategias contextualizadas que promueven una atención obstétrica más segura, respetuosa y centrada en los derechos de las mujeres.

En consecuencia, explorar las percepciones del personal médico especialista y personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado, se presenta como una investigación pertinente y necesaria. En este sentido el estudio permitió identificar barreras, facilitadores y necesidades formativas o institucionales que influyen en la aplicación de este enfoque, aportando evidencia valiosa para orientar políticas institucionales, protocolos de atención y procesos de capacitación dirigidos a consolidar prácticas de atención humanizada en el contexto

hospitalario. Así, se contribuye a la mejora de la calidad de la atención materna y al cumplimiento de estándares de respeto, autonomía y dignidad para las mujeres durante el parto.

## **1.2 Problema de investigación**

A pesar de que el enfoque del parto humanizado se ha consolidado como una estrategia de atención centrada en los derechos, la dignidad y la experiencia de la mujer gestante durante el proceso del nacimiento, su implementación efectiva en los servicios de salud continúa presentando desafíos sustanciales. Este modelo, que privilegia la participación activa de la mujer, la información oportuna, el respeto a sus decisiones y la reducción de intervenciones innecesarias, ha promovido por diversas instituciones internacionales como estándar esencial de calidad en la atención obstétrica. (Sosa, 2025 p. 15).

Sin embargo, no basta con que existan marcos conceptuales o políticas internacionales que respalden la atención humanizada; es imprescindible comprender como este enfoque se vive, interpreta y aplica realmente en los hospitales donde se brinda atención directa a las mujeres. La literatura indica que, incluso en contextos con políticas favorables, la percepción del personal de salud respecto a la humanización del parto puede variar considerablemente, influyendo tanto en la práctica clínica como en la gestión de los servicios (Lima da Silva et al., 2024). En muchos casos, las barreras observadas como la falta de preparación del personal, la persistencia de enfoque biomédicos tradicionales o la ausencia de recursos y apoyo institucional repercuten en cómo se traduce la intención de humanizar la atención en acciones concretas dentro de las instituciones de seguridad social a corto plazo.

Es crucial considerar que la percepción del personal médico especialista y del personal administrativo representa un factor determinante en la implementación de prácticas humanizadas. Investigaciones cualitativas han demostrado que en algunos hospitales el personal no se siente preparado para proporcionar atención humanizada ni cuenta con las condiciones organizativas necesarias para hacerlo, lo cual impide limitar la adopción de prácticas respetuosas que favorezcan la autonomía y la satisfacción de las mujeres atendidas.

Además, las revisiones sistemáticas sobre la implementación del parto humanizado en América Latina han evidenciado que, aunque las instituciones de salud han incorporado elementos de este modelo en sus protocolos, persisten desafíos relacionados con la infraestructura, la sobre carga asistencial, la comunicación entre profesionales y la capacidad de adaptación del personal a enfoques centrados en las necesidades de las mujeres (Sosa, 2025 pp. 16-18).

En el contexto de Bolivia, y específicamente dentro de la Caja Nacional de Salud, no existe todavía suficiente evidencia empírica que permita comprender como las percepciones del personal especializado y administrativo influyen en la aplicación del paradigma del parto humanizado en los servicios hospitalarios de referencia. En el contexto del Hospital Obrero N°2 de la Caj Nacional de Salud – Regional Cochabamba, específicamente en el servicio de Ginecología, se evidencia que la atención del parto continúa desarrollándose predominantemente bajo esquemas biomédicos tradicionales, donde las practicas se orientan al cumplimiento de protocolos clínicos y a la resolución rápida del evento obstétrico. Esta situación puede generar tensiones cuando se pretende incorporar lineamientos de parto humanizado que requieren mayor tiempo, adaptación del entorno

físico, apertura a la participación activa de la gestante y los cambios en la dinámica del equipo de salud. En este, escenario, resulta relevante considerar que la implementación del parto humanizado no depende únicamente de normativas o lineamientos institucionales, sino también de las percepciones, creencias, experiencias y valoraciones que el personal médico especialista y personal administrativo poseen respecto a este modelo de atención. Estas percepciones pueden actuar como facilitadores o como barreras que influyen en la posibilidad real de aplicar el enfoque humanizado dentro del servicio.

A pesar de la importancia de este tema, existe escasa información que permita comprender como estos actores institucionales interpretan la implementación del parto humanizado en su propio contexto laboral, cuáles son sus apreciaciones sobre su viabilidad, que dificultades identifican y que elementos consideran necesarios para su fortalecimiento. Esta falta de comprensión limita la posibilidad de diseñar estrategias institucionales ajustadas a la realidad del servicio. Por lo tanto, se plantea la necesidad de explorar las percepciones del personal médico especialista y del personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado en el servicio de Ginecología del Hospital Obrero N<sup>o</sup>2 – Regional Cochabamba durante la gestión, con el fin de identificar los factores que intervienen en su aplicación, reconocer las barreras existentes y generar aportes que contribuyan al fortalecimiento de este enfoque dentro la práctica hospitalaria.

### 1.3 Justificación

La presente investigación, se justifica considerando los ámbitos, institucional, académico, y el ámbito práctico. Esto es gracias a la importancia de la implementación del parto humanizado constituye un elemento esencial para mejorar la calidad de la atención obstétrica, al promover prácticas centradas en los derechos, las necesidades y la autonomía de las mujeres durante el proceso de parto dentro de los servicios de Ginecología–Obstetricia del Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, Regional Cochabamba.

A nivel internacional, investigaciones recientes han señalado que la implementación del parto humanizado puede mejorar considerablemente la experiencia de las mujeres en el proceso de nacimiento, reduciendo intervenciones innecesarias, promoviendo una actitud más empática por parte del personal de salud y fortaleciendo el protagonismo de la mujer en las decisiones sobre la atención obstétrica (Choez Zabala & Cárdenas Heredia, 2023).

No obstante, la evidencia también muestra que el éxito de este enfoque depende en gran medida de cómo es percibido e interpretado por los propios profesionales de la salud y el personal administrativo, quienes desempeñan un papel fundamental en su implementación cotidiana y en la organización de los servicios obstétricos. En este sentido, estudios Internacionales han identificado que las percepciones y significados atribuidos por el personal de salud influyen en las prácticas y

en la aplicación efectiva de políticas de parto humanizado en los Hospitales. (Choez Zabala & Cárdenas Heredia, 2023).

En el contexto boliviano, existe un interés creciente por mejorar la calidad de la atención materno infantil mediante enfoques más respetuosos, culturalmente adaptados y centrados en la mujer. Por ejemplo, iniciativas impulsadas por organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFRA) han promovido diálogos estratégicos sobre el parto respetado en Bolivia, subrayando la importancia de empoderar a las mujeres y prevenir la mortalidad materna mediante practicas humanizadas (UNFRA, 2025). Asimismo, trabajos académicos realizados en Cochabamba han resaltado los beneficios del parto humanizado para la salud materna e infantil, incluyendo apoyo emocional y la atención respetuosa, lo cual indica la pertinencia social del tema en contextos locales de atención obstétrica (Fernández et al., 2021, pp. 18-20).

A pesar de estas iniciativas y hallazgos parciales, en Bolivia aún existe poca evidencia empirica que explore de manera profunda y sistemática como el personal médico especializado y el personal administrativo perciben e interpretan la implementación respecto al parto humanizado dentro del servicio hospitalario de alta complejidad. Esa ausencia de información constituye una brecha de conocimiento significativa, dado que las percepciones institucionales y profesionales pueden influir directamente en la calidad de atención y en la experiencia de las mujeres que asisten a los servicios públicos de salud. Dicha comprensión es esencial, porque sin ella es difícil diseñar estrategias de mejora, programas de capacitación efectivos o políticas institucionales que sean culturalmente sensibles y adecuadas a las necesidades del personal y de las usuarias.

En suma, esta investigación no solo responde a una necesidad académica y científica, sino también tiene un impacto social y sanitario significativo, al contribuir a mejorar la atención materna en Bolivia mediante la comprensión de factores humanos, organizativos y profesionales que determinen la implementación del parto humanizado en el hospital Obrero N°2.

#### **1.4 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la percepción de los profesionales especialistas y del personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud, Regional Cochabamba durante la gestión 2025?

#### **1.5 Objetivos**

##### **1.5.1 Objetivo general**

Analizar la percepción de los profesionales especialistas y del personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado en el Servicio de Ginecología–Obstetricia del Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud, Regional Cochabamba durante la gestión 2025.

##### **1.5.2 Objetivos específicos**

- 1 Examinar los elementos culturales relacionados al parto humanizado desde la perspectiva del personal médico especialista y administradores.

- 2 Estudiar los conocimientos, actitudes y creencias del personal médico y administrativo respecto a la implementación del parto humanizado
- 3 Indagar las principales barreras y facilitadores percibidos por el personal médico y administrativo respecto a la implementación del parto humanizado
- 4 Establecer lineamientos orientados para el fortalecimiento de la implementación del parto humanizado, a partir de las percepciones del personal médico especialista y administrativo.

### **1.6 Postulado cualitativo**

La investigación se apoya a un conjunto de planteamientos orientados que permiten comprender las percepciones del personal médico especialista y el personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Obrero N°2 – regional Cochabamba, durante la gestión 2025. Dichos planteamientos funcionan como referentes interpretativos propios de un estudio cualitativo.

1ra postulado., las prácticas y la aplicación del parto humanizado se encuentra condicionadas por factores culturales presentes en la Institución y en la formación profesional del personal médico especialista y personal administrativo, los cuales influyen en la manera en que este enfoque es comprendido y valorado.

2do postulado., el nivel de conocimiento, así como las actitudes y creencias del personal médico y administrativo, incide en la aceptación y en la puesta en práctica del parto humanizado dentro del servicio de ginecología – Obstetricia.

3er postulado., la implementación del parto humanizado se ve afectada por la presencia de diversas barreras y facilitadores percibidos por el personal médico especialista y administrativo, relacionados con aspectos organizativos, normativos formativos y operativos del servicio de salud.

4to postulado., el análisis de las percepciones del personal médico especialista y administrativo constituye el insumo fundamental para la formulación de lineamientos orientados a fortalecer la implementación del parto humanizado en el contexto institucional del Hospital Obrero N°2.

## **1.7 Contribución al estado del conocimiento**

La presente investigación aporta a la temática de estudio con la profundización del análisis de las percepciones del personal médico especialista y del personal administrativo, actores que desempeñan un rol clave en la implementación de este modelo de atención, pero que sido abordados de manera limitada en estudios previos. A diferencia de investigaciones centradas predominantemente en la experiencia de las mujeres usuarias o en la evaluación de resultados clínicos, este estudio se enfoca en comprender los significados, interpretaciones y valoraciones del personal de salud atribuye al parto humanizado dentro de un contexto institucional específico.

En relación con el primer objetivo específico, la investigación contribuye al conocimiento existente al examinar los elementos culturales que influyen en la comprensión y práctica del parto humanizado desde la perspectiva del personal médico especialista y administrativo. Este abordaje permite identificar como las tradiciones profesionales, los valores institucionales y las prácticas históricamente arraigadas inciden en la aceptación o resistencia frente a este enfoque, ampliando así la comprensión de los factores socioculturales que condicionan su implementación.

Respecto al segundo objetivo, el estudio enriquece el estado del arte al analizar los conocimientos, actitudes y creencias del personal médico y administrativo en torno al parto humanizado. Esta contribución resulta relevante, ya que permite viabilizar las diferencias y coincidencias entre ambos grupos ocupacionales, así como su efecto en la forma en que se ejecutan las políticas y lineamientos relacionados con la humanización de la atención del parto.

En concordancia con el tercer objetivo, la investigación aporta evidencia cualitativa sobre las barreras y facilitadores percibidos por el personal de salud para la efectividad del parto humanizado. Este análisis permite ampliar la literatura existente al identificar obstáculos de carácter Institucional, organizativo y normativo, así como factores que favorecen su aplicación, ofreciendo una mirada contextualizada que contempla estudios previos de alcance más general.

Finalmente, en relación al cuarto objetivo, el estudio contribuye al estado de arte al generar evidencia analítica que sustentan la formulación de lineamientos orientados al fortalecimiento de la implementación del parto humanizado. Estos aportes se basan en las percepciones del personal médico especialista y administrativo, lo que permite vincular el conocimiento teórico con

propuestas aplicables al contexto institucional del Hospital Obrero N°2, fortaleciendo el enfoque de mejora continua en los servicios de salud.

## **1.8 Organización de la Tesis**

La investigación actual se articula en cinco capítulos, estos se organizaron lógicamente y secuencialmente, esto busca facilitar la comprensión del proceso de investigación y el cumplimiento de los objetivos definidos.

**En el Capítulo I:** Introducción, antecedentes, Problema de investigación, Justificación, Pregunta de Investigación, Objetivos de la investigación, contribución al estado de arte. Este capítulo provee el contexto del estudio, para delimitar la problemática y establecer las bases tanto teóricas y metodológicas que dirigen la investigación.

**El Capítulo II:** Marco teórico y contextual, explora las principales perspectivas conceptuales y teóricas que apoyan la investigación. Se abordó, conceptos fundamentales como el marco Normativo en Salud en Bolivia y situación de las percepciones del personal médico especializado y administrativo respecto a la implementación al parto humanizado.

De la misma manera se presenta el armazón conceptual y el marco jurídico que sustenta el análisis desde una perspectiva regulatoria y contextual.

**En el Capítulo III:** Marco metodológico mismo que se expone el enfoque el tipo y diseño de la indagación, aunado a la población y la muestra, las técnicas y los artefactos de obtención de datos, y el esquema de examen de los datos. Ese capítulo pormenoriza el protocolo metodológico aplicado, con la finalidad de satisfacer las metas planteadas, lo que a su vez avala el rigor científico del estudio.

**El Capítulo IV:** Análisis y discusión de resultados. Presenta el análisis de los resultados de la aplicación de la guía de entrevista, se presenta los resultados de la descripción cualitativa y la triangulación de datos.

**Por último, el Capítulo V.** Propuesta. Se describe los objetivos, la planificación, metodología de aplicación, diseño componentes de intervención, responsable de su implementación, recursos necesarios, estrategias de implementación, supervisión y evaluación, finalmente cronograma de las actividades.

**Conclusiones y Recomendaciones.** Referencias a la descripción de las conclusiones como consecuencia de los resultados obtenidos en correspondencia los objetivos específicos y finalmente se describen las recomendaciones.

Sección de referencias y anexos. Incluye la bibliografía consultada bajo normas APA Versión 7, la guía de observación de cumplimiento de estándares y fotografías del proceso de investigación.

## **2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL**

### **2.1 Marco teórico**

#### **2.1.1 Enfoque del parto humanizado**

##### *2.1.1.1 Conceptualización del parto humanizado*

El parto humanizado se entiende como una atención obstétrica integral, reconociendo a la futura mamá como una protagonista con sus derechos, poniendo primero el respeto a su dignidad, autonomía y todas sus necesidades emocionales, sociales, y culturales durante el embarazo, parto, y posparto. Este enfoque es una respuesta a los viejos modelos de atención médica, aquellos con mucha medicina en el parto y las decisiones en las manos del personal médico, dejando a un lado la experiencia y participación de la mujer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Viendo lo de ahora, el parto humanizado no es solo menos intervenciones médicas innecesarias, también incluye aspectos relacionales y psicosociales en el cuidado. Esto significa información clara y oportuna, un consentimiento bien entendido, acompañamiento siempre, respetar los tiempos del cuerpo y tomar en cuenta lo que ella quiere, cosas que hacen que el parto sea algo bueno y seguro (Bohren et al., 2021).

Distintos estudiosos están de acuerdo; El parto humanizado marca una transformación clave en el cuidado obstétrico, moviendo la atención del enfoque en riesgos y control médico a uno que valora a la mujer y su completo bienestar. Este cambio de mentalidad

reconoce que el parto es un acontecimiento biológico, social y emocional, necesitando atención integral que abarque lo médico, psicológico y social (Diniz et al., 2020).

#### *2.1.1.2 Principios y fundamentos del parto humanizado*

El enfoque del parto humanizado se sustenta en un conjunto de principios orientados a garantizar una atención centrada en la mujer, basada en el respeto a sus derechos, su dignidad y su autonomía. Uno de los principios fundamentales es el reconocimiento de la mujer gestante como protagonista del proceso de parto, con capacidad para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su atención, lo que implica el respeto a sus preferencias, valores culturales y necesidades emocionales durante el embarazo, el parto y el puerperio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Otro principio central del parto humanizado es el respeto por la fisiología del parto, promoviendo el desarrollo natural del proceso reproductivo y evitando intervenciones médicas innecesarias que no cuenten con justificación clínica. Este principio se fundamenta en evidencia científica que demuestra que la medicalización excesiva puede incrementar riesgos maternos y neonatales, así como generar experiencias negativas en las mujeres, afectando su bienestar emocional y su percepción de seguridad durante la atención obstétrica (Bohren et al., 2021).

El acceso a información clara, oportuna y comprensible constituye un fundamento esencial del parto humanizado. La comunicación efectiva entre el personal de salud y la mujer gestante permite fortalecer el consentimiento informado, reducir la ansiedad, fomentar la confianza y promover una participación activa en la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, el proceso de información no debe limitarse a aspectos clínicos, sino

incorporar dimensiones sociales, emocionales y culturales del proceso reproductivo (WHO, 2021).

El acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto es otro principio clave del enfoque humanizado. La evidencia científica señala que la presencia de una persona de confianza elegida por la mujer contribuye a disminuir el estrés, reducir la duración del trabajo de parto, mejorar la experiencia subjetiva del nacimiento y fortalecer el vínculo temprano madre–recién nacido. Este principio refuerza la necesidad de adecuar las normas institucionales para garantizar entornos hospitalarios más humanizados y seguros (Bohren et al., 2021).

### *2.1.1.3 Prácticas clínicas y sociales del parto humanizado*

Las prácticas clínicas y sociales del parto humanizado se orientan a garantizar una atención obstétrica centrada en la mujer, basada en la evidencia científica, el respeto a los derechos humanos y la consideración integral de las dimensiones biopsicosociales del proceso reproductivo. Estas prácticas buscan transformar la atención tradicional del parto, incorporando acciones que promuevan la autonomía, la participación informada y el bienestar emocional de la mujer gestante, sin descuidar la seguridad materna y neonatal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Desde el ámbito clínico, el parto humanizado promueve la reducción de intervenciones innecesarias, como el uso rutinario de oxitocina, la episiotomía sistemática o la restricción de la movilidad durante el trabajo de parto, priorizando el respeto por los tiempos fisiológicos del cuerpo de la mujer. Asimismo, se fomenta la libertad de posición durante el parto, el contacto piel con piel inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna,

prácticas respaldadas por la evidencia científica por sus beneficios en la salud física y emocional de la madre y el recién nacido (WHO, 2021, p.12).

En el ámbito social, el parto humanizado incorpora prácticas orientadas al acompañamiento continuo de la mujer por una persona de su elección, reconociendo la importancia del apoyo emocional y afectivo durante el proceso del parto. Este acompañamiento contribuye a disminuir la ansiedad, el miedo y la percepción de dolor, además de fortalecer el sentido de seguridad y confianza de la mujer dentro del entorno hospitalario. La adecuación de las normas institucionales para permitir esta práctica constituye un componente clave de la humanización de la atención (Bohren et al., 2021).

La comunicación efectiva y el consentimiento informado representan prácticas transversales del parto humanizado. Estas implican brindar información clara, comprensible y oportuna sobre los procedimientos, alternativas y posibles riesgos, permitiendo que la mujer participe activamente en la toma de decisiones. La ausencia de estas prácticas ha sido identificada como una de las principales fuentes de insatisfacción y conflicto en la atención obstétrica, por lo que su fortalecimiento resulta fundamental para la seguridad hospitalaria y la calidad de atención (Castro & Erviti, 2021, p.34).

