



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

**RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN SOBRE EL
RESPETO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y
SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES CON LA
ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL PARTO,
CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN MACHA,
MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE MACHA, PRIMER
SEMESTRE, 2026**

SANDRA MARTINEZ RAMÍREZ

TUTOR: Msc. Álvaro Boris Martínez Aguilar

Especialidad en Auditoria médica y gestión de calidad

2026

Declaración de originalidad y derechos de autor

Como autor(a) declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citaciones en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial (e.g., información proveniente de reportes gubernamentales, institucionales, privados o similares, personas naturales, etc.), 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.

SANDRA MARTÍNEZ RAMÍREZ

2026

Dedicatoria:

A Dios, mi roca eterna, por guiarme en cada paso de este viaje académico y darme la fuerza para perseverar. Gracias por ser mi fuente de fortaleza y entendimiento en este logro académico.

A mis queridos padres Julio y Corina. Este logro académico es un reflejo del incansable esfuerzo que han invertido para brindarme una educación sólida.

A mi amada Hija Krisbey Samara: Cada día que paso a su lado es un regalo que atesoro en mi corazón. Sus risas, curiosidad e infinita capacidad de amar han sido la inspiración detrás de cada esfuerzo en mi vida. Esta tesis es un pequeño testimonio de todo lo que hago, lo hago pensando en ti. Gracias por llenar mi mundo de amor y dulzura.

A mi esposo Wilber Alexander. En los días turbulentos, has sido mi fortaleza, y en los buenos momentos, mi razón de vida. Esta tesis se teje con hilos de tu amor y apoyo, un reflejo de la seguridad que me brindas. Gracias por apoyarme.

Agradecimientos:

A mi tutor, el Msc. Álvaro Boris Martínez Aguilar, extendo mi sincero agradecimiento por su inestimable orientación y apoyo constante mientras fue mi tutor de tesis. Sus perspicaces comentarios y su incansable búsqueda de la excelencia ha sido un honor y un privilegio aprender bajo su tutela.

Por último, pero no por ello menos importante, agradezco a mi lugar de trabajo por su comprensión y flexibilidad. Permitirme equilibrar mis responsabilidades profesionales con mis compromisos académicos ha sido crucial para alcanzar este hito.

Contenido

Declaración de originalidad y derechos de autor	I
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Contenido.....	IV
Lista de tablas.....	VI
Lista de gráficos.....	VII
Lista de abreviaturas y símbolos.....	VIII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
1. Introducción.....	1
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Problema de investigación	8
1.3. Justificación	12
1.4. Pregunta de investigación	15
1.5. Objetivos	15
1.5.1. Objetivo general.....	15
1.5.2. Objetivos específicos	15
1.6. Hipótesis	16
2. Marco teórico Contextual.....	17
2.1. Marco teórico	17
2.1.1. Estado del arte	17
2.1.2. Normativa nacional sobre atención materna y neonatal en Bolivia	22
2.1.3. Normativa sobre el consentimiento informado en Bolivia.....	25
2.1.4. Auditoría médica aplicada a los servicios obstétricos.....	27
2.1.5. Principio de autonomía en la atención obstétrica	28
2.1.6. Evolución del modelo de atención del parto: del enfoque biomédico al enfoque humanizado.....	31

2.1.7. Conceptualización de autonomía materna	33
2.1.8. Medición de la autonomía materna mediante la escala MADM	35
2.1.9. Satisfacción materna como indicador de calidad asistencial	37
2.1.10. Factores asociados a la satisfacción durante la atención del parto	39
2.1.11. Evaluación de la satisfacción de las pacientes puérperas	40
2.1.12. Relación entre autonomía materna y satisfacción durante la atención del parto	42
 2.2. Marco contextual	 44
2.2.1. Municipio de San Pedro de Macha	44
2.2.2. Centro de Salud con Internación Macha	45
2.2.3. La atención obstétrica en el Centro de Salud con Internación Macha	47
 3. Marco metodológico y análisis de resultados	 50
3.1. Marco metodológico.....	50
3.1.1. Enfoque de Investigación.....	50
3.1.2. Tipo y diseño de la Investigación	50
3.1.3. Métodos de Investigación.....	51
3.1.3.1. Métodos Teóricos.....	51
3.1.3.2. Métodos Empíricos	52
3.1.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de investigación	53
3.1.5. Población y muestra.....	59
3.1.6. Criterios de inclusión y exclusión	60
3.1.6.1. Criterios de Inclusión.....	60
3.1.6.2. Criterios de Exclusión.....	60
3.1.7. Identificación de Variables.....	61
3.1.7.1. Operacionalización de Variables	61
3.1.8. Procesamiento y análisis de los resultados	63
3.1.9. Aspectos Éticos	64

3.2. Análisis de resultados	66
3.2.1. Discusión de resultados	88
4. Propuesta	97
Conclusiones y recomendaciones	111
Conclusiones:	111
Recomendaciones:	113
Referencias bibliográficas	115
Anexos	121

Lista de tablas

Tabla 1. Población en estudio según: Edad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	66
Tabla 2. Población en estudio según: Grado de instrucción. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	67
Tabla 3. Población en estudio según: Número de controles prenatales. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026.....	68
Tabla 4. Población en estudio según: Número de partos. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	69
Tabla 5. Población en estudio según: Tipo de parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026.....	70
Tabla 6. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Grado de autonomía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	71
Tabla 7. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Participación en la toma de decisiones. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026.	72
Tabla 8. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía. Puérperas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	73
Tabla 9. Asociación entre percepción sobre el respeto al principio de autonomía y características sociodemográficas y obstétricas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	74

Tabla 10. Satisfacción de las puérperas respecto a la Fiabilidad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	77
Tabla 11. Satisfacción de las puérperas respecto a la Capacidad de respuesta. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	78
Tabla 12. Satisfacción de las puérperas respecto a la Seguridad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	79
Tabla 13. Satisfacción de las puérperas respecto a la Empatía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	80
Tabla 14. Satisfacción de las puérperas respecto Aspectos tangibles. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	81
Tabla 15. Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	82
Tabla 16. Asociación entre satisfacción con la atención recibida durante el parto y características sociodemográficas y obstétricas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	83
Tabla 17. Relación entre percepción sobre el respeto al principio de autonomía y satisfacción respecto a la atención recibida durante el parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	86

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Población en estudio según: Edad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	66
Gráfico 2. Población en estudio según: Grado de instrucción. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	67
Gráfico 3. Población en estudio según: Número de controles prenatales. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026.....	68
Gráfico 4. Población en estudio según: Número de partos. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	69
Gráfico 5. Población en estudio según: Tipo de parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	70

Gráfico 6. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Grado de autonomía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	71
Gráfico 7. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Participación en la toma de decisiones. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026 ..	72
Gráfico 8. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía. Puérperas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	73
Gráfico 9. Satisfacción de las puérperas respecto a la Fiabilidad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	77
Gráfico 10. Satisfacción de las puérperas respecto a la Capacidad de respuesta. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	78
Gráfico 11. Satisfacción de las puérperas respecto a la Seguridad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	79
Gráfico 12. Satisfacción de las puérperas respecto a la Empatía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	80
Gráfico 13. Satisfacción de las puérperas respecto Aspectos tangibles. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	81
Gráfico 14. Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026	82

Lista de abreviaturas y símbolos

(OPS): Organización panamericana de la Salud.

(UNICEF): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

(MADM): Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones.

(OMS): Organización Mundial de la Salud.

(SERVPERF): Service Performance, “desempeño del servicio”.

Resumen

El estudio tiene como objetivo: Determinar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal., donde se aplicó como técnicas de investigación la encuesta, aplicada mediante dos instrumentos estructurados. Para evaluar la variable percepción sobre el respeto al principio de autonomía, se empleó la Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones (MADM) y para evaluar la variable satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 34 pacientes puérperas cuyo parto fue atendido durante el primer semestre de la gestión 2026 en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha. Debido al tamaño accesible de la población, en el presente estudio no se realizó selección muestral, ya que se trabajó con la totalidad de las pacientes puérperas que conformaron la población de estudio.

Dentro de las conclusiones se pudo establecer que la percepción sobre el respeto al principio de autonomía presenta un predominio del nivel bajo (52,9%), seguido del nivel medio (38,2%), mientras que solo el 8,8% alcanza un nivel alto. La satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto se concentra principalmente en el nivel medio (50,0%), seguida de satisfacción alta (26,5%) y baja (23,5%). Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes con la atención recibida durante el parto, según la prueba exacta de Fisher (11,258; $p=0,010$) y el coeficiente Tau-b de Kendall ($\tau_b=0,483$; $p=0,002$), lo que indica una asociación de magnitud moderada y de dirección positiva entre ambas variables.

Palabra clave: Respeto al principio de autonomía y satisfacción respecto a la atención durante el parto.

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between the perception of respect for the principle of autonomy and the satisfaction of postpartum patients regarding the care received during childbirth at the Macha Health Center with Inpatient Services, in the municipality of San Pedro de Macha, during the first semester of 2026.

The study employed a quantitative approach, with a non-experimental, correlational, cross-sectional design. The survey was used as the research technique and was administered through two structured instruments. To assess the variable “perception of respect for the principle of autonomy,” the Maternal Autonomy in Decision-Making Scale (MADM) was used. To assess the variable “satisfaction of postpartum patients with the care received during childbirth,” a structured instrument was applied.