#### *2.1.1.4 Beneficios del parto humanizado en la salud materna y neonatal*

La implementación del enfoque de parto humanizado genera beneficios significativos en la salud materna, al favorecer una experiencia de parto positiva, segura y respetuosa de los derechos de la mujer. Diversos estudios recientes evidencian que las prácticas humanizadas contribuyen a la reducción de la ansiedad, el miedo y el estrés durante el trabajo de parto, factores

que inciden directamente en el bienestar emocional de la mujer y en el desarrollo fisiológico adecuado del proceso reproductivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Desde el punto de vista clínico, el parto humanizado se asocia con una disminución de intervenciones obstétricas innecesarias, tales como cesáreas no indicadas, episiotomías rutinarias y uso excesivo de fármacos. La evidencia científica demuestra que el respeto por la fisiología del parto y la participación activa de la mujer reducen el riesgo de complicaciones maternas, acortan el tiempo de recuperación posparto y disminuyen la probabilidad de eventos adversos relacionados con la atención obstétrica (WHO, 2021, p.14).

En relación con la salud neonatal, los beneficios del parto humanizado incluyen una mejor adaptación del recién nacido al entorno extrauterino, favorecida por prácticas como el contacto piel con piel inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna. Estas prácticas fortalecen el vínculo afectivo madre-hijo, regulan la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca del neonato, y contribuyen a la prevención de infecciones, aspectos fundamentales para la seguridad y el desarrollo integral del recién nacido (Bohren et al., 2021).

## **2.1.2 Modelos de Atención del Parto**

### *2.1.2.1 Comparación entre el modelo médico-hegemónico y el parto humanizado*

La atención del parto en los servicios de salud ha estado históricamente influenciada por el modelo médico-hegemónico, el cual se sustenta en una visión biomédica centrada en el control del riesgo, la intervención técnica y la estandarización de los procedimientos clínicos. Este modelo concibe el parto principalmente como un evento potencialmente

patológico, lo que justifica la aplicación rutinaria de intervenciones médicas, aun cuando no siempre exista una indicación clínica clara (Miller et al., 2021, p.8).

Desde esta perspectiva, el rol protagónico suele recaer en el personal médico especialista, mientras que la mujer gestante adopta una posición pasiva dentro del proceso de atención. Diversos estudios han señalado que este enfoque puede limitar la autonomía de las mujeres, reducir su participación en la toma de decisiones y generar experiencias de atención percibidas como impersonales o deshumanizadas (Bohren et al., 2019). Asimismo, la rigidez de los protocolos y la organización hospitalaria tienden a priorizar la eficiencia institucional por sobre las necesidades emocionales, culturales y sociales de las usuarias.

En contraste, el modelo de parto humanizado propone una atención centrada en la mujer, reconociendo el parto como un proceso fisiológico, social y cultural. Este enfoque promueve el respeto a los derechos humanos, la autonomía, la toma de decisiones informadas y la adecuación de las intervenciones médicas únicamente cuando son clínicamente necesarias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El parto humanizado enfatiza la importancia de la comunicación empática, el acompañamiento continuo, la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto, así como el respeto a los tiempos fisiológicos del nacimiento.

Desde el punto de vista institucional, el parto humanizado no implica la negación del conocimiento científico ni del rol del personal de salud, sino una reorientación de la práctica clínica hacia un equilibrio entre seguridad biomédica y respeto por la experiencia de la mujer. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) destaca que la humanización de la atención del parto constituye un componente clave para mejorar la calidad de los servicios de salud y reducir prácticas asociadas a la violencia obstétrica.

La comparación entre ambos modelos evidencia diferencias sustanciales en la concepción del parto, en la relación entre el personal de salud y las usuarias, y en la forma en que se organizan los servicios. Mientras el modelo médico-hegemónico privilegia el control técnico y la

intervención, el parto humanizado se orienta hacia una atención integral, respetuosa y centrada en las personas.

### **2.1.3 Percepciones en el contexto de salud**

#### *2.1.3.1 Conceptualización de la percepción desde las ciencias sociales y de la salud*

La percepción es un proceso complejo de carácter cognitivo, social y cultural mediante el cual los individuos interpretan la realidad, atribuyen significados a los fenómenos que experimentan y construyen juicios que orientan su comportamiento. En el ámbito de las ciencias de la salud, la percepción no se limita a una reacción individual ante un estímulo, sino que se configura a partir de la interacción entre experiencias previas, conocimientos adquiridos, creencias personales y contextos organizacionales (Flick, 2020).

Desde una perspectiva cualitativa, la percepción se entiende como una construcción subjetiva que refleja cómo los actores sociales comprenden y valoran determinadas prácticas dentro de su entorno laboral. En los servicios de salud, las percepciones del personal médico especialista y administrativo influyen directamente en la manera en que se interpretan las políticas institucionales, los modelos de atención y los procesos de cambio organizacional (Greenhalgh et al., 2023).

#### *2.1.3.2 Importancia de las percepciones en la adopción de nuevas prácticas en salud*

La adopción de nuevas prácticas en los sistemas de salud no depende exclusivamente de la evidencia científica que las respalda, sino también de cómo estas son percibidas por los actores responsables de su implementación. Estudios en el campo de la ciencia de la implementación han demostrado que las percepciones del personal de salud constituyen un factor determinante en el éxito o fracaso de las innovaciones sanitarias (Nilsen & Bernhardsson, 2019).

Cuando una práctica es percibida como compatible con los valores profesionales, coherente con la cultura institucional y beneficiosa para los pacientes, existe mayor probabilidad de que sea incorporada en la práctica cotidiana. Por el contrario, percepciones asociadas a un aumento de la carga laboral, pérdida de control profesional, riesgo legal o ambigüedad normativa pueden generar resistencia al cambio, incluso frente a intervenciones respaldadas por evidencia sólida (Greenhalgh et al., 2023 p. 45).

En el caso del parto humanizado, las percepciones del personal médico especialista y administrativo resultan especialmente relevantes, ya que este enfoque cuestiona prácticas tradicionales arraigadas en el modelo biomédico hegemónico. Por ello, comprender cómo el personal interpreta este modelo, qué significados le atribuye y qué expectativas o temores genera es fundamental para analizar su implementación en contextos hospitalarios.

En este sentido, explorar las percepciones permite acceder a los significados que el personal atribuye a la implementación de nuevas prácticas, más allá de su conocimiento técnico o normativo. La percepción actúa como un filtro a través del cual se evalúa la pertinencia, viabilidad y legitimidad de los cambios propuestos, condicionando su aceptación o resistencia dentro de la institución.

#### **2.1.4 Cultura organizacional y su influencia en las percepciones del personal de salud**

La cultura organizacional se define como el conjunto de valores, normas, creencias, símbolos y prácticas compartidas que orientan el comportamiento de los miembros de una institución. En los servicios de salud, la cultura organizacional influye de manera decisiva en la forma en que el personal percibe los modelos de atención, las relaciones jerárquicas y los procesos de toma de decisiones (Schein, 2019).

En hospitales públicos y de seguridad social, la cultura organizacional suele estar marcada por una fuerte jerarquización profesional, predominio del enfoque biomédico y énfasis en la eficiencia operativa. Estas características pueden influir en percepciones que privilegian el control clínico y la estandarización de procedimientos, dificultando la incorporación de enfoques centrados en la persona, como el parto humanizado (Mannion & Davies, 2021).

No obstante, la literatura también señala que las culturas organizacionales no son estáticas. La presencia de liderazgos comprometidos, procesos de capacitación y espacios de reflexión colectiva puede favorecer transformaciones culturales que promuevan percepciones más positivas hacia modelos de atención humanizados. En este contexto, el análisis de la cultura organizacional permite comprender cómo se construyen colectivamente las percepciones del personal médico y administrativo frente a la implementación de nuevas prácticas.

#### *2.1.4.1 El conocimiento como determinante de las percepciones en salud*

El conocimiento constituye un factor clave en la construcción de percepciones sobre nuevas prácticas en salud. La comprensión adecuada de los fundamentos teóricos, éticos y científicos de un modelo de atención influye directamente en la forma en que este es valorado por el personal de salud (Miller et al., 2021).

La literatura señala que la falta de capacitación específica y la limitada difusión de información basada en evidencia pueden dar lugar a percepciones erróneas o parciales sobre el parto humanizado, asociándolo exclusivamente a prácticas alternativas o no institucionales. Por el contrario, procesos de formación continua y actualización profesional favorecen percepciones más informadas y actitudes más favorables hacia la implementación de este enfoque (OPS, 2023).

En este sentido, el análisis del conocimiento del personal médico y administrativo permite identificar brechas formativas que inciden en sus percepciones y en su disposición a adoptar modelos de atención humanizados dentro de la institución.

#### *2.1.4.2 Creencias personales y profesionales del personal de salud*

Las creencias personales y profesionales constituyen otro componente central en la configuración de las percepciones del personal de salud. Estas creencias se forman a lo largo del proceso de socialización profesional y están influenciadas por la formación académica, la experiencia clínica y las normas implícitas del entorno laboral (Braithwaite et al., 2020).

En relación con el parto humanizado, algunas creencias del personal médico especialista pueden asociar este enfoque con una menor seguridad clínica o con la pérdida de autoridad profesional, especialmente en contextos donde la intervención médica ha sido históricamente valorada como sinónimo de calidad asistencial. En el personal administrativo, las creencias pueden estar vinculadas a la gestión de recursos, el cumplimiento de normativas y la percepción de viabilidad organizacional del modelo (Vedam et al., 2020).

Estas creencias influyen en la manera en que el personal interpreta las directrices institucionales y en su disposición a modificar prácticas establecidas. Por ello, analizar las creencias permite identificar los significados profundos que subyacen a las percepciones expresadas por los actores involucrados en la atención del parto.

#### *2.1.4.3 Interrelación entre cultura organizacional, creencias y conocimiento en la construcción de percepciones*

Las percepciones del personal de salud emergen de la interacción dinámica entre cultura organizacional, creencias personales y nivel de conocimiento. Estos elementos conforman un marco interpretativo que orienta la manera en que los actores evalúan y responden a los procesos de cambio institucional (Nilsen & Bernhardsson, 2019).

En el contexto del parto humanizado, esta interrelación resulta particularmente relevante, ya que la implementación del modelo implica transformaciones en la práctica clínica, en las relaciones de poder y en la organización del trabajo. Comprender cómo estos factores se articulan en las percepciones del personal médico especialista y administrativo permite generar evidencia contextualizada que contribuya al diseño de estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento de la atención humanizada.

## **2.1.5 Cultura Organizacional y Cambio en Salud**

### *2.1.5.1 Cultura organizacional en las instituciones de salud*

La cultura organizacional se refiere al conjunto de valores, creencias, normas, prácticas y significados compartidos que orientan el comportamiento de los miembros de una organización. En el ámbito de la salud, la cultura organizacional adquiere particular relevancia debido a la complejidad de los procesos asistenciales, la alta especialización profesional y la presencia de estructuras jerárquicas consolidadas (Schein, 2019).

En los hospitales y servicios de salud, la cultura institucional influye en la forma en que se toman decisiones, se gestionan los recursos, se establecen relaciones interprofesionales y se implementan modelos de atención. Esta cultura suele estar marcada por el predominio del modelo biomédico, la centralidad del saber médico especializado y la orientación hacia la eficiencia técnica y el control del riesgo clínico, lo que puede condicionar la apertura a enfoques innovadores centrados en la persona (Mannion & Davies, 2021, p.66).

Desde esta perspectiva, la cultura organizacional no solo define “cómo se hacen las cosas” dentro de una institución, sino también “por qué se hacen de esa manera”, influyendo directamente en las percepciones, actitudes y prácticas del personal médico y administrativo frente a los procesos de cambio.

### *2.1.5.2 Impacto de la cultura institucional en la implementación de innovaciones en salud*

La implementación de innovaciones en los sistemas de salud —entendidas como nuevas prácticas, modelos de atención o enfoques organizacionales— depende en gran medida de la cultura institucional en la que se insertan. Diversos estudios han demostrado que una cultura organizacional rígida, jerárquica y centrada exclusivamente en el control técnico puede dificultar la adopción de innovaciones, incluso cuando estas cuentan con respaldo normativo y evidencia científica (Braithwaite et al., 2020).

En el contexto de la atención obstétrica, la implementación del parto humanizado representa una innovación que cuestiona prácticas históricamente institucionalizadas. La literatura señala que, cuando la cultura organizacional prioriza la estandarización, la autoridad profesional vertical y la rapidez en la atención, pueden surgir tensiones con los principios del enfoque humanizado, como la autonomía de la mujer, el respeto a los tiempos fisiológicos y la toma de decisiones compartida (Miller et al., 2021).

Por el contrario, culturas organizacionales que promueven valores como el trabajo interdisciplinario, la atención centrada en la persona, la comunicación horizontal y la mejora continua tienden a generar entornos más favorables para la implementación de innovaciones en salud. En estos contextos, el personal percibe las nuevas prácticas como coherentes con los valores institucionales, lo que facilita su adopción y sostenibilidad (Greenhalgh et al., 2023).

### *2.1.5.3 Resistencia al cambio en los servicios de salud*

La resistencia al cambio es un fenómeno frecuente en las organizaciones de salud y se manifiesta a través de actitudes, comportamientos o discursos que buscan mantener prácticas establecidas frente a la introducción de nuevas formas de trabajo. Esta resistencia no debe interpretarse únicamente como oposición individual, sino como una respuesta compleja influida por factores personales, profesionales y organizacionales (Nilsen & Bernhardsson, 2019).

En el personal de salud, la resistencia al cambio puede estar asociada a percepciones de amenaza a la identidad profesional, temor a la pérdida de autonomía, aumento de la carga laboral o incertidumbre respecto a las consecuencias legales y clínicas de las innovaciones. En el caso del parto humanizado, algunos profesionales pueden percibir este enfoque como una pérdida de control del proceso obstétrico o como una práctica incompatible con la seguridad clínica, especialmente en entornos de alta demanda asistencial (Vedam et al., 2020, p. 12).

Asimismo, la resistencia puede verse reforzada por experiencias previas de implementación fallida, falta de recursos, escasa participación del personal en la toma de decisiones y ausencia de liderazgo institucional claro. Estos factores contribuyen a consolidar percepciones negativas que dificultan los procesos de cambio organizacional.

#### *2.1.5.4 Estrategias para la gestión del cambio en instituciones de salud*

La literatura sobre gestión del cambio en salud destaca la importancia de abordar la resistencia desde una perspectiva integral, reconociendo el papel central de la cultura organizacional y las percepciones del personal. Entre las estrategias más relevantes se encuentra la promoción de liderazgos transformacionales, capaces de generar confianza, comunicar claramente los objetivos del cambio y fomentar la participación activa del personal en el proceso (Braithwaite et al., 2020).

Otra estrategia clave es la capacitación continua y contextualizada, orientada no solo a la adquisición de conocimientos técnicos, sino también a la reflexión sobre valores, creencias y prácticas profesionales. En el caso del parto humanizado, la formación del personal médico y administrativo permite desmitificar creencias erróneas, fortalecer la comprensión del enfoque y generar actitudes más favorables hacia su implementación (Miller et al., 2021).

Asimismo, la inclusión del personal en los procesos de planificación y evaluación de las innovaciones contribuye a reducir la resistencia al cambio, al favorecer el sentido de pertenencia y la apropiación de las nuevas prácticas. La literatura también subraya la importancia de adecuar las innovaciones al contexto institucional, considerando las condiciones reales de infraestructura, recursos humanos y organización del trabajo (Greenhalgh et al., 2023).

En conjunto, estas estrategias permiten gestionar la resistencia al cambio de manera constructiva, favoreciendo la transformación gradual de la cultura organizacional y la sostenibilidad de las innovaciones en los servicios de salud.

## **2.1.6 Rol del Personal Médico Especialista en la Implementación del Parto Humanizado**

### *2.1.6.1 Funciones del personal médico especialista en el contexto del parto humanizado*

El personal médico especialista en ginecología y obstetricia desempeña un rol central en la atención del embarazo, parto y puerperio dentro de los servicios hospitalarios. Sus funciones abarcan la evaluación clínica, el seguimiento del proceso fisiológico del parto, la identificación oportuna de riesgos y la toma de decisiones ante posibles complicaciones. En este marco, el parto humanizado plantea una redefinición parcial de estas funciones, al proponer un enfoque que combina la seguridad clínica con el respeto a los derechos, la autonomía y las decisiones informadas de la mujer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Desde el enfoque humanizado, el rol del médico especialista no se limita al control técnico del proceso obstétrico, sino que incorpora prácticas orientadas a la comunicación empática, el acompañamiento respetuoso, la reducción de intervenciones innecesarias y el trabajo interdisciplinario. Esta ampliación del rol profesional exige una adaptación de las prácticas clínicas tradicionales y una mayor disposición a compartir decisiones con la usuaria y el equipo de salud, lo que puede generar tensiones en contextos institucionales donde predomina el modelo médico-hegemónico (Miller et al., 2021).

### *2.1.6.2 Formación profesional y adopción de prácticas de parto humanizado*

La formación del personal médico especialista constituye un factor determinante en la adopción o resistencia a las prácticas de parto humanizado. Diversos estudios señalan que la educación médica tradicional ha estado históricamente orientada hacia un modelo biomédico, intervencionista y centrado en la patología, donde el parto es concebido principalmente como un evento de riesgo que requiere control técnico constante (Sadler et al., 2019).

Esta formación influye en las percepciones del personal médico respecto al parto humanizado, ya que algunos profesionales pueden interpretarlo como una práctica carente de rigor científico o como una amenaza a la seguridad materna y neonatal. La limitada inclusión de contenidos sobre derechos reproductivos, enfoque intercultural, comunicación y atención centrada en la persona durante la formación de pregrado y especialización contribuye a la persistencia de estas percepciones (Bohren et al., 2019).

No obstante, la evidencia indica que los procesos de capacitación continua, especialmente aquellos basados en evidencia científica y experiencias prácticas contextualizadas, favorecen una mayor aceptación del parto humanizado por parte del personal médico. La formación orientada al desarrollo de competencias clínicas, éticas y relacionales permite resignificar el rol del especialista, integrando la seguridad clínica con el respeto a la experiencia subjetiva de la mujer durante el parto (OMS, 2018).

### *2.1.6.3 Desafíos en la adopción del parto humanizado por el personal médico especialista*

La adopción del parto humanizado implica diversos desafíos para el personal médico especialista, particularmente en hospitales públicos caracterizados por alta demanda asistencial y limitaciones estructurales. Entre los principales desafíos se encuentran la presión por cumplir protocolos rígidos, la escasez de recursos humanos, la falta de infraestructura adecuada y la necesidad de atender múltiples partos de manera simultánea (Mannion & Davies, 2021).

Asimismo, el parto humanizado exige mayor tiempo de acompañamiento y seguimiento individualizado, lo que puede entrar en conflicto con la lógica de productividad y eficiencia que predomina en muchos servicios de salud. Esta situación puede generar percepciones negativas en el personal médico, quienes pueden considerar que el enfoque humanizado incrementa la carga laboral sin ofrecer beneficios institucionales claros (Vedam et al., 2020).

A ello se suma la ausencia de lineamientos institucionales claros o el desconocimiento de normativas nacionales e internacionales que respaldan el parto humanizado, lo que limita su implementación efectiva y refuerza prácticas tradicionales centradas en el control médico del proceso

#### *2.1.6.4 Impacto de la sobrecarga laboral en la práctica del parto humanizado*

La sobrecarga laboral del personal médico especialista constituye un factor crítico que condiciona la implementación del parto humanizado. La literatura señala que la alta demanda asistencial, los turnos prolongados y la insuficiencia de personal influyen negativamente en la calidad de la atención y en la disposición del personal a adoptar enfoques centrados en la persona (Dyrbye et al., 2020).

En contextos de sobrecarga laboral, el personal médico tiende a priorizar intervenciones que permitan acelerar el proceso del parto, lo que puede traducirse en prácticas rutinarias no siempre justificadas clínicamente, como la inducción del parto o el uso excesivo de procedimientos invasivos. Estas prácticas se contraponen a los principios del parto humanizado, que promueven el respeto a los tiempos fisiológicos y la reducción de intervenciones innecesarias (Miller et al., 2021).

Además, la sobrecarga laboral puede afectar el bienestar emocional del personal médico, generando estrés, agotamiento profesional y actitudes defensivas frente a nuevas prácticas. En este escenario, el parto humanizado puede ser percibido como una exigencia adicional más que como una oportunidad de mejora de la atención, lo que refuerza la resistencia al cambio.