The study population consisted of 34 postpartum patients whose deliveries were attended during the first semester of 2026 at the Macha Health Center with Inpatient Services, in the municipality of San Pedro de Macha. Due to the accessible size of the population, no sampling was performed, as the study included the entire population of postpartum patients who met the study criteria.

The findings showed that the perception of respect for the principle of autonomy was predominantly low (52.9%), followed by a medium level (38.2%), while only 8.8% reached a high level. Satisfaction of postpartum patients with the care received during childbirth was predominantly at a medium level (50.0%), followed by high satisfaction (26.5%) and low satisfaction (23.5%). A statistically significant relationship was found between the perception of respect for the principle of autonomy and patient satisfaction with the care received during childbirth, according to Fisher’s exact test (11.258; $p=0.010$) and Kendall’s Tau-b coefficient ($\tau_b=0.483$; $p=0.002$), indicating a moderate-magnitude, positive association between the two variables.

Keywords: Respect for the principle of autonomy; satisfaction with care during childbirth.

1. Introducción

La atención del parto representa un acontecimiento de gran importancia en la vida de la mujer y su familia, por lo que los sistemas de salud no solamente deben garantizar la seguridad clínica de la madre y el recién nacido, sino también promover una experiencia positiva basada en el respeto de los derechos humanos, la dignidad y la participación activa de la mujer.

En este sentido, el principio de autonomía constituye un componente esencial de la atención obstétrica humanizada, debido a que reconoce la capacidad de la mujer para recibir información adecuada, expresar sus preferencias y participar en las decisiones relacionadas con su proceso de atención durante el trabajo de parto y nacimiento (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La calidad de la atención durante el parto ha evolucionado desde un enfoque predominantemente biomédico hacia un modelo centrado en la mujer, donde la experiencia percibida por las usuarias adquiere relevancia como indicador de calidad asistencial.

A nivel mundial, aproximadamente 140 millones de mujeres dan a luz cada año; sin embargo, la evidencia demuestra que la atención obstétrica no debe limitarse únicamente a la prevención de complicaciones clínicas, sino que debe considerar también la experiencia emocional y psicológica del nacimiento (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En Bolivia, los avances en la atención institucional del parto han sido significativos. Según datos de la Encuesta de Demografía y Salud 2023, el 91,4 % de los partos ocurrieron en establecimientos de salud, evidenciando un incremento importante respecto a años anteriores y una mayor cobertura de atención profesional durante el nacimiento (Ministerio de Salud y Deportes, 2025).

En el contexto del Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, la atención del parto constituye una de las prestaciones fundamentales dirigidas a la población materna.

No obstante, al tratarse de un establecimiento donde confluyen aspectos clínicos, culturales y sociales propios del contexto local, resulta necesario conocer cómo las pacientes púerperas perciben el respeto de su autonomía durante la atención recibida y cuál es su nivel de satisfacción posterior al parto.

Desde la perspectiva de la auditoría médica y la gestión de calidad en salud, la presente investigación se justifica porque permitirá evaluar la calidad percibida de la atención obstétrica a partir de dos componentes fundamentales: el respeto al principio de autonomía de las pacientes y la satisfacción con los servicios recibidos durante el parto.

1.1. Antecedentes

Históricamente, la atención del parto ha experimentado una transformación progresiva desde un modelo centrado principalmente en la intervención médica hacia un enfoque integral basado en la participación de la mujer, el respeto de sus derechos y la calidad de la experiencia del nacimiento.

Durante gran parte del siglo XX, el proceso del parto fue trasladado progresivamente del ámbito domiciliario hacia los establecimientos sanitarios, con el objetivo de reducir la morbilidad materna y neonatal mediante la incorporación de tecnologías, procedimientos obstétricos y vigilancia profesional (Davis-Floyd, 2023).

Si bien este cambio permitió importantes avances en seguridad materna, también generó un modelo asistencial con tendencia a la medicalización, donde en algunos contextos la mujer pasó de ser protagonista del proceso a asumir un rol predominantemente pasivo frente a las decisiones del personal sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Un acontecimiento relevante en la evolución del enfoque centrado en la persona fue la Declaración de Alma-Ata de 1978, donde la Organización Mundial de la Salud y UNICEF establecieron que la salud constituye un derecho humano fundamental y promovieron una atención sanitaria basada en la participación comunitaria, la equidad y la responsabilidad compartida (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Durante las décadas siguientes, diversos movimientos internacionales impulsaron el concepto de parto humanizado o parto respetado, como respuesta a prácticas obstétricas que podían limitar la autonomía de las mujeres, incluyendo intervenciones innecesarias, falta de información, ausencia de consentimiento informado y comunicación deficiente entre profesionales y pacientes.

En este contexto, la atención respetuosa del parto comenzó a considerarse un componente esencial de la calidad asistencial, al reconocer que los resultados positivos no dependen exclusivamente de la supervivencia materna y neonatal, sino también de la experiencia física, emocional y psicológica de la mujer (Bohren et al., 2015).

En América Latina, el enfoque de parto respetado adquirió mayor relevancia debido a la persistencia de desigualdades sociales, culturales y de acceso a servicios de calidad. La Organización Panamericana de la Salud ha promovido modelos de atención materna centrados en la mujer, especialmente en poblaciones indígenas y rurales, enfatizando la importancia de la interculturalidad, la comunicación y el reconocimiento de las preferencias de las usuarias durante el proceso del nacimiento (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En Bolivia, la evolución de la atención materna ha estado relacionada con el fortalecimiento de la atención institucional del parto, la implementación de políticas de salud materna y el reconocimiento progresivo de los derechos de las mujeres durante la atención obstétrica.

En el campo de la atención obstétrica, la auditoría médica ha ampliado su perspectiva incorporando el análisis de la atención humanizada y el cumplimiento de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. La evaluación de la calidad ya no se limita a determinar si los procedimientos clínicos fueron adecuados, sino que también considera si la paciente recibió información suficiente, otorgó consentimiento informado y participó en las decisiones relacionadas con su atención.

Sobre el tema se desarrollaron estudios como el publicado por De Vicente Díaz et al. (2025), en España, realizaron el estudio titulado Satisfacción materna con la atención recibida durante el parto y puerperio y su relación con factores asociados, en el Hospital

Álvaro Cunqueiro. El objetivo fue evaluar el nivel de satisfacción de las mujeres con los cuidados recibidos durante el parto y puerperio, y analizar su relación con variables sociodemográficas y obstétricas.

Se desarrolló un estudio observacional descriptivo transversal con una muestra de 319 mujeres, utilizando un cuestionario sociodemográfico y obstétrico complementado con el instrumento COMFORTS para medir satisfacción materna.

Los resultados evidenciaron un alto nivel de satisfacción global con la atención recibida; sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en los cuidados durante el posparto y la atención al recién nacido. Además, se encontró relación entre la paridad y la percepción de la calidad de los cuidados neonatales, así como entre la modalidad de finalización del parto y la satisfacción materna. Los autores concluyeron que la satisfacción materna es un indicador importante de la calidad de la atención obstétrica y que las características obstétricas pueden influir en la percepción de los cuidados recibidos. (De Vicente Díaz et al, 2025).

Este antecedente aporta evidencia relevante para la presente investigación, debido a que demuestra que la satisfacción de las pacientes puérperas constituye un indicador de calidad asistencial relacionado con factores propios del proceso obstétrico y la atención recibida. Asimismo, respalda la necesidad de evaluar la percepción de las usuarias dentro de los servicios obstétricos, considerando aspectos vinculados con la calidad, el trato y la experiencia durante el parto.

Serpetini et al. (2025), en Grecia, realizaron el estudio titulado: Explorando la autonomía materna, el respeto y la satisfacción durante el parto: perspectivas basadas en experiencias de parto en casa.

El objetivo fue evaluar la relación entre la autonomía materna, el respeto recibido y la satisfacción durante el parto, comparando experiencias de parto domiciliario y hospitalario. Se realizó un estudio retrospectivo en 162 mujeres griegas, utilizando instrumentos validados como la Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones (MADM), el Índice de Respeto a las Madres (MORi) y la Escala de Satisfacción con el Parto Revisada (BSS-R). (Serpetini et al, 2025).

Los resultados mostraron que las mujeres que tuvieron partos domiciliarios presentaron mayores niveles de autonomía, respeto y satisfacción en comparación con aquellas atendidas en hospitales. Asimismo, se identificó que recibir información adecuada por parte del personal sanitario y tener capacidad de elección durante el parto fueron factores asociados con una mayor satisfacción materna.

Los autores concluyeron que promover prácticas de atención respetuosas y favorecer la participación de las mujeres en la toma de decisiones son elementos fundamentales para mejorar la experiencia del parto y la calidad de la atención obstétrica.

Neufeld et al. (2024), en Benín, realizaron el estudio titulado: Dejarse llevar durante la atención: exploración de la autonomía de las pacientes durante la atención intraparto cocreada en una maternidad de Benín. El objetivo fue comprender cómo se manifiesta la autonomía de las mujeres durante la atención del parto y cómo las prácticas sociales dentro de los servicios de maternidad pueden favorecer o limitar la toma de decisiones de las pacientes.

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres y matronas, grupos focales con acompañantes del parto y observaciones no participantes en la sala de parto. La información fue analizada mediante análisis temático reflexivo.

Los resultados identificaron que la autonomía materna se veía limitada durante el proceso del parto debido a condiciones asistenciales, prácticas coercitivas y restricciones en la participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con su atención. Asimismo, se observó que algunas mujeres recurrían a prácticas alternativas y espirituales como una forma de recuperar el control sobre su experiencia de parto (Neufeld et al, 2024).

Los autores concluyeron que fortalecer la autonomía de las mujeres durante la atención del parto es fundamental para mejorar la experiencia del nacimiento, promover una atención materna respetuosa y contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios obstétricos.

Agbi et al. (2024), realizaron una revisión integrativa de literatura titulada: El papel de la dignidad y el respeto en la atención materna: una revisión integrativa de la literatura. El objetivo fue analizar la importancia de la dignidad y el respeto durante la atención materna, así como su influencia en la experiencia de las mujeres, la satisfacción materna y los

resultados posteriores al parto. Se realizó una revisión integrativa de literatura que incluyó 22 estudios relacionados con atención materna, dignidad, respeto, comunicación, consentimiento informado y atención centrada en la paciente.

Los resultados evidenciaron que la atención basada en el respeto, la comunicación efectiva, la competencia cultural y la participación de las mujeres en las decisiones contribuyen significativamente a mejorar la satisfacción materna y la calidad de la atención durante el embarazo y parto. Además, se identificó que las actitudes del personal de salud y los modelos de atención centrados en la paciente son factores determinantes para garantizar una experiencia positiva del nacimiento (Agbi et al, 2024).

Los autores concluyeron que promover una atención materna digna y respetuosa constituye un elemento fundamental para fortalecer la autonomía de las mujeres, mejorar su satisfacción y favorecer modelos de atención obstétrica humanizada, donde se reconozcan sus valores, preferencias y necesidades individuales.

Michel Torrez (2025), en Bolivia, realizó el estudio titulado: Percepción sobre la aplicación del consentimiento informado y su relación con la satisfacción de la atención recibida, pacientes hospitalizados en la Clínica PROSALUD Tabladita Tarija, segundo trimestre gestión 2025. El objetivo fue determinar la relación entre la percepción sobre la aplicación del consentimiento informado y la satisfacción de los pacientes respecto a la atención recibida.

Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre la percepción del consentimiento informado y la satisfacción de los pacientes, obteniéndose una asociación mediante Chi cuadrado de 64,398 ($p=0,000$) y una correlación positiva alta según Tau-b de Kendall (0,716). (Michel Torrez,2025).

El autor concluyó que el adecuado cumplimiento del consentimiento informado se relaciona con mayores niveles de satisfacción de los usuarios, destacando la importancia de fortalecer procesos institucionales orientados al respeto de la autonomía, la comunicación efectiva y la calidad de atención.

Mamani et al. (2025), en Bolivia, realizaron el estudio titulado: Humanización del parto y de la atención en hospitales: una revisión sistemática. El objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre la humanización de la atención del parto en hospitales, considerando aspectos relacionados con la autonomía, dignidad, comunicación efectiva y participación de la mujer durante el proceso de nacimiento.

La investigación correspondió a una revisión sistemática con análisis de publicaciones científicas desarrolladas entre 2019 y 2024, utilizando bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO y otras fuentes académicas. Se analizaron estudios relacionados con la experiencia del parto, participación familiar, capacitación del personal sanitario y adaptación de la atención a las necesidades individuales de las mujeres (Mamani et al, 2025).

Los resultados evidenciaron que la atención humanizada del parto favorece experiencias positivas de nacimiento mediante prácticas centradas en la mujer, donde la comunicación, el acompañamiento, el respeto a las decisiones y la consideración de las necesidades individuales constituyen elementos fundamentales para mejorar la calidad asistencial.

Los autores concluyeron que fortalecer la humanización del parto requiere transformar los modelos tradicionales de atención hacia enfoques basados en la autonomía, dignidad y participación activa de las mujeres, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de los servicios obstétricos.

Los estudios revisados evidencian que la satisfacción de las pacientes durante la atención del parto se encuentra estrechamente relacionada con la calidad asistencial, especialmente con aspectos como la comunicación efectiva, el respeto, la participación en la toma de decisiones y la percepción de autonomía. La evidencia internacional y nacional coincide en que una atención obstétrica centrada en la mujer favorece experiencias positivas de parto y fortalece la confianza de las usuarias hacia los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la auditoría médica y gestión de calidad, estos antecedentes demuestran la importancia de evaluar no solamente el cumplimiento técnico de los procedimientos asistenciales, sino también indicadores relacionados con la experiencia del paciente, el respeto de sus derechos y la satisfacción percibida.

En este sentido, analizar la relación entre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas permitirá identificar oportunidades de mejora en los procesos de atención obstétrica, contribuyendo al fortalecimiento de una atención segura, humanizada y orientada a la mejora continua de la calidad en el Centro de Salud con Internación Macha.

1.2. Problema de investigación

La atención del parto constituye un componente prioritario dentro de los sistemas de salud, debido a su impacto directo en la salud materna y neonatal. En las últimas décadas se han logrado importantes avances en la cobertura institucional del parto; sin embargo, la calidad de la atención no depende únicamente de la disponibilidad de servicios o de la reducción de complicaciones clínicas, sino también de la experiencia de las mujeres durante el proceso de nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que una atención materna de calidad debe garantizar respeto, dignidad, privacidad, comunicación efectiva y participación de la mujer en las decisiones relacionadas con su atención, reconociendo la autonomía como un elemento esencial de una experiencia positiva del parto (Organización Mundial de la Salud, 2018).

A nivel mundial, aproximadamente 140 millones de mujeres dan a luz cada año, y aunque la mayoría recibe atención en establecimientos sanitarios, persisten problemas relacionados con la falta de participación en decisiones, comunicación insuficiente y experiencias negativas durante la atención obstétrica.

En Bolivia, la cobertura de atención institucional del parto ha mostrado avances importantes, alcanzando aproximadamente el 91,4 % de los nacimientos atendidos en establecimientos de salud; sin embargo, este incremento de cobertura plantea el desafío de garantizar no solamente acceso, sino también una atención humanizada, respetuosa y centrada en las necesidades de las mujeres (Ministerio de Salud y Deportes, 2025).

En Bolivia, la Razón de Mortalidad Materna constituye un indicador relevante para valorar las condiciones de acceso y la capacidad de respuesta de los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2021, publicado por el Ministerio de Salud, el país registró una razón de 160 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en el departamento de Potosí alcanzó 255 por cada 100.000 nacidos vivos, situándose por encima del promedio nacional.

Estos datos evidencian la importancia de fortalecer la atención obstétrica oportuna, la referencia de las complicaciones y la calidad de los servicios maternos. Es importante señalar que estas cifras corresponden a estimaciones de 2011 y no deben interpretarse como valores actuales de 2026, debido a que se requiere información epidemiológica actualizada para establecer comparaciones temporales válidas (Ministerio de Salud, 2021).

En el ámbito rural, la atención del parto puede estar condicionada por barreras geográficas, económicas, organizativas y socioculturales, entre ellas la distancia hasta los establecimientos de salud, las dificultades de transporte, la disponibilidad de recursos humanos y las preferencias relacionadas con las prácticas tradicionales del nacimiento.

En el departamento de Potosí, el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2021 identificó dificultades vinculadas con la demora en la decisión de acudir a los servicios de salud, los problemas de traslado y la falta de adecuación cultural de la atención.

En este contexto, el parto domiciliario puede estar relacionado con la confianza en las parteras tradicionales, el acompañamiento familiar, las costumbres comunitarias y la percepción de la calidad del trato recibido en los establecimientos.

Respecto a la atención institucional del parto, los resultados del Censo de Población y Vivienda 2024 indican que el 85,0 % de los partos en el departamento de Potosí fueron atendidos por personal de salud calificado, porcentaje inferior al 92,2 % registrado a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

Aunque estos datos muestran avances en la cobertura de atención calificada, también evidencian diferencias territoriales que justifican examinar las condiciones de acceso y atención en los establecimientos rurales.

En el Centro de Salud con Internación Macha resulta pertinente caracterizar el número y tipo de profesionales disponibles, la organización de los turnos, la disponibilidad de atención durante las 24 horas, los equipos e insumos obstétricos y los mecanismos de referencia a establecimientos de mayor complejidad.

Asimismo, es necesario conocer el número de partos institucionales y domiciliarios registrados en el municipio. Estos elementos permiten contextualizar la investigación sobre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes, puesto que la calidad de la atención durante el parto comprende tanto la capacidad técnica del servicio como el respeto a las decisiones informadas, la comunicación, la privacidad y el trato digno.

En el contexto del Centro de Salud con Internación Macha, municipio de San Pedro de Macha, la atención del parto representa una prestación fundamental para la población materna del área de influencia. No obstante, desde el enfoque de auditoría médica y gestión de calidad, resulta necesario evaluar si los procesos asistenciales desarrollados garantizan el respeto al principio de autonomía de las pacientes y si este se relaciona con la satisfacción percibida respecto a la atención recibida durante el parto. En este sentido, resulta pertinente analizar ambas variables para generar evidencia sobre la calidad de la atención obstétrica desde la perspectiva de las usuarias.