#### *2.1.6.5 Formación tradicional y reproducción del modelo médico-hegemónico*

La persistencia del modelo médico-hegemónico en la atención del parto está estrechamente vinculada a la formación tradicional del personal médico especialista. Este modelo se caracteriza por la centralidad del saber médico, la jerarquización de roles y la subordinación de la experiencia de la mujer al criterio clínico del profesional (Sadler et al., 2019).

Desde esta lógica, el parto es concebido como un proceso que debe ser dirigido y controlado por el especialista, lo que limita la participación activa de la mujer y dificulta la implementación de prácticas humanizadas. La formación tradicional refuerza estas concepciones, reproduciendo prácticas institucionalizadas que se mantienen incluso cuando existen evidencias que respaldan enfoques alternativos (Bohren et al., 2019, p.40).

En este sentido, explorar las percepciones del personal médico especialista resulta fundamental para comprender cómo la formación profesional, la experiencia laboral y el contexto institucional influyen en la adopción o resistencia al parto humanizado, permitiendo identificar oportunidades para el fortalecimiento de la implementación de este enfoque en los servicios de salud.

## **2.1.2 Rol del Personal Administrativo en la Implementación del Parto Humanizado**

### *2.1.2.1 Importancia del apoyo administrativo en la gestión de recursos, infraestructura y políticas*

El personal administrativo en los servicios de salud cumple un papel estratégico en la planificación, organización y sostenibilidad de los modelos de atención, incluyendo la implementación del parto humanizado. Si bien este enfoque se materializa principalmente en la práctica clínica, su viabilidad depende en gran medida de decisiones administrativas relacionadas con la asignación de recursos humanos, financieros y materiales, así como del diseño de políticas internas que orienten la atención obstétrica (World Health Organization [WHO], 2020).

Desde una perspectiva de gestión, el parto humanizado requiere condiciones institucionales específicas, tales como infraestructura adecuada que garantice privacidad, espacios que permitan la libre movilidad de la mujer, disponibilidad de insumos básicos y personal suficiente para asegurar un acompañamiento continuo durante el trabajo de parto. En este contexto, el personal administrativo actúa como mediador entre las políticas institucionales y las necesidades operativas del servicio clínico, facilitando o limitando la implementación efectiva de este modelo de atención (OPS, 2023).

Asimismo, la formulación y actualización de normativas internas, protocolos y lineamientos institucionales relacionados con la atención humanizada del parto dependen en gran medida del compromiso de los niveles administrativos. La evidencia indica que las instituciones de salud que cuentan con políticas claras y respaldo administrativo presentan mayores niveles de adherencia a prácticas respetuosas y centradas en la persona, lo que refuerza la importancia del rol administrativo como agente de cambio organizacional (Mannion & Davies, 2021).

### *2.1.2.2 El personal administrativo como actor clave en la gobernanza y el cambio organizacional*

La implementación del parto humanizado implica un proceso de cambio organizacional que trasciende la esfera clínica, involucrando transformaciones en la cultura institucional, los estilos de liderazgo y los mecanismos de evaluación del desempeño. En este proceso, el personal administrativo desempeña un rol fundamental en la gobernanza de los servicios de salud, al establecer prioridades, definir indicadores de calidad y promover prácticas alineadas con los principios de atención centrada en la persona (Braithwaite et al., 2020).

Desde la teoría de la gestión del cambio, se reconoce que las innovaciones en salud requieren liderazgo administrativo, comunicación efectiva y participación de los distintos actores institucionales. El respaldo del personal administrativo puede reducir la resistencia al cambio por parte del personal clínico, al generar condiciones estructurales que faciliten la adopción de nuevas prácticas y al legitimar el parto humanizado como un objetivo institucional y no solo como una iniciativa individual (WHO, 2020).

En este sentido, la ausencia de apoyo administrativo suele traducirse en iniciativas fragmentadas, falta de continuidad y baja sostenibilidad de los modelos de atención humanizada, especialmente en hospitales públicos caracterizados por alta demanda asistencial y limitaciones presupuestarias.

### *2.1.2.3 Percepción del parto humanizado desde la gestión de la calidad y la eficiencia*

Desde la perspectiva del personal administrativo, el parto humanizado suele ser evaluado en términos de su impacto en la calidad de la atención, la eficiencia operativa y el cumplimiento de estándares institucionales. La gestión de calidad en salud enfatiza la necesidad de ofrecer

servicios seguros, eficaces, oportunos y centrados en las personas, criterios que son consistentes con los principios del parto humanizado (Institute of Medicine, 2001; OPS, 2023).

Diversos estudios señalan que, aunque inicialmente el parto humanizado puede ser percibido por el personal administrativo como un enfoque que demanda mayores recursos y tiempo, su implementación adecuada puede generar beneficios a mediano y largo plazo. Entre estos beneficios se incluyen la reducción de intervenciones innecesarias, la disminución de eventos adversos, la mejora de la satisfacción de las usuarias y el fortalecimiento de la imagen institucional del hospital (Miller et al., 2021).

No obstante, la percepción administrativa del parto humanizado también está influida por indicadores de productividad, presión asistencial y restricciones presupuestarias. En contextos donde predomina una lógica de eficiencia basada en volumen de atención, el parto humanizado puede ser interpretado como una práctica menos rentable o difícil de estandarizar, lo que genera tensiones entre los objetivos de calidad y las demandas operativas del sistema de salud (Braithwaite et al., 2020)

#### *2.1.2.4 Articulación entre personal administrativo y personal médico en la implementación del parto humanizado*

La literatura destaca que la implementación exitosa del parto humanizado requiere una articulación efectiva entre el personal administrativo y el personal médico especialista. Esta articulación permite alinear los objetivos clínicos con las estrategias de gestión, promoviendo un enfoque integral de atención que considere tanto la experiencia de la mujer como la sostenibilidad institucional (Mannion & Davies, 2021).

Desde esta perspectiva, explorar las percepciones del personal administrativo resulta fundamental para comprender cómo se construyen las decisiones de gestión en torno al parto humanizado, qué significados se le atribuyen y cuáles son las barreras y facilitadores percibidos

desde el ámbito organizacional. Este análisis permite identificar oportunidades para fortalecer la implementación del parto humanizado en hospitales públicos, particularmente en contextos como el de la Caja Nacional de Salud, donde confluyen desafíos clínicos, administrativos y estructurales.

### **2.1.3 Marco Legal y Normativo (Bolivia)**

#### *2.1.3.1 Legislación y políticas de salud materna y perinatal en Bolivia que promueven el parto humanizado o prácticas relacionadas*

La atención materna y perinatal en Bolivia está enmarcada por un conjunto de normas, políticas y estrategias que buscan garantizar la salud integral de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y la atención del recién nacido. Este marco legal se sustenta inicialmente en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, que reconoce el Derecho a la Salud como un derecho fundamental y universal, garantizando el acceso equitativo y sin discriminación a los servicios de salud para toda la población, incluido el cuidado materno-infantil (con especial atención en enfoques integrales e interculturales).

Una normativa clave en este campo es el Decreto Supremo N.º 2480 de 2015, que establece explícitamente que las mujeres tienen derecho a una maternidad segura con una visión y práctica intercultural durante el embarazo, parto y periodo prenatal y posnatal, reafirmando la obligación del Estado de proteger este derecho y promover condiciones que reduzcan la morbilidad materna y perinatal.

Además, el Decreto Supremo N.º 26642 de 2002, que modifica disposiciones anteriores para fortalecer la reducción de la mortalidad materna y perinatal, enfatiza que la maternidad segura es un derecho garantizado por el Estado y promueve mecanismos intersectoriales de coordinación y participación comunitaria para asegurar la protección de la mujer y del recién nacido.

Dentro de este marco, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia ha desarrollado diversas guías técnicas y documentos normativos que orientan la atención materna y neonatal con enfoques clínicos adecuados y culturalmente sensibles, incorporando la atención integral del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud pública. Un ejemplo es la Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural, que establece lineamientos metodológicos para mejorar la disponibilidad, acceso y calidad de atención durante el parto y el puerperio, con especial consideración a la diversidad cultural de las usuarias y la interacción con prácticas tradicionales.

Asimismo, el Plan de Acción a Corto Plazo para Contribuir en la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal 2024-2025 del Ministerio de Salud reafirma el compromiso con la atención calificada e integral de las mujeres durante el embarazo y el parto, enmarcado dentro del Sistema Único de Salud (SUS), que garantiza la universalidad, gratuidad, equidad y calidad de los servicios para toda la población.

Estos instrumentos legales y técnicos normativos no solo establecen obligaciones institucionales, sino que respaldan prácticas respetuosas de la atención del parto, promueven la reducción de barreras culturales y estructurales, y contribuyen a consolidar políticas alineadas con los derechos humanos y la atención centrada en la mujer.

### *2.1.3.2 Importancia y sinergias normativas para el parto humanizado*

El marco legal y normativo boliviano en salud materna y perinatal establece una base legal y programática que respalda la atención respetuosa, segura e integral de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Aunque gran parte de la legislación específica sobre “parto humanizado” como término no está codificada de forma independiente, las políticas de maternidad segura, atención con enfoque intercultural, garantía de derechos de la usuaria y protocolos técnicos orientados a mejorar la calidad de atención consolidan un entorno normativo favorable para este enfoque.

Las normativas del Ministerio de Salud y Deportes articuladas con las políticas de la CNS y la cobertura universal del SUS permiten que las prácticas humanizadas coexistentes dentro de los modelos clínicos oficiales se integren en la prestación de servicios, contribuyendo a responder las obligaciones del Estado en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal y en la garantía de derechos de salud reproductiva para las mujeres bolivianas.

## **2.2 Marco contextual**

La atención del parto en los establecimientos de salud ha experimentado, las últimas décadas, un proceso de transformación impulsado por recomendaciones internacionales orientadas a garantizar una atención más respetuosa, segura y centrada en la mujer. Este contexto, el enfoque de parto humanizado surge como una propuesta que busca equilibrar la seguridad clínica con el respeto a la dignidad clínica, autonomía, cultura y necesidades emocionales de la gestante durante el proceso del nacimiento.

En Bolivia, las políticas de salud materna y perinatal han incorporado progresivamente lineamientos relacionados con la maternidad segura, el enfoque intercultural y la atención integral de la mujer, promoviendo prácticas que se aproximan a los principios de parto humanizado. Estas orientaciones se encuentran respaldadas por el marco legal nacional, las normativas del Ministerio de Salud y Deportes y los lineamientos del Sistema Único de Salud, los cuales establecen la obligación de brindar una atención obstétrica de calidad, respetuosa y basada en derechos.

Dentro de este escenario, la Caja Nacional de Salud (CNS), como entidad gestora de la Seguridad Social en Bolivia, tiene la responsabilidad de garantizar servicios de atención materna

acordes a estos principios en sus establecimientos hospitalarios. El Hospital Obrero N°2 constituye uno de los principales centros de referencia en la atención Gineco – Obstetricia dentro de la red de la CNS, caracterizado por una alta demanda asistencial, atención a población asegurada diversa y una organización hospitalaria estructurada bajo lineamientos biomédicos tradicionales.

En el servicio de ginecología de este Hospital, la atención del parto se desarrolla principalmente bajo protocolos clínicos orientados al control del riesgo y la resolución rápida del evento obstétrico, en concordancia con el modelo médico – hegemónico que históricamente ha predominado en los servicios hospitalarios. No obstante, la incorporación de lineamientos relacionados con la humanización de la atención plantea la necesidad de realizar ajustes no solo en las practicas clínicas, sino también en la organización del servicio, la infraestructura, la cultura institucional y las dinámicas del trabajo del personal.

En el contexto particular genera un escenario donde coexisten prácticas tradicionales con intentos de incorporación de enfoques más humanizados, situación que puede dar lugar a percepciones diversas por parte del personal médico especialista y del personal administrativo. Estas percepciones están influenciadas por la formación profesional, la experiencia laboral, ls condiciones estructurales del hospital, la carga asistencial y la cultura organizacional propia de la institución.

Por ello, el servicio de Ginecología del Hospital Obrero N°2 durante la gestión 2025 constituye un escenario pertinente para explorar como los actores institucionales comprenden, valoran e interpretan la implementación del parto humanizado en su práctica cotidiana. Analizar

este contexto permite comprender las condiciones reales en las que se intenta aplicar este enfoque y como dichas condiciones influyen en las percepciones que el personal construye respecto a su viabilidad, utilidad y desafíos.

En consecuencia, el marco contextual de la presente investigación se sitúa en la intersección entre las políticas nacionales de salud materna, la organización de la Caja Nacional de Salud y la realidad operativa del servicio de Ginecología del Hospital Obrero N°2, configurando un entorno donde la implementación del parto humanizado depende no solo de lineamientos normativos, sino fundamentalmente de la interpretación que el personal médico y administrativo realiza este modelo dentro de su propio contexto laboral.

### 3 CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación adoptó un enfoque metodológico que permitió explorar las percepciones del personal de salud de manera profunda y sistemática. La elección de este diseño busca comprender las experiencias y perspectivas de los participantes en su contexto natural.

#### 3.1 Enfoque de la investigación

El estudio se enmarcó dentro del enfoque cualitativo. Esta elección es apropiada para investigar fenómenos complejos y multifacéticos como percepciones humanas. El enfoque cualitativo permitió una comprensión detallada de los significados, las motivaciones y las interpretaciones que los individuos atribuyen a sus experiencias, en lugar de cuantificar variables o establecer relaciones causales. Se priorizó la recopilación de datos descriptivos.

#### 3.2 Tipo y diseño de investigación

El estudio es de tipo descriptivo y fenomenológico:

- **Descriptivo:** en esencia se orienta, por una parte, a describir percepciones del médico especialista y administrativo sobre el parto humanizado. Esto implica detallar las opiniones, actitudes, conocimientos y experiencias que emergen de los participantes sin manipular variables.
- **Fenomenológico:** este componente busca comprender las vivencias subjetivas de los participantes en relación al fenómeno estudiado. Se centró en las experiencias vividas,

buscando patrones y significados compartidos en como el personal (médico especializado y personal administrativo) percibe y vive la implementación del parto humanizado. El enfoque fenomenológico permitió explorar las realidades construidas por los sujetos a partir de sus interacciones con el fenómeno.

### 3.3 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue, no experimental y transversal.

- **De campo:** la recopilación de datos se realizó directamente en el entorno natural donde ocurrió el fenómeno, es decir, en Hospital Obrero N°2. Esto aseguró que las percepciones se recogieran en el contexto real de trabajo de los participantes, lo que aumentó la validez de los hallazgos.
- **No experimental:** las variables de interés no fueron manipuladas por el investigador. En su lugar, se observaron y analizaron las percepciones tal como se presentaron en el ambiente natural, sin intervención alguna.
- **Transversal:** Los datos se recopilaron en un único momento temporal específico, correspondiente a la gestión 2025. Esto permitió obtener fotografía de las percepciones del personal de salud en ese periodo determinado, ofreciendo una visión sincrónica del fenómeno.

### **3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de investigación**

Las técnicas de investigación empleadas en este estudio se alinean con metodologías propias del enfoque cualitativo seleccionadas acorde con los propósitos del estudio.

Se usaron las técnicas siguientes:

- **Entrevista semiestructurada**, dirigida al personal sanitario y al personal administrativo, el instrumento empleado, se utilizó una guía de preguntas clave para asegurar la cobertura de los objetivos de investigación, ello permitió la flexibilidad para que los participantes expresen sus ideas libremente y para profundizar en aspectos emergentes.

#### **3.4.1 Instrumento: Guía de entrevista**

Se diseñó una guía de entrevista con preguntas abiertas que abordaron los siguientes temas principales:

- ¿Definición y comprensión del parto humanizado?
- Percepciones sobre los beneficios y desafíos de su implementación
- Experiencias personales en la atención del parto humanizado
- Factores que facilitan u obstaculizan su practica en el Hospital Obrero N°2
- Necesidades de capacitación y recursos

- Sugerencias para mejorar la implementación del parto humanizado.

La guía de entrevista fue sometida a una prueba piloto con dos o tres personas con características similares a la población de estudio para asegurar su claridad, pertinencia y comprensión.

### **3.5 Población y muestra**

#### **3.5.1 Población**

La población de estudio fue conformada por el personal médico especialista del área de ginecología – Ginecología – Obstetricia y el personal administrativo vinculado a la gestión del servicio, que desempeñaron funciones en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud – Regional Cochabamba, durante la gestión 2025. La población específica será identificada a través de los registros de personal de Hospital.

Este grupo poblacional resulta relevante debido a su participación directa e indirecta en los procesos de atención, organización, toma de decisiones y gestión institucional relacionados con la implementación del parto humanizado.

### 3.5.2 Muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y de tipo intencional.

- **No probabilístico:** La selección de los participantes no se basó en la aleatoriedad, sino en criterios específicos definidos por el investigador.
- **Por conveniencia:** Los participantes fueron seleccionados por su accesibilidad y disponibilidad para participar en el estudio, facilitando la logística de la investigación.
- **Intencional:** La selección se realizó considerando la experticia de los participantes y su relevancia para el estudio. Se buscará incluir a aquellos individuos cuyas experiencias y conocimientos sean más pertinentes para comprender las percepciones sobre el parto humanizado. Esto implica seleccionar informantes clave que puedan ofrecer una visión profunda y rica de los fenómenos estudiados.

El tamaño de la muestra fue determinado por el criterio de saturación teórica, que es común en la investigación cualitativa. La recolección de datos se detuvo cuando no surgieron nuevas categorías o temas relevantes en las entrevistas, indicando que se ha alcanzado una comprensión profunda y suficiente del fenómeno estudiado. La muestra fue constituida por los siguientes profesionales:

a) Ginecólogos / médicos (MD): 14

b) Enfermera (EF): 5

c) Trabajadora social (TS) + RS: 2

d) Personal administrativo (PA): 9

### **3.6 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.6.1 Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el estudio aquellos participantes que cumplieron con las siguientes características:

- Personal médico especialista (ginecólogos, obstetras, residentes R2 de Ginecología y Obstetricia) con al menos un año de experiencia en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Obrero N°2.
- Personal administrativo que desempeñe funciones relacionadas directamente e indirectamente con la gestión o el apoyo logístico del Servicio de Ginecología – Obstetricia (Jefes de Departamento, coordinadores, personal de enfermería en roles administrativos, etc.) con al menos un año de experiencia en el Hospital.
- Participantes con vínculo directo o indirecto con los procesos de atención del parto o con la gestión administrativa del servicio.

- Personas que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación, previo conocimiento del objetivo y firma del consentimiento informado

### **3.6.2 Criterios de exclusión**

Fueron excluidos del estudio aquellos sujetos que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- Personal médico y administrativo con menos de un año de experiencia en el área o hospital.
- Personal que se encontraba con licencia, baja médica, comisión u otra situación administrativa que impidiera su participación durante el periodo de recolección de datos.
- Personas que se manifestaron su decisión de no participar o que retiraron su consentimiento en cualquier etapa del proceso de investigación.
- Participantes que no completaron la entrevista o cuya información resulto insuficiente para el análisis cualitativo

### **3.7 Procedimiento para la recolección de Datos**

1. Aprobación ética y permisos: Se solicitó la aprobación al Comité de Ética de la Institución Académica y Comité de Investigación y Dirección de Hospital Obrero N°2.

2. Contacto y selección de participantes: una vez obtenido los permisos, se contactó al jefe del Servicio de Ginecología Obstetricia y al personal administrativo relevante para identificar a los posibles participantes que cumplan los criterios de inclusión.
3. Consentimiento informado: A cada participante potencial se le proporcionó información detallada sobre el estudio, sus objetivos, procedimientos, confidencialidad y derecho a retirarse en cualquier momento. Solo los que firmaron el consentimiento informado participaron.
4. Realización de entrevistas: Las entrevistas se llevaron a cabo en un lugar privado y tranquilo dentro del Hospital, en un horario conveniente para los participantes. La duración promedio fue de 45 a 60 minutos por entrevista.
5. Cierre de Recolección: La recolección de datos finalizó una vez que se logró la muestra establecida.