Desde la perspectiva de la auditoría médica, la evaluación de la calidad debe trascender la revisión del cumplimiento técnico de procedimientos y considerar también indicadores relacionados con los resultados percibidos por los usuarios.

Uno de los principales problemas identificados en el Centro de Salud con Internación Macha es que evalúan la calidad obstétrica mediante indicadores clínicos tradicionales, como complicaciones maternas, mortalidad o cumplimiento de protocolos, dejando en segundo plano aspectos relacionados con la autonomía de la mujer.

La participación de la paciente en la toma de decisiones, la entrega de información clara y el consentimiento informado, debería constituir en elementos esenciales de una atención respetuosa; sin embargo, pueden presentar deficiencias debido a modelos asistenciales donde predomina la decisión del profesional sanitario sobre la participación activa de la usuaria.

Tradicionalmente, la evaluación de los servicios obstétricos en el Centro de Salud con Internación Macha, se ha concentrado en resultados clínicos maternos y neonatales; sin embargo, la experiencia de la mujer durante el parto constituye actualmente un indicador relevante de calidad asistencial. La falta de medición sistemática de la satisfacción de las púerperas limita la capacidad institucional para identificar deficiencias relacionadas con la atención interpersonal y establecer estrategias correctivas dentro de los procesos asistenciales.

En el Centro de Salud con Internación Macha, la comunicación entre el personal de salud y la paciente tiene que constituir en un componente esencial para garantizar la autonomía y la seguridad del paciente.

Cuando la información sobre procedimientos, alternativas terapéuticas o decisiones clínicas es insuficiente, puede generarse una percepción de falta de participación y disminución de confianza hacia los servicios sanitarios.

Desde la gestión de calidad, el consentimiento informado no debe considerarse únicamente como un documento administrativo, sino como un proceso de comunicación que permite a la paciente comprender y participar en las decisiones relacionadas con su salud.

Aunque los modelos actuales promueven una atención humanizada del parto, todavía pueden existir prácticas asistenciales caracterizadas por una limitada participación femenina, escasa consideración de preferencias individuales o toma de decisiones predominantemente institucionales. Estas situaciones pueden afectar la percepción de respeto y dignidad durante el nacimiento.

En el Centro de Salud con Internación Macha, existe limitada información científica sobre la relación entre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas.

Esta ausencia de evidencia dificulta establecer estrategias específicas de mejora relacionadas con capacitación del personal, fortalecimiento de protocolos de atención, comunicación clínica y evaluación continua de la calidad.

Desde la auditoría médica, generar evidencia local permite orientar decisiones institucionales basadas en datos objetivos, favoreciendo procesos de mejora continua y contribuyendo al desarrollo de una atención obstétrica más segura, humanizada y centrada en las necesidades de las usuarias.

1.3. Justificación

La atención del parto constituye un proceso asistencial en el que convergen aspectos clínicos, éticos y humanos, por lo que la evaluación de su calidad requiere considerar no solamente los resultados maternos y neonatales, sino también la experiencia de las mujeres durante el proceso de atención.

En este contexto, el respeto al principio de autonomía representa un componente esencial de la atención obstétrica de calidad, debido a que garantiza que las pacientes reciban información suficiente.

La satisfacción de las pacientes púrperras, por su parte, constituye un indicador relevante dentro de la gestión de calidad, ya que permite valorar la percepción de las usuarias respecto al trato recibido, la comunicación, la seguridad y la capacidad de respuesta del personal sanitario.

Desde el enfoque de la auditoría médica y gestión de calidad en salud, resulta fundamental analizar la relación entre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púrperras, debido a que la calidad asistencial actual requiere incorporar indicadores centrados en la persona y no únicamente en el cumplimiento técnico de procedimientos.

La presente investigación permitirá generar evidencia sobre la experiencia de las mujeres atendidas durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, identificando posibles fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales.

De esta manera, los resultados podrán contribuir al fortalecimiento de una atención obstétrica humanizada, segura y orientada a la mejora continua de la calidad.

Aporte teórico y práctico

Desde el aporte teórico, la investigación contribuirá al fortalecimiento del conocimiento relacionado con la autonomía materna, la satisfacción usuaria y la calidad de atención obstétrica, integrando conceptos provenientes de la bioética, la gestión de calidad y la auditoría médica. El estudio permitirá comprender cómo la participación de la mujer en las decisiones relacionadas con su parto se relaciona con la percepción de la calidad del servicio recibido, aportando evidencia sobre la importancia de considerar la experiencia del paciente como un componente fundamental de la evaluación sanitaria.

Asimismo, desde el punto de vista práctico, los resultados proporcionarán información útil para el Centro de Salud con Internación Macha, permitiendo identificar aspectos susceptibles de mejora dentro de los procesos de atención del parto.

La información obtenida podrá orientar estrategias relacionadas con la capacitación del personal de salud, fortalecimiento de la comunicación clínica, aplicación adecuada del consentimiento informado y promoción de prácticas asistenciales centradas en la mujer.

Actualidad y novedad

La investigación presenta actualidad debido a que los sistemas sanitarios contemporáneos han evolucionado hacia modelos de atención centrados en la persona, donde la calidad no se limita a la seguridad clínica, sino que incorpora aspectos relacionados con la dignidad, el respeto, la autonomía y la satisfacción de los usuarios. La Organización Mundial de la Salud plantea que una experiencia positiva del parto requiere garantizar comunicación efectiva, participación de la mujer en las decisiones, respeto a sus preferencias y atención libre de prácticas que vulneren sus derechos (OMS, 2018).

Aunque existen investigaciones internacionales que han demostrado la importancia de la autonomía y el respeto durante el parto, la generación de evidencia propia en establecimientos de salud del contexto boliviano permitirá conocer las características

particulares de la atención brindada y establecer acciones de mejora adaptadas a la realidad institucional.

Pertinencia social

La pertinencia social de esta investigación se fundamenta en la importancia de garantizar una atención del parto respetuosa, equitativa y centrada en las necesidades de las mujeres. El nacimiento constituye una experiencia trascendental en la vida de la paciente, por lo que las condiciones en las que recibe atención pueden influir en su bienestar físico, emocional y en la percepción que tendrá sobre los servicios sanitarios.

En poblaciones rurales como la correspondiente al municipio de San Pedro de Macha, donde los establecimientos de salud cumplen un papel fundamental en la atención materna, resulta necesario evaluar si las prácticas asistenciales responden a las necesidades y expectativas de las usuarias. La identificación de posibles limitaciones relacionadas con información, comunicación, participación en decisiones o trato recibido permitirá generar propuestas orientadas a fortalecer la calidad y humanización de la atención.

Aporte metodológico

La investigación incorpora un enfoque propio de la auditoría médica, al evaluar elementos que forman parte de la calidad percibida y de la atención centrada en la paciente. Esto representa un avance respecto a modelos tradicionales de evaluación que priorizan únicamente indicadores clínicos, incorporando la perspectiva de las usuarias como fuente de información para mejorar los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, mejorar la experiencia de las pacientes no solo beneficia a las usuarias individuales, sino que contribuye al fortalecimiento institucional, incrementando la confianza de la población hacia los servicios de salud.

Por ello, los resultados de esta investigación podrán constituirse en una base para la formulación de estrategias de mejora continua, favoreciendo una atención obstétrica más segura, respetuosa y alineada con los principios de calidad asistencial.

De acuerdo a los antecedentes descritos y a la problemática planteada se realiza la siguiente pregunta de investigación:

1.4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes puérperas atendidas en el Centro de Salud con Internación Macha.
- Evaluar la percepción de las pacientes puérperas sobre el grado de autonomía y participación en la toma de decisiones durante la atención recibida en el parto.
- Evaluar el nivel de satisfacción con la atención recibida, durante el parto respecto a la capacidad de respuesta, empatía, fiabilidad, seguridad y aspectos tangibles, de las pacientes puérperas.
- Analizar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes con la atención recibida durante el parto, mediante pruebas estadísticas de asociación y correlación.
- Formular estrategias orientadas al fortalecimiento del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas, con base en los resultados obtenidos en la investigación.

1.6. Hipótesis

Hipótesis de investigación (H_1): Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026.

Hipótesis nula (H_0): No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026.

2. Marco teórico y contextual

2.1. Marco teórico

2.1.1. Estado del arte

La calidad de la atención en los servicios de salud ha experimentado una transformación progresiva, evolucionando desde modelos centrados principalmente en indicadores técnicos y resultados clínicos hacia enfoques integrales basados en la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias.

Dentro de este proceso evolutivo, la auditoría médica ha dejado de ser considerada únicamente como un mecanismo de control del cumplimiento normativo para convertirse en una herramienta estratégica de gestión orientada a la mejora continua. Desde esta perspectiva, la auditoría permite analizar los procesos asistenciales, identificar brechas de calidad y generar intervenciones educativas dirigidas al fortalecimiento institucional, incorporando no solamente resultados clínicos, sino también dimensiones éticas y humanas de la atención sanitaria.

En el área obstétrica, este cambio de enfoque ha generado una transformación importante en la manera de evaluar la atención del parto. Actualmente, la calidad obstétrica no se determina únicamente por la ausencia de complicaciones maternas o neonatales, sino también por la experiencia vivida por la mujer durante el proceso asistencial.

Aspectos como la información recibida, comunicación efectiva, respeto a la privacidad, acompañamiento, trato digno y participación en la toma de decisiones constituyen elementos esenciales de una atención centrada en la mujer (Bohren et al., 2019).

El principio de autonomía adquiere especial importancia dentro de la atención obstétrica debido a que reconoce a la mujer como sujeto activo con capacidad para participar en las decisiones relacionadas con su cuerpo, su salud y el nacimiento de su hijo.

Sin embargo, la literatura científica evidencia que aún persisten modelos asistenciales donde la toma de decisiones continúa concentrada en los profesionales sanitarios, generando relaciones verticales que pueden limitar la participación efectiva de las mujeres, especialmente en contextos donde existen desigualdades sociales, culturales o educativas (Mascarenhas Silva et al., 2024).

En este sentido, analizar la relación entre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púrpuras representa un aporte relevante para la auditoría médica y la gestión de calidad, debido a que permite evaluar la atención desde la perspectiva de las usuarias. Esta evaluación facilita la identificación de oportunidades de mejora relacionadas con la comunicación profesional-paciente, toma de decisiones compartida y cumplimiento de los derechos de las mujeres durante la atención del parto (Vedam et al., 2017).

Uno de los principales aportes metodológicos para la evaluación de la autonomía durante la atención materna fue desarrollado por Vedam et al. (2017) mediante la creación y validación de la escala Mothers Autonomy in Decision Making (MADM).

Este instrumento fue diseñado para evaluar la percepción de las mujeres respecto a su participación en la toma de decisiones durante la atención del embarazo y parto, considerando elementos como disponibilidad de información, posibilidad de expresar preferencias y percepción de influencia en las decisiones clínicas.

Los resultados del estudio demostraron que la autonomía materna constituye un constructo medible relacionado con la experiencia de atención recibida. Los autores evidenciaron que las mujeres que percibían mayor participación en las decisiones presentaban una valoración más positiva de la atención sanitaria, demostrando que la autonomía debe ser considerada un componente específico de la calidad asistencial y no solamente un aspecto secundario de satisfacción general (Vedam et al., 2017).

Desde una perspectiva crítica, aunque el estudio de Vedam et al. (2017) representa un avance metodológico importante, debe considerarse que fue desarrollado en Canadá, dentro de un sistema sanitario con características organizacionales y culturales diferentes a los países latinoamericanos.

En relación con el vínculo entre autonomía y satisfacción, Ďuríčeková et al. (2024) analizaron la asociación entre el nivel de autonomía de las mujeres durante el parto y la satisfacción con la experiencia del nacimiento. Los autores identificaron que una mayor participación en la toma de decisiones se relacionaba con mejores niveles de satisfacción, destacando que la percepción de respeto, comunicación adecuada y reconocimiento de las preferencias personales influyen significativamente en la valoración del cuidado recibido.

Sin embargo, desde un análisis crítico, este estudio fue desarrollado en un contexto europeo con características sanitarias diferentes a las existentes en establecimientos rurales latinoamericanos. Por esta razón, sus resultados no pueden generalizarse completamente a poblaciones donde factores socioculturales pueden condicionar la forma en que las mujeres expresan sus preferencias o participan en las decisiones relacionadas con el parto (Ďuríčeková et al., 2024).

Complementando esta evidencia, Fernández Méndez et al. (2018) analizaron la relación entre el empoderamiento de la gestante y la satisfacción durante el parto, destacando que la participación activa de la mujer constituye un elemento esencial dentro de los modelos de atención humanizada. Los autores señalan que herramientas como el plan de parto favorecen la comunicación entre usuaria y profesionales, permitiendo incorporar las preferencias de la mujer dentro del proceso asistencial.

No obstante, los autores también evidenciaron que expresar preferencias no garantiza necesariamente una experiencia satisfactoria si las instituciones no cuentan con condiciones adecuadas para desarrollar una verdadera toma de decisiones compartida.

Este hallazgo resulta relevante para la presente investigación, debido a que demuestra que la autonomía no debe entenderse únicamente como libertad de elección, sino como un proceso integral donde intervienen información, comunicación, respeto institucional y capacidad real de participación (Fernández Méndez et al., 2018).

Desde una perspectiva internacional, Mascarenhas Silva et al. (2024) realizaron una revisión de alcance sobre la autonomía de las mujeres embarazadas en la elección del método de parto. Los autores identificaron que la autonomía femenina está condicionada por múltiples factores, entre ellos la relación con los profesionales de salud, la información disponible, experiencias previas y características del modelo asistencial.

Los resultados evidenciaron que muchas mujeres poseen el derecho formal a decidir sobre su atención, pero en la práctica sus decisiones pueden verse limitadas por relaciones asimétricas de poder entre profesionales y pacientes. Este aporte resulta fundamental para la auditoría médica porque evidencia que la calidad asistencial debe evaluar no solamente la existencia de protocolos, sino también la forma en que estos se aplican desde la perspectiva de las usuarias (Mascarenhas Silva et al., 2024).

Por otra parte, la satisfacción materna constituye actualmente un indicador relevante dentro de la evaluación de calidad de los servicios obstétricos. La evidencia científica señala que la satisfacción no depende exclusivamente del resultado clínico del parto, sino también de la interacción establecida entre la mujer y el equipo sanitario durante todo el proceso de atención (Bohren et al., 2019).

En este sentido, Bohren et al. (2019) identificaron que una experiencia positiva del parto está relacionada con factores como comunicación efectiva, acompañamiento, respeto, privacidad y participación en las decisiones. Los autores destacan que una atención donde la mujer recibe información suficiente y es considerada dentro del proceso asistencial favorece una percepción positiva del nacimiento.

En relación con la satisfacción durante el puerperio, Rodríguez Leana et al. (2024) evaluaron la satisfacción materna respecto a los cuidados recibidos durante el parto y puerperio hospitalario.

Los resultados demostraron que la percepción de calidad está influenciada por aspectos relacionados con el cuidado profesional, acompañamiento y respuesta a las necesidades de las mujeres durante la hospitalización.

Este estudio confirma que la satisfacción materna constituye una dimensión multidimensional de la calidad asistencial; sin embargo, presenta como limitación que no analiza específicamente la percepción del respeto al principio de autonomía ni la participación de las mujeres en las decisiones clínicas.

En América Latina, los estudios sobre humanización del parto muestran que aún existen dificultades relacionadas con comunicación insuficiente, limitada participación de las mujeres y persistencia de modelos asistenciales verticales.

No obstante, una limitación identificada en la literatura latinoamericana es que la mayoría de investigaciones han sido desarrolladas en hospitales urbanos de segundo y tercer nivel de atención. Existe menor evidencia científica sobre establecimientos rurales con internación, donde factores culturales, educativos y organizacionales pueden modificar la experiencia de las mujeres durante el parto.

La revisión del estado del arte permite identificar una tendencia hacia la incorporación de la experiencia de la usuaria como componente fundamental de la calidad asistencial. Los estudios coinciden en que la atención obstétrica debe superar modelos exclusivamente biomédicos e integrar dimensiones éticas relacionadas con autonomía, dignidad, comunicación y participación activa de las pacientes (Vedam et al., 2017).

Asimismo, existe consenso en que la comunicación profesional-paciente representa un elemento central para garantizar la autonomía y mejorar la satisfacción. Una información clara y comprensible permite que las mujeres participen de manera consciente en las decisiones relacionadas con su atención, fortaleciendo una relación terapéutica basada en confianza y respeto (Mascarenhas Silva et al., 2024).

Sin embargo, persisten diferencias metodológicas entre investigaciones, debido a que algunos estudios evalúan autonomía mediante instrumentos específicos como la escala MADM, mientras que otros utilizan escalas generales de satisfacción o percepción de calidad. Esta diversidad limita la comparación directa de resultados y evidencia la necesidad de emplear instrumentos validados adaptados al contexto donde serán aplicados (Vedam et al., 2017).

Finalmente, en Bolivia existe limitada evidencia científica sobre la aplicación práctica del principio de autonomía durante la atención del parto, especialmente en centros de salud con internación ubicados en municipios rurales.

Por estas razones, la presente investigación resulta necesaria, ya que permitirá determinar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha. Los resultados contribuirán al fortalecimiento de los procesos de auditoría médica y gestión de calidad, proporcionando evidencia para desarrollar estrategias orientadas hacia una atención obstétrica más humanizada, ética y centrada en los derechos de las mujeres.

2.1.2. Normativa nacional sobre atención materna y neonatal en Bolivia

La atención materna y neonatal constituye una prioridad dentro de las políticas públicas de salud en Bolivia, debido a que representa un componente esencial para garantizar el derecho a la vida, la salud integral y la protección de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

El marco normativo boliviano ha evolucionado progresivamente hacia un modelo de atención basado en la integralidad, interculturalidad, gratuidad y respeto de los derechos de las personas usuarias, superando enfoques exclusivamente asistenciales y orientándose hacia una atención centrada en la persona (Ministerio de Salud y Deportes, 2024).