### **3.7.1 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas fueron procesados y analizados de la siguiente manera:

1. Transliteración: las grabaciones de audio se transcribieron textualmente para convertirlas en un formato escrito.

2. Organización de datos: Los textos transcritos fueron organizados y preparados para el análisis, utilizando posiblemente software de análisis cualitativo o un método manual sistemático.
3. Análisis temático: Se aplicará un enfoque de análisis temático. Este proceso implicara:
  - Familiarización con los datos: Lectura repetida de las transcripciones para obtener una comprensión general.
  - Generación de códigos iniciales: Identificación de fragmentos de texto que capturen elementos interesantes o relevantes para los objetivos de investigación.
  - Búsqueda de temas: agrupación de códigos similares en categorías más amplias o temas emergentes.
  - Revisión de temas: Refinamiento y consolidación de los temas, asegurando que sean coherentes y representen adecuadamente los datos.
  - Definición y denominación de temas: Asignación de nombres claros y descriptivos a cada tema y su explicación.
  - Elaboración del informe: Presentación de los resultados del análisis temático utilizando citas directas de los participantes para ilustrar y sustentar los hallazgos.

### **3.8 Consideraciones éticas**

La investigación acató los pilares éticos cruciales de confidencialidad consentimiento informado y respeto por la dignidad de las personas involucradas. Todos los participantes fueron informados sobre las intenciones del estudio y su involucramiento fue por propia decisión.

De igual forma, se aseguró el empleo cuidadoso de la información reunida, exclusivamente para propósitos académicos, acorde con los principios éticos de la investigación en salud (OMS, 2021).

#### **1. Principio de voluntariedad**

El presente estudio respeta de manera estricta el principio de voluntariedad, garantizando que la participación del personal médico especialista y el personal administrativo del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Obrero N° 2 sea completamente libre y sin ningún tipo de presión institucional, laboral o jerarquía.

Antes de la aplicación de las entrevistas, a cada participante se le explicó de forma clara el propósito de la investigación el tipo de información que se solicitara y el uso exclusivamente académico de los datos recolectados. Este principio es especialmente relevante debido a que la investigación se desarrolla dentro del mismo espacio laboral de los participantes, por lo que se tomaran todas las medidas necesarias para evitar cualquier percepción de obligatoriedad. La decisión de participar se basó únicamente en la voluntad personal de cada funcionario, asegurando que sus opiniones y percepciones sobre la implementación del parto humanizado

sean expresadas con libertad, confianza y sin temor a represalias. Para formalizar este proceso, se utilizó un consentimiento informado, donde se dejó constancia escrita de la aceptación voluntaria de cada participante.

## **2. Principio de confiabilidad y anonimato**

En esta investigación se garantizó la protección escrita de la identidad del personal médico especialista y el personal administrativo que participe en las entrevistas dentro del servicio de ginecología – Obstetricia del Hospital Obrero N°2. La información proporcionada fue tratada con absoluta reserva y utilizada únicamente con fines académicos.

Para resguardar el anonimato, los testimonios no incluyeron nombres, cargos específicos ni datos que permitan reconocer a los participantes. En su lugar, se emplearon códigos de identificación (Por ejemplo: MD1, PA 2, EF, 3) acompañados solo de datos generales como: sexo, rango de edad, suficientes para el análisis cualitativo pero insuficientes para la identificación individual.

## **3. Principio de Beneficencia y no maleficencia**

Se buscó maximizar los beneficios potenciales de la investigación (contribuir al conocimiento y mejorar la atención del parto) y minimizar cualquier riesgo o daño físico, psicológico y social a los participantes.

#### **4. Principio de Justicia**

Se garantizó un trato justo y equitativo a todos los participantes. Este caso, se garantizó que todos los seleccionados tuvieran igualdad de oportunidades para expresar sus opiniones, sin discriminación por edad, genero.

Por otro lado, los resultados fueron utilizados de manera imparcial, evitando favoritismo y asegurando que cualquier plan de acción de mejora respecto a la implementación del parto humanizado que beneficie a la parturienta, producto y acompañante.

#### **5. Consentimiento informado**

Todos los participantes otorgaran el consentimiento informado por escrito antes de la recolección de la recolección de datos, en el que se detalló lo siguiente:

- La finalidad de la investigación
- La voluntariedad de la participación
- La confidencialidad y anonimato de los datos
- Los posibles beneficios del estudio
- Posibilidad de retirarse en cualquier momento.

#### **6. Manejo de la información y publicación de resultados**

El manejo de la información y la publicación de resultados en la presente investigación se orientan a garantizar un tratamiento ético y responsable de los datos proporcionados por el personal médico especialista y administrativo del Hospital Obrero N°2. La información recolectada mediante entrevistas será utilizada exclusivamente con fines académicos, asegurando confidencialidad y el anonimato de los participantes a través del uso de códigos que impidan su identificación. Los datos serán resguardados bajo la responsabilidad de la investigadora y analizados de manera conjunta, evitando cualquier referencia individual. Los resultados obtenidos se difundirán en el informe final de la tesis y en posibles espacios académicos, preservando en todo momento la identidad de los participantes y el carácter institucional de la información.

## **7. Cumplimiento normativo**

La presente investigación se desarrolló en apego a la normativa vigente y a los lineamientos institucionales y éticos que regulan la realización de estudios en el ámbito de la salud, garantizando el respeto bioético, a los derechos de los participantes y a las disposiciones establecidas por el Hospital Obrero N°2. Asimismo, el proceso investigado consideró las autorizaciones correspondientes, el consentimiento informado y el cumplimiento de las regulaciones académicas y científicas aplicables, asegurando que el estudio se ejecute de manera responsable, legal y ética.

### **3.8. Identificación de categorías**

Esta matriz organiza las percepciones del personal médico especializado y administrativo para abordar los objetivos específicos planteados, enfocándose en la implementación del parto humanizado en el contexto específico del Hospital Obrero N.º 2 durante la gestión 2025.

**Tabla 1** Categorías de la investigación

Categoría	Concepto central	Subcategorías	Personal clave	Instrumento / técnica	
<b>I.</b>	Elementos culturales y cosmovisión del PH	Percepciones sobre valores, normas creencias y prácticas institucionales y profesionales que influyen en la comprensión y aplicación del PH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepción tradicional del parto vs PH</li> <li>• Rol de la mujer y la familia</li> <li>• Normas y rituales culturales del nacimiento</li> <li>• Influencia de la formación profesional</li> <li>• Percepción del PH en el contexto local</li> </ul>	Médico administrativo	– Entrevista semiestructurada
<b>II.</b>	Conocimientos, actitudes y creencias sobre el PH	Percepciones sobre el nivel de conocimiento, disposición emocional y convicciones personales/profesionales hacia el PH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de conocimiento sobre PH</li> <li>• Actitudes frente al PH</li> <li>• Creencias sobre su viabilidad hospitalaria</li> </ul>	Personal médico especialista	Entrevista semiestructurada

---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias previas</li> <li>• Expectativas de resultados</li> </ul>		
<b>III.</b>	Barreras y facilitadores para la implementación del PH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepciones sobre obstáculos y elementos que favorecen la puesta en práctica del PH dentro la Institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras: recursos, resistencia, carga laboral, capacitación, normas rígidas, presupuesto.</li> <li>• Facilitadores: apoyo institucional, capacitación, infraestructura trabajo en equipo, protocolos claros.</li> </ul>	Médico administrativo	y Entrevista semiestructurada
<b>IV.</b>	Lineamientos para fortalecer la implementación del PH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepciones y propuestas del personal sobre acciones para mejorar y consolidar el PH en el H.O.Nº2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de capacitación</li> <li>• Mejora de infraestructura</li> <li>• Ajustes normativos</li> </ul>	Médico administrativo	y Entrevista semiestructurada

---

- 
- Estrategias de compromiso
  - Mejora comunicacional
  - Evaluación y seguimiento
  - Plan de acción
- 

Fuente: Elaboración propia

## 4 CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 4.1 Presentación de resultados cualitativos

**Tabla 2** Profesionales médicos y administrativos

<b>Categoría / Subtema</b>	<b>Ginecólogos (MD)</b>	<b>Enfermera (EF)</b>	<b>Trabajadora social (TS/RS)</b>	<b>Personal administrativo (PA)</b>
Cat. 1: Definición y comprensión	Varón 46 (MD); Mujer 45 (MD); Mujer 56 (MD); Hombre 38 (MD)	Mujer 38 (EF)	—	Mujer 41 (PA); Mujer 31 (PA)
Cat. 2: Beneficios percibidos	Mujer 52 (MD)	—	Hombre 28 (RS3)	Mujer 32 (PA); Hombre 42 (PA); Mujer 38 (PA)
Cat. 2: Desafíos percibidos	Mujer 45 (MD); Mujer 40 (MD)	Mujer 36 (EF); Mujer 36 (EF)	—	Mujer 40 (PA); Mujer 32 (PA)
Cat. 3: Experiencias personales	Mujer 40 (MD); Hombre 44 (MD)	Mujer 45 (EF)	Mujer 45 (TS)	—
Factores obstaculizadores	Hombre 45 (MD); Hombre 45 (MD); Hombre 47 (MD); Mujer 42 (MD); Mujer 42 (MD)	Mujer 30 (EF)	—	Mujer 56 (PA); Hombre 46 (PA)

Fuente: Elaboración propia

El análisis de la información se realizó a partir de las entrevistas semiestructuradas aplicadas al personal de salud médico especialista y personal administrativo, utilizando un proceso

de codificación temática. Los discursos fueron organizados en categorías y subcategorías previamente definidas, permitiendo identificar patrones, coincidencias y divergencias en las percepciones de los participantes. Los resultados que se presentan a continuación cumplen una función ilustrativa del procedimiento analítico.

### **Categoría N°1. Definición y comprensión del parto humanizado**

El personal médico (Ginecólogos Obstetras): Es probable que demuestren una comprensión más profunda de los aspectos fisiológicos y de las intervenciones médicas, asociado al parto humanizado con la reducción de la medicalización innecesaria y el respeto a los procesos naturales. Algunos podrían centrarse en la seguridad materna y fetal como eje central, interpretando la humanización desde una perspectiva de menor iatrogenia, dirían:

*“... Para mí, el parto humanizado es devolverle la autonomía a la mujer en un proceso, que, siendo fisiológico, se ha medicalizado en exceso. Implica menos intervenciones rutinarias y más respeto por el cuerpo y el tiempo de la mujer, siempre priorizando la seguridad” (Varón, 46 años, MD).*

*“...Si, entiendo el parto humanizado como un modelo de atención basado en la evidencia científica y el respeto a los derechos de la mujer, que reconoce el parto como un proceso fisiológico y no únicamente como un evento médico que deba ser intervenido de forma rutinaria. No significa rechazar la medicina, sino utilizarla de manera racional, interviniendo cuando existe una indicación clínica clara. Además, implica acompañar el proceso natural del trabajo de parto,*

*respetando los tiempos, promoviendo la libertad de movimiento de posición, el contacto de piel a piel inmediato, el inicio precoz de la lactancia la presencia de un acompañante elegido, siempre que las condiciones clínicas lo permitan. Sin embargo, la atención del parto esta protocolizada; se prioriza que todo salga bien desde el punto de vista médico, pero no siempre se considera como se siente la paciente durante el proceso”. (Mujer, 45 años, MD)*

*“...Sabemos que el parto humanizado implica respetar tiempos y decisiones de la paciente, pero en la práctica diaria es difícil aplicarlo porque el ritmo de servicio nos obliga a actuar rápido” (Mujer, 56 años, MD).*

*“...He escuchado en varias ocasiones el termino parto humanizado, pero sinceramente no tengo del todo claro a que se refiere en la práctica. Para mí, la prioridad siempre ha sido que el parto se desarrolle sin complicaciones y que tanto la madre como el recién nacido estén en buenas condiciones. A veces siento que este concepto puede prestarse a interpretaciones que no necesariamente encajan con la dinámica real del servicio. No estoy en desacuerdo con brindar un buen trato a la paciente, pero creo que la atención ya está enfocada en garantizar su seguridad, y no estoy seguro de que sea necesario cambiar la forma en que trabajamos actualmente” (Hombre, 38 años, MD).*

*El personal de enfermería: Sus definiciones enfatizan el acompañamiento emocional, el apoyo continuo, la información a la madre y la creación de un ambiente de confianza. Podrían destacar la importancia del contacto piel con piel inmediato y la lactancia temprana, expresarían:*

*“...El parto humanizado es acompañar a la mujer en todo momento, escucharla, informarle sobre cada paso y darle opciones para que se sienta protagonista. Es también crear un espacio íntimo y seguro donde se sienta cómoda y respetada” (Mujer, 38 años. EF).*

Desde la perspectiva del personal administrativo, Podrían tener una visión más general o incluso más orientada a los aspectos logísticos y de recursos. Es posible que lo asocien con la satisfacción del paciente y la mejora de la imagen institucional, pero con menor detalle sobre las practicas clínicas específicas. Su respuesta fue:

*“...Entiendo por parto humanizado como una forma de atención que mejora la experiencia de las pacientes en el Hospital, haciéndola más comfortable y menos estresante. Es algo que nos distingue y mejora la calidad percibida de nuestros servicios” (Mujer, 41 años, PA).*

*“...Bueno, el parto humanizado es...tengo entendido es una forma de entender el parto con más cuidado hacia la mama, ¿no?. Creo que se trata de que el medico trate mejor a la paciente y que el parto sea más tranquilo. La verdad ese tema lo ven más los doctores y enfermeras; nosotros como administrativos solo seguimos los procedimientos que ya están establecidos.” (Mujer, 31 años, PA).*

La variedad en las definiciones subraya la necesidad de una conceptualización unificada dentro la Institución. Las diferencias podrían estar arraigadas en la formación profesional, las responsabilidades específicas y la exposición a la literatura sobre el tema. Una comprensión del personal médico se inclina más hacia la técnica y la filosofía, mientras que el personal de

enfermería destaca el aspecto relacional y emocional. El personal administrativo, por su parte lo ve, desde una óptica de gestión y de calidad del servicio. Esta brecha podría dificultar la colaboración interdisciplinaria y la creación de protocolos coherentes.

## **Categoría 2 Percepciones sobre los beneficios y desafíos de su implementación.**

### **Beneficios percibidos**

- Personal médico especialista: Mayor satisfacción de la madre, mejor vínculo madre – bebe, menor tasa de intervenciones quirúrgicas innecesarias (episiotomías, cesarías electivas), recuperación postparto más rápida, y una experiencia de parto más positiva y empoderada para la mujer.

*“... las mujeres que tienen un parto humanizado suelen estar más contentas, se recuperan mejor y el vínculo con su bebe es casi inmediato. Vemos menos complicaciones asociadas a intervenciones excesivas” (Hombre, 28 años, RS3)*

*“... Desde mi experiencia cuando se aplica el enfoque de parto humanizado, la mujer llega al momento del nacimiento con menor nivel de ansiedad y mayor confianza en el equipo de salud. Esto influye directamente en la evolución del trabajo de parto, ya que se observa una mejor colaboración por parte de la paciente y un proceso más fisiológico. Además, el hecho de permitir el acompañamiento y respetar sus decisiones genera un ambiente más tranquilo en sala, lo cual favorece nuestro trabajo como médicos” (Hombre, 42 años, MD).*

*“... Considero que el parto humanizado aporta significativamente a la calidad de atención, porque no se centra únicamente en el aspecto clínico, sino también en el componente emocional y humano de la paciente. Esto fortalece el vínculo madre – recién nacido desde el primer instante y promueve prácticas como la piel a piel y la lactancia precoz, que tienen beneficios comprobados para ambos” (Mujer, 52 años, MD).*

*El personal administrativo: Mejora de la imagen del H.O. N°2, aumento de la satisfacción del usuario, posible atracción de pacientes y cumplimiento de normativas de calidad.*

*“...Sin duda, contribuye a que el Hospital sea visto como más moderno y centrado en el paciente, lo que podría atraer a más mujeres. Además, nos alinea con las mejores prácticas internacionales” (Mujer, 32 años, PA).*

*“... desde mi punto de vista administrativo, el parto humanizado suena bien en el discurso, pero en la práctica genera más desorden que beneficios. Permitir a los acompañantes, flexibilizar normas y adaptar la atención a cada paciente complica la organización del servicio y dificulta el control del flujo de trabajo dentro del área Ginecológica” (Hombre, 42 años, PA).*

*“...Considero que este enfoque prioriza demasiado el aspecto emocional y deja en un segundo plano la eficiencia del servicio. Nuestro Hospital atiende un volumen alto de pacientes y no siempre es posible brindar una atención personalizada sin afectar los tiempos de atención” (Mujer, 38 años, PA).*

### ***Desafíos percibidos***

- **Personal médico:** Resistencia al cambio de colegas con información tradicional, falta de tiempo debido a la carga asistencial, temor a complicaciones en un modelo menos intervenido, insuficiente capacitación en técnicas no farmacológicas.

*“...El mayor desafío es cambiar la mentalidad de algunos colegas acostumbrados a protocolos más rígidos. Además, la falta de personal y la presión del tiempo nos impiden dedicar la atención que se requiere. ¿Y se ocurre una complicación en un parto con menos monitoreo? (Mujer, 45 años, MD).*

*“...Uno de los principales retos que enfrentamos es modificar la forma de pensar de algunos profesionales que han trabajado durante años bajo esquemas estrictamente protocolizados y que ven con desconfianza cualquier cambio en la dinámica de atención. A esto se suma la escasez de personal y la presión constante por atender varios casos al mismo tiempo, lo que dificulta brindar una atención más personalizada como propone este enfoque. Además, surge la preocupación sobre que podría ocurrir si, al flexibilizar ciertos procedimientos o reducir el monitoreo continuo, se presenta una complicación inesperada durante el trabajo de parto” (Mujer, 40 años, MD)*

- **Personal de enfermería:** carga de trabajo aumentada por el acompañamiento continuo, falta de recursos materiales (espacios adecuados, pelotas de parto, etc.), poca autonomía para aplicar ciertas prácticas sino están respaldadas por el médico.

*“...Necesitamos más personal para poder estar con cada mujer el tiempo que necesita. También faltan espacios adecuados y materiales como pelotas o duchas. A veces, aunque queramos hacer algo, dependemos de la aprobación del médico” (Mujer, 36 años, EF).*

*“... Aunque existe predisposición para aplicar medidas del parto humanizado, la insuficiencia de personal, la falta de equipamiento básico y la dependencia de la autorización medica se convierten en obstáculos frecuentes en la práctica diaria” (Mujer, 36 años, EF).*

- **Personal administrativo:** *costos asociados a la adecuación de infraestructura, capacitan del personal posible conflictos con protocolos existentes y resistencia interna.*

*“... Implica una inversión importante en remodelación de salas y capacitación. También hay que gestionar la resistencia interna y asegurar que los nuevos protocolos no generen problemas con los existentes” (Mujer, 40 años, PA).*

*“... Adoptar este modelo demanda ajustes estructurales importantes, tanto en la infraestructura como en la formación del recurso humano. Paralelamente, de debe abordar la resistencia al cambio que puede presentarse en algunos sectores del personal y asegurar que las nuevas disposiciones no generen contradicciones con los procedimientos que actualmente se aplican en el servicio” (Mujer, 32 años, PA).*

Los beneficios percibidos, especialmente por el personal clínico, resaltan la mejora en la calidad de la atención y la experiencia del parto. Esto sugiere una base favorable para la adopción del modelo. Sin embargo, los desafíos son significativos y multisectoriales. La

resistencia al cambio cultural y la falta de recursos (tiempo, personal, infraestructura) emergen como obstáculos transversales. El temor a las complicaciones, aunque legítimo, puede ser abordado con formación y protocolos claros que integren la seguridad con la humanización. Las percepciones administrativas, aunque positivas en términos de imagen, deben ir acompañadas de un compromiso real con la asignación de recursos.

### **Categoría 3: Experiencias personales en la atención del parto humanizado**

Hasta el momento no se ha vivido la experiencia positiva del parto humanizado en Hospital Obrero N°2.

- **Ausencia de experiencia:** Un segmento, particularmente entre el personal médico con formación más tradicional y personal administrativo, podría no haber tenido ninguna experiencia directa con partos humanizados, ni con facilitadores ni como observadores:

*“... En este Hospital no se aplica el parto humanizado dentro de la atención que se brinda en el servicio de ginecología y obstetricia. La atención del parto se desarrolla bajo los protocolos clínicos tradicionales que han estado vigentes durante años, priorizando el cumplimiento de normas médicas y procedimientos estandarizados. No se cuenta con lineamientos específicos ni con una organización del servicio orientada a implementar practicas propias del parto humanizado, como la movilidad libre de la gestante, el acompañamiento continuo, la adecuación del ambiente o la toma de decisiones compartida. En la práctica diaria, lo que se realiza responde al modelo convencional de atención*

*hospitalaria del parto, por lo que no podría afirmarse que exista una experiencia concreta de parto humanizado dentro de la Institución” (Mujer, 40 años, MD).*

Sería bueno con contar con experiencias positivas, las experiencias personales son un motor poderoso de cambio o de mantenimiento del status quo. La ausencia de la experiencia, por otro lado, indica la necesidad de programas de sensibilización y formación para introducir el concepto.

#### **Categoría 4: Factores que facilitan u obstaculizan su practica en el Hospital Obrero**

##### **Nº2**

##### **Factores Facilitadores:**

- **Motivación personal:** El deseo del personal de ofrecer una mejor atención y seguir las tendencias actuales en obstetricia.

*“... Varios de nosotros hemos empezado a notar que el modelo tradicional con el que se ha venido atendiendo el parto durante años ya no responde completamente a lo que hoy esperan o necesitan las mujeres que acuden al Hospital. Las pacientes llegan con mayor información, con deseos de participar activamente en su proceso y con expectativas que van más allá de recibir únicamente una atención técnica y protocolizada. Frente a esta realidad, surge en el personal la inquietud de replantear la forma en que estamos brindando el cuidado, buscando alternativas que permitan ofrecer una atención más cercana, respetuosa y centrada en la experiencia de la mujer. Existe la intención de adoptar a estas nuevas demandas, no solo*

*para mejorar la calidad del servicio, sino también para garantizar que la atención se más acorde a las recomendaciones actuales y en un enfoque más humano al parto” (Hombre, 44 años, MD).*

- **Conocimiento teórico:** algunos profesionales podrían tener conocimientos teóricos sobre el parto humanizado a través de cursos, congresos o lectura.

*“... Hemos leído bastante sobre las recomendaciones de la OMS y sabemos que el parto humanizado es el camino correcto” (Mujer, 45 años, EF).*

- **Apoyo de algunos colegas o áreas:** la existencia de pequeños grupos o individuos que apoyan la filosofía del parto humanizado y que pueden influir en otros.

*“... Desde mi rol como trabajadora social, he podido observar que la jefa de enfermeras muestra un compromiso constante con la idea de brindar una atención más respetuosa hacia las mujeres durante el proceso de parto. Con frecuencia motiva al equipo a reflexionar sobre nuestras prácticas habituales y nos impulsa a considerar alternativas que prioricen la dignidad, la comodidad y la participación activa de la mujer gestante. Su actitud no solo se limita a lo técnico, sino también promueve una mirada más humana y enfatizan la atención, alentándonos a incorporar pequeñas acciones que, aunque parezcan sencillas, contribuyen a que la experiencia de la mujer sea más positiva y menos invasiva. Esta iniciativa genera en el equipo una apertura para ensayar nuevas formas de acompañamiento que se*

*alejando de la rigidez del modelo tradicional y se orientan más al respeto de las necesidades emocionales y sociales de la madre” (Mujer, 45 años, TS).*

### **Factores obstaculizadores**

- **Cultura Institucional arraigada:** Resistencia a incorporar protocolos, miedo a lo desconocido o salir de la zona de confort.

*“...En este servicio hemos trabajado durante muchos años bajo una misma forma de atención que ya está bastante arraigada en nuestra práctica diaria. Los procedimientos, las rutinas y la manera en que organizamos el trabajo responden a una lógica que conocemos bien y con la que nos sentimos seguros porque ha sido parte de nuestra formación y experiencia profesional. Cuando se plantea la idea de introducir cambios importantes en la forma de atender el parto, es natural que surja cierta incertidumbre entre el personal, ya que implica salir de ese esquema conocido y adoptar nuevas dinámicas que todavía no dominamos completamente. Esta situación puede generar incomodidad y resistencia, no necesariamente por falta de interés, sino porque modificar hábitos consolidados requiere tiempo, adaptación y confianza en que el nuevo enfoque mantendrá los estándares de seguridad que siempre hemos priorizado en la atención materna y neonatal” (Hombre, 45 años, MD).*

- **Falta de recursos materiales y humanos:** Insuficiente personal para un acompañamiento continuo, ausencia de espacios adecuados (salas de dilatación, parto menos medicalizadas), la falta de equipamiento (pelotas y banquitos de parto).

*“...¿Qué no tenemos?, por las condiciones del espacio, no podríamos permitir la presencia del familiar durante el trabajo de parto, porque no hay espacios para ellos...”*  
(Hombre, 45 años. MD).

*“...¿Como vamos a humanizar el parto si apenas tenemos una enfermera para 10 pacientes y las salas son frías e impersonales?. Necesitamos más recursos personales”.*  
(Mujer, 30 años, EF).

- **Ausencia de protocolos claros y apoyo directivo:** La falta de una política institucional que respalde y guíe la implementación del parto humanizado, así como la falta de liderazgo explícito de la dirección.

*“...Si la dirección no lo asume como prioridad, no podemos avanzar. Necesitamos que se establezcan protocolos y que se nos dé el visto bueno para cambiar rutinas”* (Hombre, 47 años, MD).

La implementación del parto humanizado en el Hospital Obrero N°2 es un proceso complejo influenciado por una interacción de factores. Los facilitadores, aunque importantes, parecen ser de naturaleza más individual o de pequeño grupo, lo que indica un potencial de cambio. Sin embargo, los obstáculos son estructurales y culturales, lo que exige una intervención estratégica a nivel institucional. La cultura arraigada, la escasez de recursos y la falta de apoyo directivo son barreras críticas que deben abordarse proactivamente para que el parto humanizado pueda prosperar más allá de iniciativas individuales.

**Categoría 5: propuestas y lineamientos para el fortalecimiento; estrategias de mejora institucional.**

Entre las propuestas planteadas se incluye la capacitación continua, la adecuación de la infraestructura, la revisión de protocolos internos y el fortalecimiento del respaldo institucional al enfoque de parto humanizado.

*“...Si la Dirección apoya y se invierten capacitación, el cambio es posible” (Mujer, 56, PA).*

*“...para que se dé el enfoque de parto humanizado, tanto personal médico como administrativos deberíamos tomar conciencia; primeramente, en crear un modelo de atención o protocolo todo con la finalidad que la parturienta, producto y el acompañante disfruten de ese proceso” (Mujer, 42 años, MD).*

*“... Pienso que para aplicar realmente el enfoque de parto humanizado es necesario que todo el equipo, tanto medico como administrativo, asuma un compromiso conjunto. No basta con la intención individual; se requiere organizar la atención bajo lineamientos claros que orienten nuestra práctica diaria. Contar con un modelo o guía interna permitir que la mujer, su bebe y la persona que la acompaña vivan este momento de una manera más tranquila y respetuosa, sin dejar de lado la seguridad clínica” (Mujer, 42 años, MD).*

*“... Existe bastante pacientes que asisten al Hospital, como todo los Hospitales de Bolivia... por lo que ideal implementar en todos los hospitales el modelo de atención de parto humanizado” (Hombre, 46 años, PA)*

El análisis categorial amplio permite identificar que las percepciones del personal médico especialista y administrativo respecto a la implementación del parto humanizado están influenciadas por factores culturales, formativos y organizacionales. Aunque existe una valoración positiva del enfoque, persisten barreras estructurales y creencias profesionales que limitan su aplicación plena. Los resultados sugieren la necesidad de intervenciones integrales que promuevan un cambio cultural progresivo, articulando la práctica clínica con la gestión institucional.

#### **4.2 Triangulación de datos**

para fortalecer la interpretación de los resultados, se realizó la triangulación de datos considerando las siguientes fuentes:

- Información obtenida de las entrevistas, se evidencio que no existe normativa institucional ni procedimientos claros sobre las percepciones del personal médico especialista como el personal administrativo respecto a la implementación del parto humanizado.
- Revisión documental y normativa, No se encontraron resoluciones, reglamentos ni lineamientos internos de la Caja Nacional de Salud – Regional Cochabamba.

- Literatura especializada, diversos estudios sobre la importancia de la implementación del parto humanizado, además, que las percepciones del personal médico especializado como administrativo es pilar fundamental para que funcione el enfoque.

La triangulación confirma que el personal percibe la atención del parto como predominante biomédica, orientada al cumplimiento de protocolos clínicos y a la resolución rápida, lo cual reduce la participación activa de la mujer. Esto se relaciona con las observaciones de la OMS de que la medicalización excesiva de partos normales puede limitar la experiencia física y emocional de la mujer, y que se debe evitar la intervención clínica innecesaria cuando el parto progresa sin complicaciones (WHO, 2020). Esta evidencia respaldada la idea de que un parto humanizado busca equilibrar la aplicación de intervenciones medicas con el respeto por la filosofía y autonomía de la mujer, indicando que la atención técnica sin participación de la paciente puede restringir la vivencia subjetiva del nacimiento sujeta de valor en tu análisis.

El nivel de conocimiento del parto humanizado, especialmente entre el personal administrativo que lo entiende más desde lineamientos institucionales que desde la práctica clínica. Esta situación es paralela a lo señalado por la OMS, que establece múltiples recomendaciones técnicas para optimizar la experiencia del parto, como comunicación respetuosa, privacidad acompañamiento y toma de decisiones informada, y resaltan la necesidad de que estas guías se traduzcan claramente en acciones cotidianas (WHO, 2020). Esto subraya que el conocimiento formal sobre políticas sin estrategias concretas de implementación no es suficiente para garantizar practicas humanizadas en los servicios de maternidad.

Aunque el personal muestra disposición para un parto más humanizado, está condicionada por la carga laboral, falta de personal y recursos limitados, esta barrera es consistente con investigaciones que muestran que, incluso cuando existe reconocimiento de la importancia del respeto y la dignidad en la atención, los recursos institucionales insuficientes y las altas demandas de trabajo actúan como obstáculos para su implementación práctica (Ikezoe et al., 2025).

El hallazgo de algunos profesionales percibe el enfoque humanizado como un potencial de riesgo para la seguridad materno – fetal refleja una interpretación común en contextos clínicos. Sin embargo, la literatura de la OMS aconseja que el respeto por la experiencia de la mujer y la seguridad clínica no son mutuamente excluyentes; las directrices internacionales promueven prácticas basadas en evidencia que combinan seguridad técnica a una atención respetuosa y centrada en la persona. Esto indica que la percepción de que humanizar significa disminuir el control clínico puede estar basada en malentendidos sobre los principios de respectful maternity care.

La triangulación muestra coherencia entre las percepciones del personal del Hospital Obrero N°2 y las recomendaciones internacionales, especialmente en cuanto a la necesidad de combinar seguridad clínica, respeto a la dignidad y participación activa de la mujer en el parto. Las barreras identificadas culturales, formativas y estructurales están sustentadas por la literatura reciente que enfatiza la importancia de integrar políticas, capacitación, recursos y transformaciones culturales para lograr la implementación del parto humanizado.

### 4.3 Discusión de resultados

La discusión analiza los resultados obtenidos a partir de las entrevistas cualitativas realizadas a informantes clave del Servicio de Ginecología–Obstetricia del Hospital Obrero N.º 2 de la Caja Nacional de Salud – Regional Cochabamba, de la totalidad de la población susceptible a estudio por medio del muestreo intencional, 14 ginecólogos, 5 enfermeras, 2 trabajadora social y 9 personal administrativo.

#### **Comprensión desde el personal médico (ginecólogos–obstetras)**

Los médicos especialistas entrevistados tienden a interpretar el parto humanizado a través de una lente clínica y biomédica, centrada en minimizar intervenciones innecesarias y respetar el proceso fisiológico de la mujer dentro de los parámetros de seguridad materno–fetal. Esta orientación es clara en las expresiones donde se enfatiza la autonomía de la mujer y se reconoce que la medicalización excesiva debería evitarse, pero siempre priorizando la seguridad.

Este patrón es consistente con los documentos internacionales que reconocen la importancia de equilibrar la atención respetuosa y centrada en la mujer con la gestión del riesgo clínico. Por ejemplo, la OMS (2021) define un enfoque de atención intraparto de calidad como aquel que *“integra prácticas basadas en la evidencia para garantizar un nacimiento seguro, al tiempo que respeta las preferencias, necesidades culturales y dignidad de la mujer”* (Organización Mundial de la Salud, 2021). Esta descripción coincide con la comprensión de los médicos entrevistados: respetar los procesos fisiológicos sin dejar de lado la seguridad clínica.

Sin embargo, algunos testimonios muestran un enfoque más restrictivo, donde el concepto de parto humanizado es percibido como un desafío a las rutinas protocolizadas del servicio. Esto se observa en declaraciones que priorizan la ausencia de complicaciones y la seguridad por sobre

las percepciones subjetivas de la mujer, sugiriendo que algunos profesionales podrían interpretar la humanización como algo secundario al control clínico. Esta visión coincide con estudios que han mostrado que, en contextos hospitalarios, los profesionales con formación biomédica tienden a priorizar procedimientos intervencionistas y medidas técnicas como sinónimo de seguridad, lo que puede limitar la aplicación integral de prácticas humanizadas (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Esto también evidencia una tensión entre la teoría normativa y la práctica cotidiana: aunque la evidencia internacional plantea que el parto humanizado no debe excluir la intervención médica cuando está indicada, sino que debe promover un uso racional de las mismas para favorecer la experiencia de la mujer (OMS, 2021), algunos médicos reconocen la dificultad de traducir estas directrices a su práctica diaria, especialmente debido a las exigencias de tiempo y carga asistencial.

### **Perspectiva del personal de enfermería**

Las definiciones proporcionadas por el personal de enfermería destacan aspectos que otras literaturas contemporáneas identifican como esenciales para la humanización de la atención: acompañamiento emocional continuo, comunicación respetuosa, creación de ambientes seguros y apoyo a las decisiones de la mujer. Una entrevistada resume esta comprensión al describir el parto humanizado como un proceso donde la mujer se siente informada, escuchada y protagonista de su experiencia.

Esta percepción se alinea estrechamente con los lineamientos de la OPS (2020), que sostienen que la atención respetuosa y humanizada del parto no puede limitarse a prácticas biomédicas aisladas, sino que debe integrar *“la escucha activa, el reconocimiento de las necesidades emocionales, y la promoción de la dignidad, la libertad de expresión y la participación efectiva de la mujer durante todo el proceso”* (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Esta visión holística incorpora tanto los aspectos clínicos como los relacionales y

afectivos, lo que desde la literatura se considera un componente clave de la calidad integral de la atención.

Comparado con los discursos médicos, el enfoque del personal de enfermería se muestra más inclusivo del componente subjetivo de la experiencia de parto, lo que sugiere que este grupo profesional puede estar mejor contextualizado con las recomendaciones internacionales que destacan el respeto por la autonomía, las preferencias personales y el acompañamiento emocional constante (OPS, 2020; OMS, 2021).

### **Percepción del personal administrativo**

Por su parte, el personal administrativo tiende a definir el parto humanizado desde una perspectiva más gerencial y centrada en la experiencia general del paciente, vinculando el concepto con la mejora de la satisfacción, la comodidad y la percepción de calidad del servicio. Aunque estas definiciones son compatibles con algunos elementos de la humanización, carecen de especificidad clínica y práctica.

Esto concuerda con lo señalado por la OMS en sus documentos sobre atención respetuosa, en los cuales se reconoce que los administradores de servicios de salud suelen enfocar la humanización en términos de resultados percibidos por las usuarias y satisfacción del paciente, más que en la transformación de las prácticas clínicas y de cuidado (OMS, 2020). Este enfoque no es necesariamente erróneo, pero puede resultar insuficiente si no se articulan estrategias que integren la perspectiva clínica y la experiencia vivida de la mujer.

### **Brecha conceptual y sus implicaciones**

La diversidad de interpretaciones evidencia una brecha conceptual entre los distintos grupos profesionales, lo cual puede tener implicaciones importantes para la implementación del enfoque de parto humanizado dentro de la institución. Esta heterogeneidad se observa en la literatura científica reciente: tanto la OPS como la OMS han señalado que la falta de una

comprensión compartida y consensuada del concepto dificulta la estandarización de prácticas y la creación de protocolos clínicos y organizacionales coherentes (OPS, 2020; OMS, 2021).

La literatura internacional también subraya la necesidad de promover una cultura institucional que integre tanto los aspectos técnicos como los relacionales del cuidado (OMS, 2021). Sin una conceptualización unificada, existe el riesgo de que algunos grupos prioricen únicamente la seguridad clínica o la percepción de calidad institucional, dejando de lado la perspectiva de la mujer como sujeto de derechos y protagonista de su propio proceso de parto.

#### **Categoría 4: Factores que facilitan u obstaculizan la práctica del parto humanizado**

Los hallazgos de la investigación revelan que la práctica del parto humanizado en el Hospital Obrero N.º 2 está condicionada por factores tanto facilitadores como obstaculizadores, los cuales interactúan en múltiples niveles (individual, organizacional y estructural). Esta complejidad se observa también en las recomendaciones técnicas y de políticas sanitarias de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

#### **Facilitadores de la práctica del parto humanizado**

##### **a) Motivación personal y conciencia profesional**

Un hallazgo central fue la motivación personal del personal de salud para modificar las prácticas tradicionales de atención del parto, impulsada por la percepción de que el modelo convencional ya no responde a las expectativas y necesidades actuales de las mujeres. Varios profesionales señalaron que las pacientes llegan más informadas y con mayores expectativas de participación en su proceso de parto, lo que genera una inquietud creciente por ofrecer una atención más respetuosa y centrada en la mujer.

Este resultado está en consonancia con lo planteado por la OMS en sus recomendaciones sobre la atención intraparto, donde se afirma que la atención de calidad debe responder a las necesidades físicas, emocionales y socioculturales de la mujer, promoviendo una experiencia positiva del parto y una participación activa en las decisiones que la afectan (World Health Organization, 2018; citado en Organización Mundial de la Salud, 2021). La guía técnica de la OMS también enfatiza que la atención respetuosa debe “*permitir la toma de decisiones informadas y el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto*” (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Esto implica que el reconocimiento de la necesidad de cambio por parte de los profesionales constituye un motor significativo para la adopción de prácticas humanizadas.

#### **b) Conocimiento teórico sobre el parto humanizado**

Otra condición facilitadora identificada fue el conocimiento teórico y conceptual que poseen algunos miembros del equipo de salud, producto de la lectura de directrices internacionales o de formación específica. Este hallazgo refleja la relevancia de la educación continuada para la adopción de prácticas basadas en evidencia.

Las orientaciones de la OMS y la OPS recomiendan explícitamente que la atención intraparto se base en evidencia científica y en la comprensión de que el parto es un proceso fisiológico que puede optimizarse no solo con intervenciones clínicas adecuadas, sino también mediante atención respetuosa y centrada en la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020).

#### **c) Apoyo de colegas y liderazgo positivo**

El soporte de líderes clínicos y administrativos comprometidos con la humanización constituye otro facilitador importante. Testimonios refieren que líderes como jefes de enfermería

promueven la reflexión sobre las prácticas habituales y motivan a sus equipos a incorporar acciones más respetuosas hacia las mujeres.

La literatura internacional subraya que el liderazgo y el trabajo colaborativo son factores clave para el cambio de prácticas en salud materna, facilitando la adopción de enfoques respetuosos e integradores en entornos hospitalarios (Organización Mundial de la Salud, 2021).

### **Obstáculos para la implementación del parto humanizado**

#### **a) Cultura institucional arraigada**

Uno de los principales desafíos reportados fue la resistencia al cambio derivada de una cultura institucional profundamente arraigada en modelos tradicionales de atención. El personal expresó incertidumbre o incomodidad frente a la introducción de prácticas nuevas, lo que limita la adopción de enfoques que prioricen la experiencia y el protagonismo de la mujer.