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en 2009, establece que la salud constituye un derecho fundamental cuya garantía corresponde al Estado. Asimismo, reconoce la diversidad cultural del país y plantea que el sistema sanitario debe considerar las características sociales, culturales y lingüísticas de las poblaciones (Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

Este enfoque adquiere especial relevancia en la atención materna, debido a que las prácticas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio están influenciadas por factores culturales, familiares y comunitarios que deben ser considerados dentro de la prestación de servicios de salud (Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

Dentro de este marco se encuentra la Guía Técnica de Atención del Embarazo, Parto, Posparto y Recién Nacido para Parteras y Parteros, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 0070 de 2024, cuyo propósito es fortalecer la articulación entre los servicios de salud y los conocimientos comunitarios relacionados con la atención materna y neonatal. Este documento reconoce que la mujer y su familia deben participar activamente en el proceso de cuidado, promoviendo una atención respetuosa de la diversidad cultural y orientada hacia la mejora continua de la calidad asistencial (Ministerio de Salud y Deportes, 2024).

Otro elemento fundamental del marco normativo boliviano corresponde a la Ley N.º 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada el 30 de diciembre de 2013. Esta norma establece las bases para la atención integral y la protección financiera en salud, incluyendo entre sus beneficiarias a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto (Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, 2013).

Asimismo, contempla prestaciones de atención integral y establece el acceso a los servicios de salud a través de los establecimientos del primer nivel de atención, con mecanismos de referencia hacia niveles de mayor complejidad cuando corresponda.

La Ley N.º 475 fue posteriormente modificada por la Ley N.º 1069 de 2018 y la Ley N.º 1152 de 2019, esta última orientada a establecer las bases de la atención gratuita, integral y universal en los establecimientos públicos de salud, en el marco del Sistema Único de Salud (SUS) (Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, 2013).

En este sentido, el marco normativo respalda el acceso de las mujeres embarazadas a servicios de salud y constituye un referente legal para el análisis de la atención recibida durante el parto.

Asimismo, la Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico establece principios relacionados con la calidad del acto médico, responsabilidad profesional y derechos de los pacientes. Esta norma reconoce que la atención médica debe desarrollarse bajo criterios científicos, técnicos y humanos, incorporando el respeto a la dignidad de las personas.

Además, establece que los pacientes tienen derecho a recibir atención humanizada y de calidad, información adecuada y oportuna para tomar decisiones libremente, respeto a sus valores culturales y protección de su intimidad (Ley N.º 3131, 2005).

En relación con la atención obstétrica, estas disposiciones adquieren especial importancia debido a que el embarazo y el parto representan procesos donde intervienen aspectos biológicos, emocionales, sociales y culturales. La atención materna actual reconoce que la mujer debe ser considerada sujeto activo de derechos, con capacidad para participar en las decisiones relacionadas con su cuerpo y su proceso reproductivo, superando modelos tradicionales donde predominaba una relación asistencial vertical entre profesionales y pacientes (Ministerio de Salud y Deportes, 2018).

Desde el enfoque de auditoría médica y gestión de calidad, la normativa nacional proporciona un marco para evaluar no solamente el cumplimiento técnico de los procedimientos asistenciales, sino también la calidad humana, ética y centrada en la persona del proceso de atención. (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Sin embargo, desde una perspectiva crítica, aunque Bolivia cuenta con avances normativos orientados hacia una atención materna integral, intercultural y basada en derechos, persisten desafíos relacionados con la implementación efectiva de estas disposiciones en los establecimientos de salud, particularmente en contextos rurales.

La evidencia internacional señala que factores como disponibilidad limitada de recursos humanos, barreras socioculturales, dificultades comunicacionales y persistencia de modelos paternalistas pueden limitar la participación activa de las mujeres durante la atención del parto (Bohren et al., 2019).

En consecuencia, la normativa nacional sobre atención materna y neonatal constituye el fundamento legal y ético que respalda la necesidad de evaluar la autonomía y satisfacción de las mujeres durante el parto.

2.1.3. Normativa sobre el consentimiento informado en Bolivia

En Bolivia, el consentimiento informado constituye un elemento fundamental de la relación entre el personal de salud y la persona atendida, debido a que se vincula directamente con el respeto de su autonomía y su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su salud.

La Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico, promulgada el 8 de agosto de 2005, reconoce entre los derechos del paciente el acceso a información adecuada y oportuna que le permita tomar decisiones de manera libre y voluntaria. Asimismo, establece que el médico tiene el deber de informar previamente al paciente, o a sus responsables legales cuando corresponda, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.

De esta manera, la información constituye una condición necesaria para que la decisión del paciente pueda ser considerada libre e informada (Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, 2005). La misma Ley N.º 3131 incorpora el consentimiento informado dentro de los documentos médicos oficiales que deben encontrarse bajo resguardo y custodia del establecimiento de salud.

Esta disposición permite comprender que el consentimiento no constituye únicamente una manifestación verbal de aceptación de un procedimiento, sino que forma parte de la documentación relacionada con el acto médico.

Además, la norma reconoce otros derechos vinculados con la autonomía, como recibir atención médica humanizada y de calidad, el respeto a la dignidad, las creencias y los valores étnico-culturales, así como el derecho a la intimidad y a solicitar una segunda opinión médica (Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, 2005).

El Decreto Supremo N.º 28562, de 22 de diciembre de 2005, que reglamenta la Ley N.º 3131, complementa estas disposiciones al establecer obligaciones relacionadas con la información proporcionada al paciente y su registro en la historia clínica.

La normativa señala que el médico debe registrar la información brindada respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y que dicho registro debe contar con el respaldo correspondiente del paciente, familiar, pariente o representante legal, según la situación. Asimismo, contempla situaciones excepcionales en las que la persona no puede ejercer su capacidad de decisión y establece disposiciones específicas para la actuación del establecimiento de salud conforme a las normas y protocolos vigentes (Ministerio de Salud y Deportes, 2005).

En el contexto de la atención del parto, estas disposiciones adquieren especial relevancia porque la mujer debe recibir información comprensible y oportuna sobre las intervenciones que puedan realizarse durante la atención obstétrica, de manera que pueda participar en las decisiones relacionadas con su atención, dentro de las condiciones clínicas y legales correspondientes.

El respeto del consentimiento informado se relaciona, por tanto, con el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos y con una atención que respete su dignidad, valores y capacidad de decisión.

En consecuencia, el análisis de la percepción de las pacientes sobre el respeto al principio de autonomía durante el parto encuentra sustento en el marco normativo boliviano que reconoce el derecho a la información, la toma de decisiones libres y voluntarias y el respeto de los derechos del paciente (Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, 2005; Ministerio de Salud y Deportes, 2005).

2.1.4. Auditoría médica aplicada a los servicios obstétricos

La auditoría médica constituye una herramienta de gestión de calidad orientada a evaluar de manera sistemática, crítica y objetiva los procesos asistenciales desarrollados en los servicios de salud. Su finalidad principal es identificar oportunidades de mejora, verificar el cumplimiento de estándares establecidos y promover acciones correctivas que contribuyan a una atención más segura, eficiente y centrada en las necesidades de los pacientes.

En este sentido, la auditoría ha evolucionado desde un enfoque tradicional basado en la revisión de errores o incumplimientos hacia un modelo educativo y de mejora continua, donde el análisis de los procesos permite fortalecer las capacidades institucionales y optimizar la prestación de servicios (World Health Organization, 2020).

La evaluación de la calidad obstétrica no debe limitarse únicamente al análisis de indicadores como mortalidad materna, complicaciones obstétricas o resultados neonatales, sino que debe incorporar elementos relacionados con la experiencia de la mujer, la comunicación con el equipo sanitario, el respeto de sus derechos y la participación en las decisiones relacionadas con su atención (World Health Organization, 2018).

La auditoría aplicada a los servicios obstétricos permite revisar la calidad del proceso asistencial desde diferentes dimensiones, incluyendo la oportunidad de la atención, cumplimiento de protocolos clínicos, disponibilidad de recursos, seguridad del paciente, continuidad del cuidado y satisfacción de las usuarias.

Este enfoque integral reconoce que un servicio obstétrico de calidad debe garantizar no solamente resultados clínicos favorables, sino también una experiencia positiva del nacimiento basada en dignidad, respeto y participación activa de la mujer (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Dentro de los componentes evaluables por la auditoría obstétrica se encuentra el cumplimiento de prácticas relacionadas con la atención respetuosa del parto. La evidencia científica señala que situaciones como la falta de información, ausencia de consentimiento informado, comunicación deficiente, trato irrespetuoso o exclusión de la mujer en la toma de decisiones pueden afectar negativamente la experiencia del parto y constituirse en indicadores de baja calidad asistencial (Bohren et al., 2019).

Desde esta perspectiva, la auditoría médica moderna incorpora la evaluación de la calidad percibida por las usuarias como un elemento complementario a los indicadores clínicos tradicionales. La percepción de las mujeres sobre la atención recibida permite identificar aspectos que no siempre son visibles mediante la revisión de historias clínicas, como el grado de participación en las decisiones, la confianza generada por el personal sanitario y el respeto hacia sus preferencias durante el parto (Vedam et al., 2017).

En relación con la autonomía materna, la auditoría obstétrica representa un mecanismo importante para evaluar si los servicios garantizan condiciones adecuadas para la toma de decisiones compartida. La revisión de los procesos asistenciales debe considerar si las pacientes reciben información suficiente, comprensible y oportuna; si participan en las decisiones relacionadas con procedimientos clínicos; y si sus valores, preferencias y necesidades culturales son respetados durante la atención (Mascarenhas Silva et al., 2024).

2.1.5. Principio de autonomía en la atención obstétrica

El principio de autonomía constituye uno de los fundamentos centrales de la bioética contemporánea y hace referencia al derecho que tienen las personas para participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud, considerando sus valores, preferencias, creencias y necesidades individuales.

En el ámbito sanitario, este principio implica superar modelos paternalistas donde las decisiones eran asumidas exclusivamente por los profesionales de salud, promoviendo una relación asistencial basada en información adecuada, comunicación efectiva y toma de decisiones compartida (Beauchamp & Childress, 2019).

En la atención obstétrica, la autonomía adquiere una relevancia particular debido a que el embarazo y el parto representan procesos donde convergen dimensiones biológicas, emocionales, sociales y culturales. La mujer no debe ser considerada únicamente como receptora de procedimientos clínicos, sino como sujeto de derechos con capacidad para expresar sus preferencias, aceptar o rechazar intervenciones y participar en las decisiones relacionadas con su proceso reproductivo (World Health Organization, 2022).

La autonomía durante la atención del parto comprende varios elementos fundamentales: acceso a información clara y suficiente, comprensión de las alternativas disponibles, posibilidad de expresar deseos y preocupaciones, participación en la planificación del cuidado y respeto de las decisiones tomadas conjuntamente con el equipo sanitario.

En este sentido, la autonomía no se limita a la firma de un consentimiento informado, sino que representa un proceso continuo de comunicación y participación durante toda la atención obstétrica (Hawke et al., 2024).

Desde el enfoque de atención centrada en la persona, la autonomía materna se relaciona directamente con la calidad asistencial, debido a que una atención obstétrica adecuada debe garantizar seguridad clínica sin desconocer la individualidad de cada mujer.

La evidencia actual señala que los modelos basados en la toma de decisiones compartida favorecen una mayor participación de las pacientes y permiten que las decisiones clínicas incorporen tanto la evidencia científica como las preferencias personales de las usuarias (Neergheen et al., 2024).

La toma de decisiones compartida representa una estrategia fundamental para operacionalizar el principio de autonomía en obstetricia. Este modelo implica una interacción colaborativa donde el profesional aporta conocimientos técnicos y la mujer aporta sus valores, expectativas y preferencias, permitiendo alcanzar decisiones consensuadas.

Estudios recientes han demostrado que las intervenciones orientadas a fortalecer la toma de decisiones compartida durante el embarazo y parto pueden modificar positivamente la participación de las mujeres en la planificación de su atención (Liu et al., 2024).

Sin embargo, la aplicación efectiva de la autonomía materna enfrenta diversas dificultades dentro de los sistemas sanitarios. Investigaciones recientes muestran que las mujeres pueden experimentar limitaciones relacionadas con estructuras jerárquicas institucionales, comunicación insuficiente, falta de información y prácticas asistenciales donde predominan decisiones dirigidas por los profesionales de salud. Estas situaciones pueden generar una autonomía formal, donde existe consentimiento documental, pero una participación limitada en la toma de decisiones reales (Waddell et al., 2024).

En contextos rurales, como el Centro de Salud con Internación Macha, la evaluación de la autonomía materna adquiere especial importancia debido a que pueden existir factores adicionales que condicionen la participación de las mujeres, como diferencias culturales, barreras comunicacionales, desigualdad en el acceso a información sanitaria y modelos tradicionales de relación con los servicios de salud. Por ello, analizar la percepción de las usuarias permite conocer si los principios establecidos en las políticas sanitarias se reflejan realmente en la práctica asistencial.

Para la presente investigación, el principio de autonomía constituye la base conceptual de la variable independiente “percepción sobre el respeto al principio de autonomía”, permitiendo evaluar cómo las pacientes puérperas valoran su participación, información recibida y capacidad de decisión durante la atención del parto, y establecer posteriormente su relación con la satisfacción respecto al servicio recibido.

2.1.6. Evolución del modelo de atención del parto: del enfoque biomédico al enfoque humanizado

La atención del parto ha experimentado una transformación progresiva en las últimas décadas, pasando de un modelo predominantemente biomédico, centrado en el control de los procesos fisiológicos mediante intervenciones clínicas, hacia un modelo humanizado basado en los derechos de la mujer, la participación activa y el respeto de sus necesidades individuales.

Esta evolución responde a los cambios en la comprensión del nacimiento como un proceso no solamente biológico, sino también emocional, social y cultural, donde la experiencia de la mujer constituye un componente fundamental de la calidad asistencial (World Health Organization, 2018).

Históricamente, el modelo biomédico de atención obstétrica se caracterizó por considerar el embarazo y el parto principalmente como eventos fisiológicos susceptibles de vigilancia y control médico. Bajo este paradigma, el profesional sanitario asumía un rol central en la toma de decisiones, mientras que la mujer era considerada principalmente como receptora de procedimientos destinados a disminuir riesgos maternos y neonatales.

Este enfoque permitió importantes avances en la reducción de complicaciones obstétricas y mortalidad materna mediante el desarrollo de tecnologías, intervenciones quirúrgicas y protocolos clínicos; sin embargo, también favoreció procesos de medicalización excesiva y una limitada participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con su atención (Davis-Floyd, 2023).

La medicalización del parto implicó que prácticas inicialmente reservadas para situaciones de riesgo fueran incorporadas progresivamente como procedimientos rutinarios en algunos sistemas sanitarios. Intervenciones como la monitorización continua, la inducción del trabajo de parto, la restricción de movilidad o determinados procedimientos sin indicación clínica suficiente generaron debates sobre el equilibrio entre seguridad obstétrica y respeto a la fisiología del nacimiento.

Desde una perspectiva crítica, el problema no radica en la utilización de intervenciones médicas cuando son necesarias, sino en la aplicación de modelos asistenciales donde las decisiones pueden depender más de la organización institucional que de las necesidades individuales de cada mujer (Miller et al., 2016).

En respuesta a estas limitaciones surgió el enfoque de parto humanizado, el cual propone una atención centrada en la mujer y reconoce el nacimiento como un proceso integral donde deben coexistir la seguridad clínica y el respeto por la autonomía. Este modelo plantea que las mujeres deben recibir información clara, participar en las decisiones, contar con apoyo emocional, mantener su dignidad y ser atendidas considerando sus valores culturales y preferencias personales (WHO, 2018).

El enfoque humanizado no implica rechazar la atención médica ni las intervenciones obstétricas necesarias, sino promover una atención equilibrada donde la tecnología y el conocimiento científico sean utilizados de manera adecuada, respetando la individualidad de cada mujer. En este sentido, la atención de calidad durante el parto requiere una combinación entre competencias clínicas, comunicación efectiva, trato respetuoso y participación de la paciente en las decisiones relacionadas con su cuidado (Olza et al., 2020).

Uno de los principales cambios introducidos por el modelo humanizado corresponde a la modificación de la relación entre profesionales y usuarias. Mientras el modelo biomédico tradicional se basaba frecuentemente en una relación vertical, donde el profesional determinaba las acciones a seguir, el enfoque actual promueve la toma de decisiones compartida, entendida como un proceso colaborativo donde la evidencia científica del profesional se integra con las preferencias y valores de la mujer (Elwyn et al., 2017).

En el contexto obstétrico, la toma de decisiones compartida adquiere especial relevancia debido a que muchas decisiones durante el embarazo y parto pueden involucrar diferentes alternativas clínicas.

La autonomía materna requiere que las mujeres tengan acceso a información suficiente para comprender los beneficios, riesgos y consecuencias de las opciones disponibles, permitiendo una participación real y no solamente formal dentro del proceso asistencial (Légaré et al., 2018).

2.1.7. Conceptualización de autonomía materna

La autonomía materna constituye un concepto fundamental dentro del enfoque actual de atención obstétrica centrada en la mujer, debido a que reconoce a la gestante como sujeto activo de derechos y participante principal en las decisiones relacionadas con su embarazo, parto y puerperio.

Desde la perspectiva bioética, la autonomía representa la capacidad de una persona para tomar decisiones de manera voluntaria, informada y libre de coerción, considerando sus propios valores, creencias y preferencias personales (Beauchamp & Childress, 2019).

En el contexto de la atención materna, la autonomía adquiere características particulares debido a que las decisiones relacionadas con el proceso reproductivo involucran no solamente aspectos clínicos, sino también dimensiones emocionales, familiares, culturales y sociales.

Por ello, la autonomía materna no debe entenderse únicamente como la posibilidad de aceptar o rechazar procedimientos médicos, sino como un proceso continuo mediante el cual la mujer recibe información suficiente, participa en las alternativas disponibles y expresa sus preferencias respecto a la atención que desea recibir (Borrelli et al., 2022).