Este fenómeno coincide con lo observado en estudios globales y en la propia orientación de la OMS, donde se plantea que la evolución hacia modelos de atención centrados en la mujer requiere no solo formación técnica, sino también cambios culturales dentro de los equipos de salud y las instituciones (Organización Mundial de la Salud, 2021).

#### **b) Falta de recursos materiales y humanos**

La insuficiencia de recursos materiales y humanos emergió como una barrera significativa para la práctica del parto humanizado. El personal mencionó la falta de espacios adecuados (por ejemplo, salas con condiciones de privacidad y confort), la ausencia de implementos que favorezcan la movilidad y el apoyo (como pelotas o barras), y la insuficiencia de personal para brindar acompañamiento continuo.

Estas limitaciones estructurales contradicen las recomendaciones de la OMS para una atención intraparto de calidad, que incluyen la provisión de apoyo continuo, comunicación efectiva y respeto por las necesidades de la mujer durante el parto (Organización Mundial de la Salud, 2021). La evidencia internacional señala que la falta de infraestructura y de insumos adecuados puede limitar considerablemente la implementación de prácticas que generan una experiencia positiva del parto (Organización Mundial de la Salud, 2021).

### **c) Ausencia de protocolos institucionales y apoyo directivo**

La falta de una política institucional clara y protocolos específicos que orienten y respalden la adopción de prácticas humanizadas fue otro obstáculo destacado. El personal consideró que sin directrices claras emanadas de la dirección del hospital es difícil consolidar cambios estructurados en la atención.

La OMS enfatiza la necesidad de que los gestores y directivos hospitalarios integren las recomendaciones internacionales en políticas y protocolos locales, pues esto permite transformar las recomendaciones técnicas en prácticas cotidianas efectivas dentro de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2021).

### **d) Integración de hallazgos y sus implicaciones**

En conjunto, los resultados indican que si bien existen condiciones individuales y grupales favorables como motivación, conocimiento y liderazgo, los obstáculos estructurales y organizacionales limitan la práctica del parto humanizado de forma sostenida y sistemática. Esto refleja la complejidad inherente a la transformación del cuidado obstétrico en entornos hospitalarios.

Los documentos de la OMS y la OPS corroboran que la atención respetuosa y humanizada no es solo una cuestión de voluntad profesional, sino que requiere cambios organizacionales,

formación, infraestructura adecuada y políticas públicas que respalden su implementación (Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Propuestas y lineamientos para el fortalecimiento del parto humanizado – estrategias de mejora institucional

Los resultados cualitativos obtenidos muestran que el personal del Hospital Obrero N.º 2 percibe la necesidad de mejorar las condiciones institucionales para promover una atención del parto más respetuosa, integral y centrada en las necesidades de la mujer. Las propuestas recogidas se agrupan en cuatro grandes líneas de acción interrelacionadas: capacitación continua del personal, adecuación de la infraestructura, revisión y fortalecimiento de protocolos internos, y respaldo institucional efectivo al enfoque del parto humanizado.

#### **e) Capacitación continua del personal**

Diversos informantes señalaron que sin un esfuerzo sostenido en la educación y actualización profesional será difícil que el enfoque de parto humanizado se implemente de forma consistente. En este sentido, se hace énfasis no solo en cursos técnicos sobre manejo fisiológico del parto, sino también en la comprensión de los aspectos relacionales y de derechos humanos que implica esta aproximación.

Esta propuesta es congruente con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que establece que los programas de capacitación deben incluir tanto contenidos clínicos como habilidades de comunicación efectiva, respeto de las preferencias de la mujer y toma de decisiones compartida (Organización Mundial de la Salud, 2021). La OMS enfatiza que *“la capacitación debe permitir a los profesionales adoptar prácticas basadas en evidencia que respeten las necesidades, valores y preferencias de las mujeres”* (Organización Mundial de la Salud, 2021, p. 32), lo cual refleja la necesidad de ir más allá de la formación técnica tradicional.

#### **f) Adecuación de la infraestructura**

Las propuestas también incluyen cambios en la infraestructura física del hospital, con espacios más amplios, confortables y que permitan la libre movilidad de la mujer durante el trabajo de parto. La adecuación de salas, baños, ambientes con iluminación regulable y equipamiento básico (pelotas de parto, colchonetas, etc.) fue considerada clave para habilitar prácticas humanizadas que respeten el proceso fisiológico y el bienestar psicosocial.

La literatura de la Organización Panamericana de la Salud subraya que la disposición de ambientes apropiados es un componente esencial de la atención respetuosa, y que los espacios físicos deben facilitar la comodidad, la privacidad y la participación activa de la gestante en su propio proceso (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Según la OPS, *“la infraestructura física debe ser diseñada considerando la dignidad, confidencialidad y autonomía de la mujer, lo que contribuye a una experiencia de parto más positiva”* (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p. 15).

#### **g) Revisión y fortalecimiento de protocolos internos**

Otra propuesta clave fue la necesidad de desarrollar, revisar y actualizar los protocolos clínicos internos, de manera que integren explícitamente los principios del parto humanizado sin comprometer la seguridad clínica. Los participantes sugirieron que estos lineamientos deban ser elaborados de forma participativa con el equipo médico, de enfermería y administrativo, para asegurar su pertinencia y aplicabilidad en el contexto local.

La OMS ha sostenido que la existencia de directrices claras y adaptadas al contexto es esencial para promover prácticas de atención que integren calidad clínica y respeto a las preferencias de la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2021). En este sentido, *“el uso de guías clínicas basadas en evidencia y adaptadas localmente facilita la atención respetuosa y mejora la coordinación de los equipos de salud”* (Organización Mundial de la Salud, 2021, p. 47).

Una revisión participativa de protocolos permitiría transformar las recomendaciones globales en prácticas concretas dentro del hospital, potenciando su apropiación por parte del personal.

#### **h) Respaldo Institucional y compromiso organizacional**

Una constante en los testimonios fue la percepción de que el cambio hacia un modelo de atención humanizada no puede depender únicamente del esfuerzo individual de los profesionales, sino que requiere un compromiso institucional explícito. Esto implica no solo la emisión de políticas y recursos, sino también un liderazgo activo que promueva y supervise su ejecución.

Este enfoque está respaldado por la OMS y la OPS, que señalan que las políticas institucionales deben tener un enfoque integral que abarque recursos humanos, educación continua, supervisión y evaluación de la implementación de prácticas respetuosas (Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020). La OMS afirma que *“sin el respaldo organizacional y directivo, los esfuerzos de humanización de la atención tienden a ser fragmentados y de corto alcance”* (Organización Mundial de la Salud, 2021, p. 14). Asimismo, la OPS señala que *“el compromiso institucional es un componente determinante para asegurar la sostenibilidad de las mejoras en la atención del parto”* (Organización Panamericana de la Salud, 2020, p. 21).

Los testimonios recogidos refuerzan esta necesidad:

- Los participantes manifestaron que, si la dirección apoya y financia capacitación, el cambio es posible.
- Se identificó la urgencia de establecer un modelo de atención o protocolo que permita que las mujeres, sus bebés y sus acompañantes vivan el proceso con tranquilidad y respeto, sin sacrificar la seguridad clínica.
- Se destacó la importancia de que tanto el personal médico como el administrativo asuman un compromiso conjunto, lo cual es consistente con las recomendaciones internacionales

sobre la participación multidisciplinaria en el diseño y la ejecución de estrategias de mejorar.

En síntesis, los hallazgos de esta categoría señalan que la implementación efectiva del parto humanizado en el Hospital Obrero N.º 2 depende de un conjunto articulado de acciones estructurales, profesionales y organizacionales. Las propuestas de mejora institucional derivadas de la percepción del personal coinciden con las recomendaciones de entidades como la OMS y la OPS, que enfatizan la necesidad de:

- Capacitación continua que integre aspectos clínicos y relacionales de la atención.
- Infraestructura adecuada para respetar la dignidad, autonomía y comodidad de las mujeres.
- Protocolos clínicos claros y adaptados al contexto institucional.
- Compromiso sostenido de la dirección y liderazgo organizacional.

Integrar estas estrategias puede significar un avance sustantivo hacia una atención de parto que articule eficacia clínica, respeto de derechos y calidad percibida por las usuarias, tal como lo recomiendan los organismos internacionales.

### 4.3.1 Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados. En primer lugar, la investigación se realizó en un único establecimiento de salud, específicamente en el Hospital Obrero N°2 – Regional Cochabamba, lo cual limita la posibilidad de garantizar los hallazgos a otros hospitales de 2do nivel o 3er nivel con diferentes características organizacionales y contextuales.

En segundo lugar, al tratarse de un estudio con enfoque cualitativo, los resultados se basan en percepciones y experiencias del personal medico especialista y administrativo, por lo que reflejan interpretaciones subjetivas que pueden variar según el contexto laboral, la experiencia profesional y la cultura organizacional del servicio.

Asimismo, el tiempo disponible para la recolección de información puede influir en la amplitud de la muestra, limitando la participación de todos los actores involucrados en la atención del parto humanizado, como el personal de enfermería, autoridades institucionales.

Otra limitación esta relacionada con la posible resistencia o cautela de algunos participantes al expresar sus opiniones sobre procesos institucionales, lo que podría generar respuestas socialmente deseables o incompletas.

Finalmente, factores externos como la carga laboral del personal de salud, la dinámica asistencial del servicio y las condiciones operativas del hospital pueden haber condicionado la disponibilidad de los participantes durante el proceso de entrevistas o recopilación de datos.

En conjunto, estas limitaciones no invalidan los resultados obtenidos, pero si sugieren que los hallazgos deben interpretarse dentro del contexto específico en el que se desarrolló la investigación y pueden servir como base para futuros estudios amplios sobre la implementación del parto humanizado en otros establecimientos de salud.

## **5 CAPÍTULO V PROPUESTA**

### **MODELO INSTITUCIONAL DEL FORTALECIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DE PARTO HUMANIZADO, BASADO EN LAS PERCEPCIONES DEL PERSONAL MEDICO ESPECIALISTA Y ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA–OBSTETRICIA DEL HOSPITAL OBRERO N.º 2 – CAJA NACIONAL DE SALUD, REGIONAL COCHABAMBA**

#### **5.1 Fundamentos teóricos, sociales e institucionales de la propuesta**

La propuesta presentada se sustenta en un conjunto de fundamentos teóricos, sociales e institucionales que emergen tanto de la evidencia científica contemporánea como de los principios globales de calidad y derechos de la salud materna. Conceptualmente, la atención humanizada del parto enmarca dentro del paradigma de la atención respetuosa y centrada en la mujer, que reconoce la dignidad, la autonomía y la experiencia subjetiva de la gestante como elementos esenciales para una atención de calidad (Promoting a global culture...,2023). Esta perspectiva reconoce que el parto no debe ser vivido únicamente como un procedimiento biomédico, sino como un proceso vital en el que las decisiones de la mujer deben ser respetadas y acompañadas con calidez humana y conservación de derechos fundamentales.

Desde punto de vista de los modelos de atención, la literatura científica enfatiza que la integración de prácticas respetuosas durante el embarazo y el parto contribuye a mejores resultados tanto clínicos como experimentales. Las intervenciones dirigidas a reducir el trato irrespetuoso y

promover la dignidad durante el parto representan un componente importante para incrementar la satisfacción de las usuarias y fortalecer la calidad de los servicios obstétricos (Mira – Catala et al., 2024). En este sentido, la atención humanizada se entiende como estrategia para mejorar la calidad integral de la atención maternal, al combinar seguridad clínica con respeto de derechos humanos, dignidad, empatía y comunicación efectiva.

Socialmente, la humanización del parto responde a las demandas crecientes de las mujeres por servicios de salud que no solo sean técnicamente seguros, sino también sensibles a sus necesidades culturales, emocionales y personales. Investigaciones han evidenciado que muchos entornos institucionales aun presentan formas de trato que pueden ser percibidas como abuso o falta de respeto, lo cual afecta la experiencia de la mujer y su confianza en los servicios de salud (Journal of Family Medicine and Primary Care, 2024). Esto subraya la necesidad de diseñar estrategias institucionales que se orienten hacia la transformación de las practicas asistenciales, la cultura organizacional y la relación entre profesionales de salud y usuarias.

Desde una perspectiva Institucional, organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han promovido iniciativas y herramientas para facilitar la implementación de prácticas que respeten los derechos, culturas y valores de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio. Por ejemplo, la “Herramienta de promoción del parto culturalmente seguro” de la OPS integra la participación comunitaria, el dialogo intercultural y criterios de equidad, reforzando el enfoque de derechos humanos en la atención materna (OPS, OMS, 2025).

Además, la literatura sobre servicios de salud señala que la implementación de modelos de atención innovadores, como el parto humanizado, depende no solo de la comprensión conceptual de sus principios, sino también de la capacidad institucional para generar condiciones estructurales y organizativas favorables. Esto incluye formación continua del personal, disponibilidad de recursos materiales, espacios adecuados, liderazgo institucional y mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan medir y ajustar las estrategias de atención (Shields et al., 2022; Afulani et al., 2021). Dichos elementos representan condiciones habilitantes que legitiman y sostienen las transformaciones en las prácticas asistenciales, garantizando que la humanización no sea solo un discurso sino una realidad institucional.

El componente institucional de la propuesta se fundamenta también en la teoría del cambio organizacional, que plantea que las prácticas profundamente arraigadas en una cultura institucional sólo pueden transformarse mediante procesos que involucren liderazgo, participación, retroalimentación y aprendizaje colectivo (Kotter, 2012; Mannion & Davies, 2021). Esto es particularmente relevante en contextos hospitalarios donde la atención biomédica tradicional ha estado históricamente naturalizada y donde los profesionales han internalizado prácticas rígidas de atención. Por ello, el modelo propuesto considera que la institucionalización del parto humanizado requiere medidas que articulen tanto la dimensión técnica (protocolos, procesos y recursos) como la dimensión humana (valores, creencias y actitudes del personal), generando sinergias entre ambas para producir cambios sostenibles.

Desde un enfoque social, la participación activa de los profesionales de salud y de la administración en el diseño del modelo de fortalecimiento responde a los principios de la investigación basada en la praxis social, que reconoce que las soluciones más pertinentes y sostenibles son aquellas construidas desde las percepciones, experiencias y necesidades de los actores que forman parte del proceso a transformar. Este enfoque participativo favorece la apropiación de los cambios recomendados, la adaptación contextualizada de las estrategias y la consolidación de una cultura institucional que valore el respeto, la equidad y la dignidad en la atención del parto.

En resumen, la propuesta de un modelo institucional para fortalecer la implementación del parto humanizado se apoya en fundamentos teóricos sobre atención centrada en la mujer y respeto a los derechos humanos, en evidencia científica que demuestra los beneficios de prácticas respetuosas en la salud materno-neonatal, y en teorías de cambio organizacional que facilitan la transformación de culturas institucionales. Estos fundamentos sustentan las acciones propuestas, orientadas a promover una atención integral, respetuosa, segura y humanizada, tal como lo demandan tanto los lineamientos internacionales como las percepciones del personal médico y administrativo del servicio.

## **5.2 Objetivos de la propuesta**

### **5.2.1 Objetivo general**

Fortalecer la implementación institucional del enfoque de parto humanizado en el servicio de ginecología – obstetricia del Hospital Obrero N°2, a partir de las percepciones del personal médico especialista y administrativos.

### **5.2.2 Objetivos específicos**

- Diseñar lineamientos institucionales que orienten la aplicación práctica del enfoque de parto humanizado en la atención diaria del servicio
  - Promover procesos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal médico especialista y administrativo sobre los principios y prácticas del parto humanizado
  - Adecuar aspectos organizativos y de gestión interna que faciliten la incorporación del parto humanizado en la dinámica del servicio
  - Fortalecer el respaldo institucional mediante la incorporación del enfoque de parto humanizado en protocolos, normas internas y procesos de supervisión.
  - Evaluar y supervisar periódicamente el modelo de institucional del parto humanizado.
- Planificación del Modelo de Intervención Social.

### **5.3 Planificación**

La planificación del Modelo Institucional de Fortalecimiento para la implementación del parto humanizado se estructura en cinco fases secuenciales y complementarias, las cuales permiten una ejecución gradual, evaluable y sostenible en el tiempo.

### **5.3 Desarrollo de la propuesta**

#### **5.3.1 Fase I: Diagnóstico y socialización institucional**

- **Objetivo:**

Fortalecer la conciencia y comprensión del personal médico y administrativo sobre los principios y la importancia del parto humanizado, promoviendo un compromiso inicial con su implementación en el servicio.

- **Actividades:**

1. Presentación de los resultados del estudio al personal mediante sesiones informativas y materiales visuales.
2. Talleres participativos para analizar percepciones del personal sobre la atención del parto y reflexionar sobre la importancia del enfoque humanizado
3. Reuniones por turnos para discutir experiencias, dudas y posibles estrategias de mejora.

- **Resultados esperados:**

El personal conoce y comprende los conceptos y principios del parto humanizado, se evidencia una actitud positiva inicial hacia la adopción de prácticas humanizadas, se establece un compromiso preliminar del equipo médico y administrativo para colaborar en las fases siguientes del modelo.

### **5.3.2 Fase II: Diseño de lineamientos y protocolo internos**

- **Objetivo:**

Establecer directrices claras y protocolos institucionales que guíen la práctica diaria del parto humanizado, integrando las percepciones del personal médico y administrativo, y adaptándolas a la realidad organizativa del servicio.

- **Actividades:**

1. Conformación del comité técnico – administrativo del desarrollo del protocolo
2. Revisión de normativas nacionales e internacionales y buenas prácticas en parto humanizado.
3. Elaboración de un documento interno con procedimientos claros, roles y responsabilidades
4. Presentación de ajuste del protocolo según retroalimentación del personal

5. Aprobación formal del protocolo por la dirección del hospital

- **Resultados esperados:**

Documento institucional que guíe la implementación del parto humanizado, mayor claridad en las funciones y responsabilidades del personal médico y administrativo, base normativa para la capacitación y ejecución de prácticas humanizadas en el servicio.

### **5.3.3 Fase III: Capacitación y fortalecimiento de capacidades**

- **Objetivo:**

Incrementar las competencias del personal médico especialista y administrativo, promoviendo la comprensión y aplicación de los principios del parto humanizado en la práctica diaria del servicio.

- **Actividades principales:**

1. Realización de talleres y cursos de capacitación dirigidos a médicos, enfermeras y personal administrativo.
2. Elaboración y distribución de material educativo, como guías folletos y cartillas sobre el parto humanizado
3. Sesiones prácticas y simulaciones que permitan aplicar los lineamientos del protocolo en escenarios reales o controlados

4. Reuniones de retroalimentación para resolver dudas, compartir experiencias y ajustar procedimientos según la dinámica del servicio.
5. Promover el uso del idioma quechua en la atención del servicio de ginecología y obstetricia para mejorar la comunicación con las pacientes y favorecer la implementación del parto humanizado.

- **Resultados esperados:**

Personal capacitado y sensibilizado respecto a los principios y prácticas del parto humanizado, mayor coherencia en la atención médica y administrativa, alineada con los lineamientos institucionales, mejora en la comunicación, coordinación y colaboración entre los diferentes actores del servicio.

#### **5.3.4 FASE IV: adecuaciones organizativas y físicas**

- **Objetivo:**

Optimizar la estructura, los espacios y los procesos internos del servicio para facilitar la implementación efectiva del parto humanizado, garantizando comodidad, privacidad y seguridad para la paciente y su acompañante.

- **Actividades principales**

1. Reorganización de las salas de parto para asegurar privacidad y comodidad (biombos, cortinas y espacios para los acompañantes).

2. Optimización de la distribución del personal y los turnos para reducir la sobrecarga laboral y permitir la aplicación de prácticas humanizadas.
3. Coordinación con áreas administrativas y medicas para mejorar la gestión de tiempos, recursos y la atención de pacientes.
4. Evaluación periódica de los ajustes realizados y retroalimentación para identificar oportunidad de mejora.

- **Resultados esperados:**

Espacios físicos y organizativos que faciliten la aplicación del enfoque humanizado de manera segura y eficiente, mejor coordinación entre el personal médico y administrativo, promoviendo la atención centrada en la mujer, incremento en la posibilidad de que las pacientes y sus acompañantes vivan un proceso de parto más respetuoso, seguro y satisfactorio.

### **5.3.5 FASE V: Seguimiento y evaluación**

**Objetivo:**

Garantizar la continuidad, efectividad y sostenibilidad del modelo del parto humanizado mediante mecanismos de supervisión, retroalimentación y evaluación periódica.

- **Actividades:**

1. Aplicación de listas de verificación y registros de cumplimiento de protocolos en cada turno del servicio.
2. Realización de reuniones periódicas de retroalimentación con personal médico y administrativo para revisar experiencia y dificultades.
3. Elaboración de informes semestrales que documenten el progreso, las barreras y las oportunidades de mejora en la implementación del enfoque.
4. Ajuste de procedimientos, distribución de recursos y capacitaciones según los resultados obtenidos en la evaluación.

**Resultados esperados:**

Monitoreo constante de la aplicación del parto humanizado en el servicio, identificación temprana de limitaciones y propuesta de soluciones oportunas para mejorar la atención, fortalecimiento progresivo de la cultura organizacional y consolidación de un enfoque de atención centrado en la mujer, seguro, respetuoso y humanizado.

#### **5.4 Metodología de la aplicación**

Se propone un diseño cualitativo de intervención aplicada, basado en principios de la investigación – acción – participativa, donde los actores involucrados contribuyen activamente en la planificación, ejecución y evaluación del modelo. Esto permite que la intervención se adopte a la realidad institucional, favorezca la apropiación del personal y aumente la efectividad de la implementación (Kemmis & Mc Taggart, 2020; Herrera et al., 2023).

El diseño contempla cinco fases secuenciales e integradas:

1. Sensibilización y socialización: crear conciencia sobre la importancia del parto humanizado, generando compromiso del personal.
2. Diseño de lineamientos y protocolos: Establecer directrices claras, basadas en la evidencia científica y normativas institucionales.
3. Capacitación y fortalecimiento de capacidades: desarrollar competencias técnicas, emocionales organizativas del personal
4. Adecuaciones organizativas y físicas: Optimizar la infraestructura, recursos y procesos internos para facilitar la aplicación del modelo.
5. Seguimiento y evaluación: Monitorear el cumplimiento, identificar barreras y realizar ajustes para consolidar la implementación.

**Tabla 3** Acciones para el seguimiento y evaluación de la propuesta

<b>Fase</b>	<b>Objetivo metodológico</b>	<b>Actividades clave</b>	<b>Indicadores / Resultados esperados</b>
Fase 1: Sensibilización y socialización	Fortalecer la conciencia del personal sobre los principios del parto humanizado y generar compromiso inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de resultados del estudio.</li> <li>- Talleres participativos y reflexivos.</li> <li>- Reuniones por turnos para resolver dudas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento del personal sobre el enfoque.</li> <li>- Actitud positiva inicial hacia la implementación.</li> <li>- Compromiso institucional preliminar.</li> </ul>
Fase 2: Diseño de lineamientos y protocolos	Establecer directrices claras y protocolos adaptados a la realidad institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformación de comité interdisciplinario.</li> <li>- Elaboración y revisión de protocolos.</li> <li>- Aprobación institucional de lineamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento oficial de protocolos de parto humanizado.</li> <li>- Claridad de roles y funciones del personal.</li> <li>- Base normativa para la capacitación y práctica clínica.</li> </ul>
Fase 3: Capacitación y fortalecimiento de capacidades	Incrementar competencias del personal para aplicar el enfoque humanizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talleres teóricos y prácticos.</li> <li>- Simulaciones y estudios de caso.</li> <li>- Sesiones de retroalimentación y resolución de dudas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal capacitado y sensibilizado.</li> <li>- Coordinación entre equipos médicos y administrativos.</li> <li>- Aplicación coherente de protocolos en la práctica diaria.</li> </ul>
Fase 4: Adecuaciones organizativas y físicas	Optimizar la infraestructura y la organización del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganización de salas y espacios.</li> <li>- Ajuste de flujos y turnos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacios físicos y procesos adaptados al enfoque humanizado.</li> <li>- Mejora de la atención centrada en la paciente y su acompañante.</li> </ul>

			- Coordinación logística entre áreas.	- Mayor eficiencia operativa.
Fase Seguimiento y evaluación	5: Garantizar la sostenibilidad del modelo mediante monitoreo y retroalimentación	la del cumplimiento y retroalimentación.	- Aplicación de listas de verificación y registros de cumplimiento. - Reuniones periódicas de retroalimentación. - Elaboración de informes semestrales y ajustes de procedimientos.	- Monitoreo continuo del cumplimiento de protocolos. - Identificación de dificultades y soluciones. - Consolidación

Fuente: Elaboración propia

#### 5.4.1 Diseño y componentes de la intervención

**Tabla 4** Componentes de la propuesta

<b>Componente</b>	<b>Descripción</b>	<b>Relación con el objetivo general</b>
Componente educativo	Talleres de sensibilización, capacitación teórica y práctica, simulaciones, estudios de caso y sesiones de retroalimentación sobre parto humanizado.	Desarrolla la comprensión y habilidades del personal para aplicar el enfoque humanizado.
Componente organizativo	Ajustes en la distribución de turnos, flujos de atención y coordinación entre personal médico y administrativo.	Facilita la implementación eficiente de los lineamientos, disminuyendo la sobrecarga laboral y optimizando la atención centrada en la paciente.

<b>Componente</b>	<b>Descripción</b>	<b>Relación con el objetivo general</b>
Componente de infraestructura y recursos	Adecuación de salas de parto, espacios para acompañantes, privacidad, disponibilidad de recursos materiales y equipos.	Garantiza un entorno físico que respalde la aplicación de prácticas humanizadas y la participación de la paciente.
Componente normativo y procedimental	Elaboración y socialización de protocolos institucionales, lineamientos y guías internas para la atención humanizada.	Establece reglas claras que orientan la práctica diaria y el comportamiento del personal médico y administrativo.
Componente de seguimiento y evaluación	Observación directa, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios de retroalimentación y revisión de cumplimiento de protocolos.	Permite medir la efectividad de la intervención, identificar barreras, ajustar procesos y consolidar la sostenibilidad del enfoque.

Fuente: Elaboración propi

### **Integración de componentes**

La intervención articula de manera sinérgica los cinco componentes, garantizando que el cambio cultural, organizativo y práctico se produzca de forma coherente y progresiva. Por ejemplo, la capacitación no solo se limita a transmitir conocimientos, sino que también se relaciona con la reorganización de turnos y la adecuación de los espacios físicos, asegurando que el personal pueda aplicar lo aprendido de manera efectiva.

## **Fundamentación de la intervención**

El modelo se fundamenta en la evidencia científica que respalda los beneficios del parto humanizado en términos de experiencia de la paciente, satisfacción, seguridad clínica y resultados perinatales (OPS, 2021; WHO, 2022). Asimismo, considera la realidad institucional, la cultura organizacional y la percepción de los actores, garantizando que los cambios sean adaptables, sostenibles y aceptados por el personal involucrado (Herrera et al., 2023).

### **5.4.2 Responsables**

La implementación del Modelo Institucional del Fortalecimiento para la Aplicación del Enfoque de Parto Humanizado requiere la participación coordinada de diversos actores, considerando la complejidad del servicio de Ginecología–Obstetricia y la necesidad de integrar la perspectiva médica, administrativa y de gestión hospitalaria. La distribución de responsabilidades se organiza en tres niveles:

#### **1. Nivel estratégico**

- **Dirección del Hospital y Coordinación Regional de la Caja Nacional de Salud:**  
Son responsables de apoyar institucionalmente la propuesta, aprobar lineamientos y asignar recursos necesarios para la implementación. Además, supervisan que la intervención cumpla con las políticas de salud materna y perinatal vigentes (OPS, 2021).

- **Funciones específicas**

1. Garantizar presupuesto y recursos para capacitación e infraestructura.
2. Aprobar protocolos y lineamientos institucionales.
3. Monitorear indicadores de cumplimiento del modelo.

## **2. Nivel táctico**

- **Jefatura del Servicio de Ginecología–Obstetricia**

Coordina la implementación dentro del servicio, supervisa la adhesión al modelo y asegura que los procedimientos clínicos y administrativos se adapten a los lineamientos del parto humanizado.

- **Funciones específicas**

1. Organizar turnos y flujos de atención.
2. Facilitar la participación activa de médicos, enfermeras y personal administrativo en capacitaciones.
3. Monitorear la adecuación de infraestructura y recursos para la práctica humanizada.

- **Comité interdisciplinario de implementación:** Conformado por médicos especialistas, enfermeras, personal administrativo y un coordinador académico o de proyecto, este comité será responsable de la planificación detallada, seguimiento y retroalimentación continua.
- **Funciones específicas**
  4. Revisar avances por fases y proponer ajustes.
  5. Coordinar la ejecución de talleres y capacitaciones.
  6. Evaluar la satisfacción del personal y pacientes respecto al modelo

#### **Nivel operativo**

- **Personal médico especialista y enfermería:** Responsables de aplicar los principios del parto humanizado en la atención diaria, incluyendo el acompañamiento emocional, respeto de tiempos y decisiones de la paciente, y el cumplimiento de protocolos clínicos adaptados.
- **Personal administrativo:** Encargado de gestionar recursos, coordinar espacios y asegurar que las condiciones logísticas permitan la aplicación efectiva del modelo.
- **Funciones específicas**
  1. Organizar salas, turnos y flujos de pacientes.
  2. Supervisar que la infraestructura y el equipamiento estén disponibles.

3. Facilitar la comunicación entre áreas y garantizar el cumplimiento de lineamientos institucionales.

### **Coordinación y responsabilidad compartida**

El éxito de la implementación depende de una articulación efectiva entre los tres niveles, asegurando que la propuesta no se limite a un documento, sino que se traduzca en prácticas sostenibles y aceptadas por todos los actores. Se promoverá reuniones periódicas de seguimiento y mecanismos de retroalimentación que permitan ajustar la intervención de manera dinámica y participativa.

#### **5.4.3 Recursos necesarios**

Para garantizar la implementación efectiva del Modelo Institucional del Fortalecimiento del Enfoque de Parto Humanizado, es fundamental contar con recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, organizados según las necesidades de cada fase de la intervención. La adecuada asignación y gestión de estos recursos permitirá superar las barreras estructurales y culturales identificadas en el estudio.

##### **1. Recursos humanos**

- **Personal médico especialista y enfermería:** para la aplicación directa del enfoque humanizado, acompañamiento de pacientes, participación en capacitaciones y retroalimentación continua.

- **Personal administrativo:** encargado de la coordinación de turnos, gestión de espacios, control de infraestructura y logística de recursos.
- **Equipo interdisciplinario de implementación:** médicos, enfermeras, psicólogos, coordinadores de proyecto y supervisores, responsables de planificar, monitorear y evaluar la intervención.
- **Capacitadores externos o consultores especializados:** para talleres y actualización en protocolos de parto humanizado y habilidades comunicacionales.

## 2. Recursos materiales

- **Infraestructura adaptada:** salas de parto con privacidad suficiente, espacios para acompañantes, mobiliario flexible que permita movilidad y posiciones libres durante el trabajo de parto.
- **Equipamiento médico y de apoyo:** monitores, camillas adaptables, equipos de emergencia, material de higiene y seguridad, y recursos para contacto piel a piel y lactancia temprana.
- **Material didáctico:** guías, protocolos, manuales, presentaciones y material audiovisual para talleres de capacitación.
- **Documentación institucional:** lineamientos, normativas internas y registros de seguimiento del cumplimiento de protocolos.

### 3. Recursos tecnológicos

- **Sistemas de información y registro:** para documentar el cumplimiento de lineamientos, registrar intervenciones realizadas y monitorear resultados clínicos y de satisfacción.
- **Plataformas virtuales:** para capacitación online, reuniones de seguimiento y difusión de protocolos actualizados.

### 4. Recursos financieros

- **Presupuesto para capacitación:** honorarios de instructores, materiales educativos y logística de talleres.
- **Inversión en infraestructura y equipamiento:** adecuación de salas de parto, compra de mobiliario, adquisición de equipos médicos y materiales de confort para pacientes.
- **Costos de monitoreo y evaluación:** recursos para supervisión periódica, encuestas de satisfacción y análisis de resultados.

### 5. Recursos sociales e institucionales

- **Apoyo institucional:** respaldo de la Dirección del Hospital y Coordinación Regional de la CNS para garantizar la sostenibilidad de la intervención.
- **Participación activa del personal:** compromiso del personal médico y administrativo para aplicar, adaptar y evaluar el modelo.

- **Red de apoyo externa:** colaboración de organismos de salud pública, asociaciones profesionales y entidades educativas que fortalezcan la capacitación y difusión de buenas prácticas.

### **Fundamentación**

La disponibilidad y correcta utilización de estos recursos es crucial para asegurar que la intervención no se limite a un plan teórico, sino que se traduzca en prácticas sostenibles y efectivas en el servicio de Ginecología–Obstetricia. La literatura reciente enfatiza que la implementación de modelos humanizados requiere alineación de recursos humanos, logísticos y financieros, así como el compromiso institucional para consolidar el cambio cultural (OPS, 2021; Herrera et al., 2023; WHO, 2022).

### **5.5 Estrategias de implementación**

La implementación efectiva del modelo requiere un enfoque integral y participativo, que combine intervenciones educativas, organizativas, estructurales y de monitoreo. Las estrategias propuestas se basan en las necesidades identificadas en el servicio y en la evidencia científica sobre la humanización del parto, garantizando que los cambios sean sostenibles y aceptados por el personal médico y administrativo (OPS, 2021; Herrera et al., 2023).

### **1. Estrategias educativas**

- Capacitación continua del personal: talleres teóricos y prácticos sobre parto humanizado, protocolos clínicos, acompañamiento emocional y derechos de la paciente.
- Sensibilización y socialización: reuniones periódicas con médicos, enfermeras y personal administrativo para generar conciencia sobre la importancia del enfoque humanizado.
- Simulaciones y casos prácticos: ejercicios prácticos que permitan experimentar situaciones reales de atención humanizada, fomentando la aplicación inmediata de lo aprendido.

### **2. Estrategias organizativas**

- Rediseño de flujos de atención: ajustes en turnos, coordinación de equipos y distribución de pacientes para reducir sobrecarga laboral y permitir un acompañamiento más cercano de la paciente.
- Establecimiento de lineamientos y protocolos internos: elaboración y difusión de guías claras que regulen la atención humanizada, incluyendo criterios de intervención médica y derechos de la paciente.
- Creación de un comité de seguimiento: grupo interdisciplinario encargado de supervisar la implementación, identificar barreras y proponer ajustes oportunos.

### **3. Estrategias de infraestructura y recursos**

- Adecuación de espacios físicos: salas de parto con privacidad suficiente, áreas para acompañantes y mobiliario que facilite la movilidad de la paciente.
- Disponibilidad de recursos materiales y tecnológicos: garantizar la presencia de equipos médicos, materiales de confort y plataformas de registro de la atención, que apoyen la aplicación del modelo.

### **4. Estrategias de monitoreo y evaluación**

- Seguimiento continuo de indicadores: registro y análisis de indicadores de calidad, satisfacción de pacientes y cumplimiento de protocolos.
- Retroalimentación periódica al personal: reuniones de revisión de avances y ajustes, fomentando la participación y el compromiso del equipo.
- Evaluación de impacto: análisis de resultados clínicos, experiencia de la paciente y efectividad de la implementación, con el objetivo de consolidar las buenas prácticas.

### **5. Estrategias de sostenibilidad**

- Fortalecimiento del compromiso institucional: asegurar que la Dirección del Hospital y la Coordinación Regional respalden permanentemente el modelo mediante políticas y recursos.

- Capacitación de formadores internos: formar líderes locales que puedan replicar la capacitación y garantizar la continuidad del enfoque humanizado.
- Integración de la intervención en la cultura organizacional: promover cambios en hábitos, normas informales y valores institucionales que respalden la humanización del parto de manera permanente.

#### **Fundamentación:**

Estas estrategias se sustentan en evidencia de intervenciones exitosas en hospitales públicos y estudios de salud materna, donde se ha demostrado que la combinación de educación, reorganización institucional, adecuación de infraestructura y monitoreo continuo facilita la implementación del parto humanizado y mejora la experiencia de la paciente (WHO, 2022; Herrera et al., 2023; OPS, 2021).

#### **5.4.4 Supervisión y evaluación**

La supervisión y evaluación constituyen elementos clave para garantizar que la implementación del Modelo Institucional para el Fortalecimiento del Enfoque de Parto Humanizado se ejecute de manera eficiente, sostenida y conforme a los lineamientos establecidos. Estas acciones permiten identificar avances, detectar desviaciones, fortalecer buenas prácticas y ajustar estrategias según las necesidades del servicio (WHO, 2022; OPS, 2021; Herrera et al., 2023).

## **1. Supervisión**

- La supervisión será permanente y sistemática, involucrando a los diferentes niveles de responsabilidad: estratégico, táctico y operativo.
- Se realizarán visitas periódicas al servicio, observando la aplicación de los protocolos de atención humanizada, la coordinación de los equipos y la adecuación de los espacios físicos.
- El comité interdisciplinario de implementación tendrá la función de verificar el cumplimiento de las actividades de cada fase, generar retroalimentación inmediata y promover ajustes oportunos.
- Se fomentará la participación activa del personal médico y administrativo, para que la supervisión no sea percibida como control externo, sino como un apoyo para mejorar la práctica profesional y la experiencia de la paciente.

## **2. Evaluación**

- La evaluación se realizará de manera cualitativa y cuantitativa, considerando indicadores de satisfacción de pacientes, cumplimiento de protocolos, calidad del acompañamiento, respeto a tiempos y decisiones de la paciente, así como indicadores clínicos de seguridad materno-perinatal.

- Se emplearán instrumentos como encuestas de satisfacción, registros institucionales, observaciones directas y entrevistas semiestructuradas para recabar información.
- La evaluación tendrá una frecuencia periódica, establecida en cada fase de la implementación, con el fin de identificar progresos, barreras y necesidades de mejora continua.
- Los resultados de la evaluación serán retroalimentados al personal y la dirección, permitiendo tomar decisiones informadas sobre ajustes en la planificación, capacitación, asignación de recursos y reorganización de procesos.

#### **5.4.5 Indicadores de éxito**

- Aplicación adecuada del protocolo de parto humanizado en la atención diaria.
- Satisfacción y percepción positiva de las pacientes sobre la experiencia de parto.
- Participación activa del personal médico y administrativo en las actividades de capacitación y en la adopción de nuevas prácticas.
- Reducción de barreras estructurales y organizativas, mediante mejoras en infraestructura, coordinación y gestión de recursos.

### 5.3 Cronograma de implementación del modelo de fortalecimiento

**Tabla 5** Cronograma de la propuesta

Fase	Periodo estimado	Actividades principales	Responsables	Resultados esperados
Fase 1: Diagnóstico y sensibilización	Mes 1 – Mes 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de necesidades y barreras.</li> <li>- Sensibilización del personal médico y administrativo sobre el enfoque de parto humanizado.</li> <li>- Revisión de infraestructura y recursos disponibles.</li> </ul>	Coordinador del proyecto, médicos líderes, administrativos	Informe de diagnóstico institucional y sensibilización del equipo sobre la importancia del enfoque humanizado.
Fase 2: Capacitación y formación	Mes 2 – Mes 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talleres teóricos y prácticos sobre parto humanizado.</li> <li>- Simulaciones de atención</li> </ul>	Capacitadores internos y externos, personal médico y administrativo	Personal capacitado, conocimiento actualizado y comprensión integral del

		humanizada y manejo emocional de la paciente. - Socialización de protocolos internos.		enfoque humanizado.
Fase 3: Rediseño de procesos y protocolos	Mes 4 – Mes 5	- Elaboración de protocolos internos de atención humanizada. - Ajuste de flujos de trabajo, coordinación de turnos y espacios. - Adecuación de recursos materiales y tecnológicos.	Comité interdisciplinario, médicos y administrativos	Protocolos institucionales definidos, flujos reorganizados y recursos preparados para la implementación.
Fase 4: Implementación piloto	Mes 5 – Mes 7	- Aplicación de los protocolos en casos seleccionados. - Supervisión directa de la	Personal médico, enfermería, administrativos y comité de seguimiento	Experiencia piloto aplicada, retroalimentación obtenida y ajustes identificados.

		atención humanizada. - Recolección de información para evaluación inicial.		
Fase 5: Implementación definitiva y consolidación	Mes 7 – Mes 9	- Implementación completa del modelo en todo el servicio. - Supervisión y seguimiento continuo. - Evaluación de impacto y ajustes finales.	Comité interdisciplinario, dirección del hospital, personal médico y administrativo	Modelo implementado de forma sostenida, mejora en la experiencia de la paciente, cumplimiento de protocolos y cambio cultural institucional.

Fuente: Elaboración propia

### **Fundamentación:**

El cronograma asegura una transición gradual y controlada, permitiendo que cada fase cumpla su objetivo antes de avanzar a la siguiente. Esta planificación considera la importancia de la capacitación, supervisión, adecuación de recursos y evaluación continua, factores que la literatura internacional y nacional destacan como esenciales para la implementación de enfoques humanizados en hospitales (WHO, 2022; OPS, 2021; Herrera et al., 2023)

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

El personal médico y administrativo reconoce la importancia del parto humanizado como una estrategia que equilibra la seguridad clínica con una atención centrada en la mujer. Sin embargo, su aplicación se encuentra condicionada por limitaciones organizativas, estructurales y culturales, además de la carga laboral, lo que demanda una intervención integral basada en formación, protocolos, adecuación de espacios y seguimiento constante.

#### Conclusión objetivo específico 1: Elementos culturales

La dinámica cultural del servicio se orienta principalmente al control y la rapidez del proceso obstétrico, reduciendo la participación activa de la paciente. La incorporación del parto humanizado requiere transformar prácticas arraigadas y revalorizar los componentes emocionales dentro de la atención.

#### Conclusión objetivo específico 2: Conocimientos, actitudes y creencias

Se identifican distintos niveles de comprensión sobre el parto humanizado. Aunque existe una predisposición favorable, persisten creencias vinculadas al intervencionismo clínico que dificultan su puesta en práctica, lo que evidencia la necesidad de procesos de capacitación y sensibilización.

### Conclusión objetivo específico 3: Barreras y facilitadores

Entre las dificultades más relevantes se encuentran la sobrecarga de trabajo, la infraestructura limitada, la escasez de personal y la falta de protocolos definidos. Como aspectos que favorecen su implementación se destacan el apoyo institucional y la disposición del personal para capacitarse.

### Conclusión objetivo específico 4: Lineamientos de fortalecimiento

Se plantea que los lineamientos institucionales deben contemplar formación continua, mejoras en la infraestructura, establecimiento de protocolos y supervisión permanente, integrando dimensiones clínicas, organizativas y culturales para afianzar la práctica del parto humanizado.

## **Recomendaciones**

En base a los hallazgos del estudio sobre las percepciones del personal médico especialista y administrativo respecto a la implementación del parto humanizado en el Servicio de Ginecología–Obstetricia del Hospital Obrero N.º 2, se sugieren las siguientes recomendaciones:

### **Para la gestión institucional**

- Fortalecer el respaldo institucional mediante políticas claras, lineamientos y protocolos internos que orienten la práctica del parto humanizado.

- Optimizar la distribución de recursos humanos y materiales, garantizando espacios adecuados y condiciones que permitan la participación de la paciente y su acompañante durante todo el proceso de parto.
- Establecer mecanismos de supervisión y evaluación periódicos que permitan monitorear la implementación del enfoque y realizar ajustes oportunos según las necesidades del servicio.

#### **Para el personal médico y de enfermería**

- Promover capacitaciones continuas sobre los principios y prácticas del parto humanizado, incluyendo aspectos clínicos, emocionales y de comunicación con la paciente.
- Fomentar la conciencia y reflexión profesional sobre la importancia de equilibrar la seguridad clínica con la atención centrada en la mujer, promoviendo la autonomía y participación activa de la paciente en su proceso de parto.
- Incentivar la colaboración interdisciplinaria, asegurando que todos los actores involucrados en la atención, desde médicos hasta administrativos, trabajen de manera coordinada para ofrecer una experiencia humanizada.

**Para el personal administrativo**

- Facilitar la gestión eficiente de recursos, turnos y espacios, para que la atención pueda adaptarse a los tiempos y necesidades de cada paciente sin comprometer la seguridad o la organización del servicio.
- Involucrarse activamente en la implementación de políticas de humanización, comprendiendo que su rol en la coordinación, planificación y supervisión es clave para consolidar el enfoque en la práctica diaria.

**Para la mejora continua del servicio**

- Implementar evaluaciones periódicas de satisfacción de las pacientes y del personal, con el objetivo de identificar oportunidades de mejora en la atención humanizada.
- Desarrollar campañas de sensibilización y comunicación interna que refuercen la importancia de la humanización del parto, promoviendo un cambio cultural gradual y sostenido dentro del hospital.
- **Crear el área de psicología en el servicio de Ginecología y Obstetricia** para brindar apoyo emocional y acompañamiento a las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio, contribuyendo a fortalecer la implementación del parto humanizado y mejorar la calidad de la atención. La presencia del profesional psicólogo puede contribuir al acompañamiento emocional de las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio, favoreciendo

la reducción de la ansiedad, el miedo y el estrés asociados al proceso de parto. Asimismo, el apoyo psicológico permite reforzar los principios del parto humanizado, brindando contención emocional, orientación y apoyo tanto a la paciente como a su familia, lo cual mejora la experiencia del nacimiento y la calidad de la atención en salud.

## REFERENCIAS

1. Afulani, P. A., Altman, M., Musana, J., & Sudhinaraset, M. (2020). Measuring women's empowerment in maternity care: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–12.
2. Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Miller, S., & Gülmezoglu, A. M. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *The Lancet Global Health*, 8(1), e20–e21.
3. Castro, A., & Savage, V. (2021). Obstetric violence as a human rights issue: A global perspective. *Health and Human Rights Journal*, 23(1), 35–48.
4. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva – OPS. (2021). Modelo de atención materna y neonatal centrado en la mujer. Organización Panamericana de la Salud.
5. González, R., & López, M. (2022). Humanización de la atención obstétrica y satisfacción materna en hospitales públicos. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 30, e3560.
6. Ministerio de Salud y Deportes. (2020). Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Estado Plurinacional de Bolivia.
7. Ministerio de Salud y Deportes. (2021). Lineamientos para la atención integral de la salud materna y neonatal. Estado Plurinacional de Bolivia.
8. Ministerio de Salud y Deportes. (2022). Norma técnica de atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Estado Plurinacional de Bolivia.

9. Ministerio de Salud y Deportes. (2023). Política de calidad en la atención en salud materna y neonatal. Estado Plurinacional de Bolivia.
10. Organización Mundial de la Salud. (2020). Quality of care for maternal and newborn health: WHO standards. World Health Organization.
11. Organización Mundial de la Salud. (2021). WHO recommendations on antenatal care and intrapartum care. World Health Organization.
12. Organización Mundial de la Salud. (2022). Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth. World Health Organization.
13. Organización Mundial de la Salud. (2023). Global report on maternal health. World Health Organization.
14. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Salud materna en América Latina y el Caribe: Avances y desafíos. OPS.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2021). Buenas prácticas para la atención del parto respetado. OPS.
16. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Modelo de atención integral en salud materna y neonatal. OPS.
17. Organización Panamericana de la Salud. (2023). Mejoramiento de la calidad de la atención obstétrica en América Latina. OPS.
18. Pérez, L., Ramírez, J., & Torres, M. (2023). Percepciones del personal de salud sobre el parto humanizado en hospitales públicos. *Revista de Salud Pública*, 25(2), 145–152.

19. Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., & Langer, A. (2021). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–11.
20. Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J., Rashidian, A., & Oladapo, O. (2020). Respectful care during childbirth in health facilities globally. *Reproductive Health*, 17(1), 1–14.
21. Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., & Bustreo, F. (2020). Quality of care for pregnant women and newborns. *The Lancet Global Health*, 8(1), e100–e118.
22. UNFPA. (2022). *State of the world population 2022: Maternal health and rights*. United Nations Population Fund.
23. UNICEF. (2021). *Maternal and newborn health report*. United Nations Children’s Fund.
24. Vargas, S., & Quispe, A. (2024). Implementación del parto humanizado en hospitales de Bolivia: Retos y perspectivas. *Revista Boliviana de Salud Pública*, 40(1), 25–34.
25. Zambrano, P., & Méndez, C. (2022). Cultura organizacional y humanización de la atención en servicios obstétricos. *Revista Iberoamericana de Salud*, 18(3), 112–12.

## BIBLIOGRAFIA

Bohren, M. A., Tunal, Ö., Miller, S., & Figueroa, C. (2021). *Promotion respectful maternity care: A systematic review of interventions*. World Health Organization. <https://www.who.int>

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... Gülmezoglu, A. M. (2020). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, *17*(3), e1003243. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003243>

Caja Nacional de Salud. (2022). *Memoria institucional y lineamientos de gestión*. CNS.

Castro, R., & Erviti, J. (2021). Obstetric violence: A challenge for public health and human rights. *Salud Colectiva*, *17*, 1–14. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3237>

Diniz, S. G., Rattner, D., d'Oliveira, A. F. P. L., Aguiar, J. M., & Niy, D. Y. (2020). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: Social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, *28*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1722307>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Ministerio de Salud y Deportes. (2021). *Lineamientos técnicos para la atención integral de la salud materna y neonatal*. Estado Plurinacional de Bolivia.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Recomendaciones de la OMS sobre atención intraparto para una experiencia de parto positiva*. OMS. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Improving the quality of care for maternal, newborn and child health*. WHO.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La violencia obstétrica en América Latina: Marco conceptual y estrategias de abordaje*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Perfil del sistema de salud de Bolivia*. OPS.

Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2020). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0902-0>

Vélez, C., & Restrepo, D. (2022). Intervención del trabajo social en la humanización de los servicios de salud. *Revista Latinoamericana de Trabajo Social*, 34(2), 45–60.

World Health Organization. (2021). *Ethical standards for research in health*. WHO.

Gonzales – Mesa, E., et al. (2021). Health professionals, attitudes towards humanized childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (20), 10650

Huerta – Sullá, R. (2022). Conocimiento y actitudes frente al parto humanizado en internos de la salud. Tesis de Licenciatura Perú.

Cornejo – García, L. (2024). Conocimiento y actitudes sobre el parto humanizado en estudiantes de obstetricia

Lima da Silva et. al (2021) Revisión que aborda el parto humanizado como conjunto de medidas desde prenatal hasta pos parto.

Díaz – Cruz, J., Pérez – García, M., & Alvarado Gutiérrez, T. (2021). Percepciones del personal de salud sobre la humanización del parto en hospitales públicos 5(2), 45 – 46.

Rodríguez, L., & Cárdenas, P. (2022). Barreras institucionales para la implementación del parto humanizado en los servicios hospitalarios. 14 (1), 77 – 89.

World Health Organization. (2021). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. WHO

World Health Organization (WHO). (2020). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Entrevista

Datos generales del entrevistado: .....

Cargo: Medico..... enfermera..... Personal administrativo .....  
Trabajador social.....

Años de experiencia en la Institución.....

Servicio o área de trabajo.....

#### - **Conocimiento y percepción del parto humanizado**

1. ¿Qué entiende usted por parto humanizado desde su experiencia profesional o administrativa?
2. ¿Como conoció o fue informado sobre el parto humanizado?
3. ¿Considera que el personal del servicio de ginecología tiene un concepto claro y compartido sobre el parto humanizado? ¿Por qué?
4. ¿De qué manera ha adquirido conocimientos sobre el parto humanizado (formación, capacitaciones, experiencia laboral)?

#### - **Percepciones sobre la implementación del parto humanizado**

1. ¿Cuál es su percepción personal sobre la importancia del parto humanizado en la atención materna?
2. Como percibe la implementación del parto humanizado
3. Desde su experiencia ¿Qué cambios ha observado en la atención del parto a partir de su implementación?
4. ¿Considera que el parto humanizado se aplica de manera adecuada en el servicio? ¿Por qué?
5. Desde su punto de vista, ¿Cómo es la actitud del personal médico y de enfermería frente a la implementación del parto humanizado?

- **Experiencias y practicas institucionales**

1. ¿Puede describir alguna experiencia positiva o negativa relacionada con la atención del parto humanizado?
2. ¿Qué prácticas del parto humanizado se realizan con mayor frecuencia en el servicio?
3. ¿Existen protocolos, normas o lineamientos institucionales que respalden esta práctica?

- **Factores facilitadores y limitantes**

1. ¿Qué factores considera que facilitan la implementación del parto humanizado en el hospital?
2. ¿Qué dificultades y barreras ha identificado para su adecuada aplicación?
3. ¿Como influyen los recursos humanos, infraestructura y organización institucional en este proceso?
4. ¿Existen resistencias, temores o prejuicios hasta el parto humanizado dentro del servicio?  
¿Cuáles?

- **Rol del personal médico y administrativo**

- **Medico**

1. ¿Cuál considera que es su rol en la implementación del parto humanizado?
2. ¿Qué acciones de apoyo o supervisión se realizan desde el nivel administrativo?

- **Administrativo**

1. ¿Cuál es el rol de la gestión administrativa en la implementación del parto humanizado?
2. ¿Qué acciones de apoyo o supervisión se realizan desde el nivel administrativo?

- **Propuestas de mejora**

1. ¿Qué impacto cree que tiene el parto humanizado en la madre, recién nacido y la familia?
2. ¿Desea agregar algún comentario adicional sobre el tema?

## ANEXO B

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA								
NOMINA	1	2	1	8	15	22	29	DESIGNACIONES
Lic. Maria A. Zurita Alvarado	M		X			X		Responsable QX/ QX 2/ 3
Lic. Silvia Torrico Orellana	M			X		X		Quirófano 1
Lic. Cristina Gutiérrez Herbas	M		X		X			Sala de Parto
Aux. Dolly Rocabado Flores	M		X		X		X	Quirófano 1
Aux. Diana Mita Marca	M			X		X		Quirófano 2
Aux. Rasmery Paz Mamani	M			X		X	X	Recién Nacido
Lic. Martha Flores Arias	T				X		X	Quirófano 1
Lic. Doris Mejía Bustillos	T						X	Quirófano 2
Lic. Lourdes Torrico Páco	T			X				Sala de Partos
Aux. Olga Aguilar Gutiérrez	T		X		X	X		Quirófano 1
Aux. Carmela Bustamante	T							Recién Nacido
Lic. Nancy Montaña Torrico	N	17	3-26					Quirófano
Lic. Iveth Blanco Vilca	N							Sala de Parto
Aux. Camila Camacho	N	7	3-26					Quirófano
Aux. Arinda Choque Saka	N	27	3-26					Recién Nacido
Lic. Betty Pesa Pardo		N						Quirófano
Lic. Lenny Soria Ramirez		N						Sala de Parto
Aux. Verónica Gonzales Rodríguez		N						Quirófano
Aux. Jannet Morales Nina		N						Recién Nacido

ROL DE SABADOS						
NOMINA		7	14	21	28	
Lic. Maria A. Zurita Alvarado	M		X		X	Responsable QX/ QX 2/ 3
Lic. Silvia Torrico Orellana	M	X		X		Quirófano
Lic. Cristina Gutiérrez Herbas	M		X		X	Se acoge a las 30 horas
Aux. Dolly Rocabado Flores	M	X		X		Quirófano 1
Aux. Diana Mita Marca	M		X		X	Quirófano 2
Aux. Rasmery Paz Mamani	M	X		X		Recién Nacido
Lic. Martha Flores Arias	T	X		X		Quirófano 1
Lic. Doris Mejía Bustillos	T		X		X	Quirófano 2
Lic. Lourdes Torrico Páco	T		X		X	Sala de partos
Aux. Olga Aguilar Gutiérrez	T	X		X		Quirófano 1
Aux. Carmela Bustamante	T		X		X	Recién Nacido

CONSULTA EXTERNA						
NOMINA		7	14	21	28	
Aux. Jimena Mamani Laine	M	X		X		Consultorio
Aux. Karina Fernández M.	M	X		X		Consultorio
Aux. Ximena Castillo Meave	M		X		X	Plataforma
Aux. Elba Herbas Montaña	M	X	X	X	X	Consultorio
Aux. Monica Flores Aramiaya	M	X	X	X	X	Ecografía
Aux. Margarita Cordero Prieta	T		X		X	Plataforma
Aux. Gabriela silvestre Arce	T	X	X	X	X	Cons. Neo
Aux. Nora Tarqui Telles	T		X		X	Consultorio
Aux. Karen Mercado Llave	T	X	X	X	X	Ecografía
Aux. Fabiola María Coca	T	X	X	X	X	Consultorio
Aux. Cruz Lidia Pardo	T	X	X	X	X	Consultorio

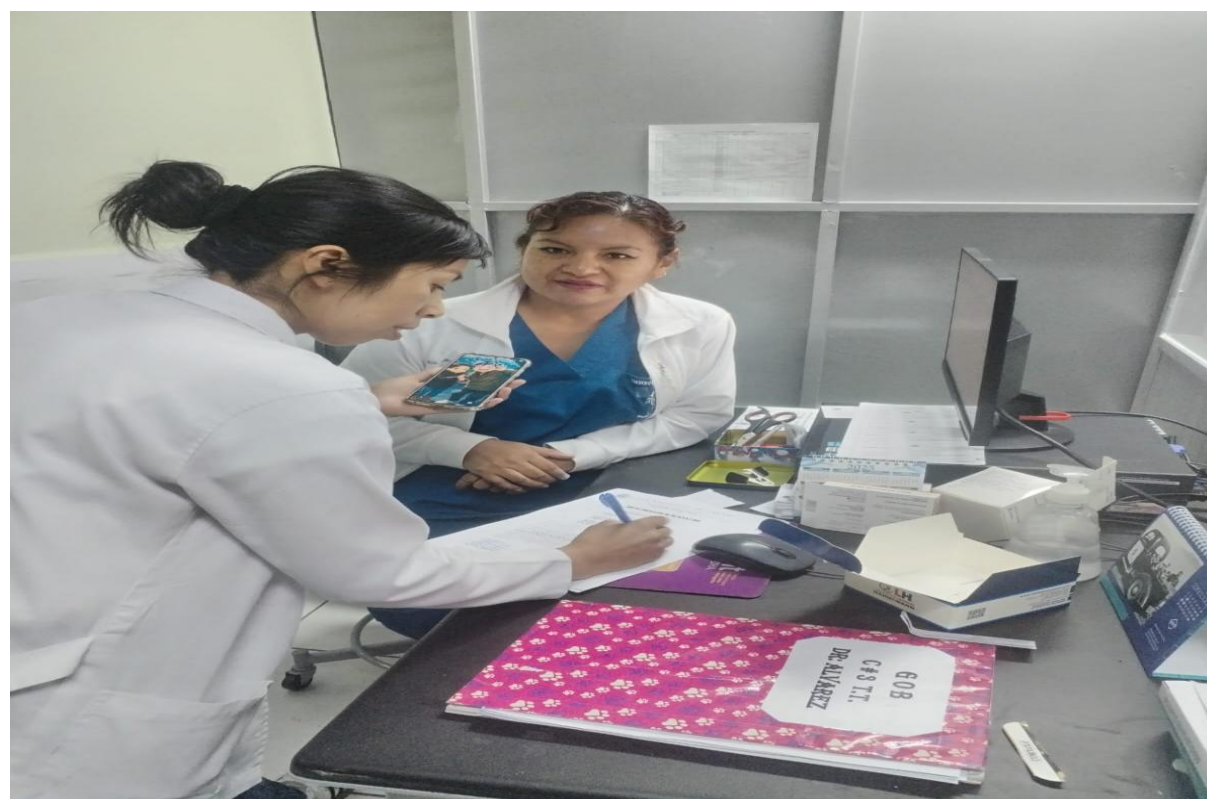
  

Lic. Ruth M. Lezaga Salsuste  
ENF. SUPERV. DPTO. GOB

ENFERMERA SUPERV. II HON# 2

ENF. SUPERV. I HON#2 a.L  
Lic. Wendy Coca  
ENFERMERA SUPERV. II REGIONAL

ANEXO C





## ANEXO D