La conceptualización contemporánea de autonomía materna se aleja del modelo tradicional paternalista, donde el profesional sanitario asumía la responsabilidad principal de decidir lo considerado más conveniente para la paciente. En contraste, los modelos actuales de atención promueven una relación colaborativa basada en la comunicación efectiva y la toma de decisiones compartida, donde el conocimiento técnico del personal de salud se integra con las experiencias, valores y expectativas de la mujer (Elwyn et al., 2017).

Durante la atención del parto, la autonomía materna implica que la mujer tenga la oportunidad de participar en decisiones relacionadas con aspectos como posición durante el trabajo de parto, procedimientos obstétricos, manejo del dolor, presencia de acompañante, intervenciones clínicas y cuidados posteriores al nacimiento, siempre dentro de un marco de seguridad materna y neonatal.

Un elemento central de la autonomía materna es el concepto de agencia, entendido como la capacidad de la mujer para actuar según sus propias decisiones y ejercer control sobre su experiencia reproductiva. Desde esta perspectiva, una atención obstétrica de calidad no solamente busca obtener resultados clínicos adecuados, sino también garantizar que las mujeres tengan reconocimiento, voz y participación durante el proceso asistencial (Vedam et al., 2017).

La evidencia reciente señala que la autonomía materna está relacionada con la percepción de calidad de la atención recibida. Cuando las mujeres sienten que sus opiniones son escuchadas, que reciben información adecuada y que sus decisiones son respetadas, tienden a presentar experiencias más positivas del nacimiento y mayores niveles de satisfacción.

Por el contrario, la falta de participación, la comunicación deficiente o la imposición de decisiones pueden generar sentimientos de pérdida de control y afectar negativamente la experiencia del parto (Bohren et al., 2019). Sin embargo, la autonomía materna no depende exclusivamente de la voluntad individual de la mujer, sino también de las condiciones del sistema sanitario donde ocurre la atención.

Factores institucionales como disponibilidad de tiempo del personal, organización del servicio, cultura profesional, protocolos internos y relación jerárquica entre profesionales y usuarias pueden favorecer o limitar el ejercicio efectivo de la autonomía (Hawke et al., 2024). Asimismo, en contextos rurales la autonomía materna puede estar influenciada por factores socioculturales específicos. Elementos como nivel educativo, idioma, creencias comunitarias, experiencias previas con los servicios de salud y confianza hacia el personal sanitario pueden modificar la forma en que las mujeres expresan sus necesidades y participan en las decisiones relacionadas con su atención.

Por esta razón, la evaluación de la autonomía debe considerar la percepción de las propias usuarias y no únicamente la existencia formal de normas o protocolos institucionales (Molina et al., 2023).

Desde el enfoque de auditoría médica y gestión de calidad, la autonomía materna representa un indicador relevante para evaluar la calidad humana y ética de los servicios obstétricos. La auditoría moderna incorpora progresivamente la perspectiva del paciente, reconociendo que la calidad asistencial incluye tanto la seguridad clínica como el respeto de los derechos, la dignidad y la participación de las personas atendidas (World Health Organization, 2020).

2.1.8. Medición de la autonomía materna mediante la escala MADM

La evaluación de la autonomía materna dentro de los servicios obstétricos representa un desafío metodológico debido a que se trata de un fenómeno multidimensional relacionado con la percepción de las mujeres sobre su participación, capacidad de decisión y nivel de control durante la atención del embarazo y parto.

Tradicionalmente, la calidad obstétrica se evaluaba principalmente mediante indicadores clínicos, como complicaciones maternas, resultados neonatales o cumplimiento de protocolos; sin embargo, los modelos actuales de atención centrada en la persona reconocen la necesidad de incorporar la experiencia de las usuarias como un componente esencial de la calidad asistencial (World Health Organization, 2018).

En este contexto, la escala Mothers Autonomy in Decision Making (MADM) surge como un instrumento específico diseñado para evaluar la percepción de las mujeres respecto al grado de autonomía experimentado durante la atención materna. Fue desarrollada por Vedam et al. (2017) a partir de la necesidad de contar con una herramienta que permitiera medir de manera objetiva un aspecto frecuentemente reconocido en los discursos sobre humanización del parto, pero con limitada evaluación cuantitativa: la participación real de las mujeres en las decisiones relacionadas con su atención.

La escala MADM fue construida bajo el enfoque de atención centrada en la mujer y toma de decisiones compartida, considerando que la autonomía no depende únicamente de la existencia de consentimiento informado, sino de la calidad del proceso mediante el cual la mujer recibe información, expresa sus preferencias y participa en las decisiones clínicas.

Los autores plantearon que una atención respetuosa requiere evaluar la experiencia subjetiva de las pacientes, debido a que dos mujeres pueden recibir procedimientos similares y presentar percepciones diferentes respecto al nivel de participación que tuvieron durante su atención (Vedam et al., 2017).

El desarrollo original de la escala MADM incluyó la participación de mujeres usuarias de servicios obstétricos, quienes contribuyeron a identificar los elementos considerados relevantes para experimentar autonomía durante la atención. Posteriormente, el instrumento fue sometido a procesos de evaluación psicométrica, demostrando adecuada consistencia interna y capacidad para medir la percepción de autonomía en contextos de atención materna (Vedam et al., 2017).

La escala MADM evalúa la autonomía materna mediante ítems relacionados con aspectos fundamentales de la toma de decisiones, entre ellos:

- Recepción de información suficiente para decidir.
- Participación activa en las decisiones sobre la atención.
- Capacidad de expresar opiniones y preferencias.
- Respeto hacia las decisiones de la mujer.
- Sensación de control sobre el proceso asistencial.
- Relación colaborativa con los profesionales de salud.

Estos componentes permiten analizar la autonomía desde una perspectiva integral, considerando que la participación de la mujer no se limita a aceptar o rechazar intervenciones, sino que implica formar parte del proceso de razonamiento y elección relacionado con las alternativas disponibles (Vedam et al., 2017).

Desde el punto de vista metodológico, la escala MADM utiliza una estructura tipo Likert que permite cuantificar la percepción de las usuarias respecto a su experiencia de toma de decisiones. Las puntuaciones obtenidas reflejan el grado en que las mujeres perciben haber tenido participación y control durante la atención recibida.

Esta característica facilita su aplicación en investigaciones cuantitativas orientadas a analizar asociaciones entre autonomía, satisfacción y otros indicadores de calidad asistencial.

2.1.9. Satisfacción materna como indicador de calidad asistencial

La satisfacción materna constituye actualmente uno de los indicadores más relevantes para evaluar la calidad de los servicios obstétricos, debido a que permite conocer la percepción de las mujeres respecto a la atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio.

Desde el enfoque contemporáneo de gestión de calidad en salud, la satisfacción del paciente es considerada un resultado fundamental de la atención sanitaria, debido a que refleja la capacidad de los servicios para responder no solamente a las necesidades técnicas, sino también a las expectativas, valores y derechos de las personas atendidas.

En este sentido, una atención de calidad debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente y centrada en la persona, considerando la experiencia del usuario como un componente esencial del desempeño institucional (Donabedian, 2005).

En el ámbito obstétrico, la satisfacción materna adquiere características particulares porque el parto representa una experiencia trascendental en la vida de la mujer, donde intervienen factores físicos, emocionales, sociales y culturales.

Por ello, la valoración positiva o negativa de la atención no depende exclusivamente del resultado clínico del nacimiento, sino también de cómo la mujer fue tratada, informada y acompañada durante el proceso asistencial (Downe et al., 2018).

La literatura científica actual señala que la satisfacción durante la atención del parto está determinada por múltiples dimensiones. Entre ellas destacan la calidad de la comunicación con el personal sanitario, la percepción de respeto y dignidad, la posibilidad de participar en las decisiones, el acompañamiento durante el trabajo de parto, la privacidad, la confianza generada por el equipo de salud y las condiciones físicas del establecimiento sanitario (Bohren et al., 2019).

Desde esta perspectiva, la satisfacción materna no debe interpretarse únicamente como una valoración subjetiva de agrado o desagrado, sino como un indicador que permite identificar fortalezas y deficiencias dentro de los procesos asistenciales.

Una paciente puede presentar un resultado clínico favorable, pero manifestar insatisfacción si percibió falta de información, trato inadecuado o exclusión de las decisiones relacionadas con su atención. Por el contrario, una experiencia positiva puede contribuir a fortalecer la confianza en los servicios de salud y favorecer una mejor percepción de calidad (Afulani et al., 2020).

Asimismo, la satisfacción materna mantiene una relación estrecha con el respeto al principio de autonomía. Las mujeres que reciben información adecuada, participan en la toma de decisiones y sienten que sus preferencias son consideradas presentan mayores niveles de satisfacción con la atención recibida.

Esto demuestra que la calidad percibida está relacionada no solamente con la capacidad técnica del personal sanitario, sino también con la forma en que se establece la relación asistencial entre profesionales y pacientes (Vedam et al., 2017).

Desde la perspectiva de auditoría médica, la evaluación de la satisfacción materna representa una herramienta estratégica para la mejora continua, debido a que permite identificar brechas entre los estándares institucionales de atención y la experiencia real de las usuarias.

2.1.10. Factores asociados a la satisfacción durante la atención del parto

La satisfacción materna durante la atención del parto es un fenómeno multidimensional determinado por factores relacionados con la calidad técnica de los servicios, la interacción humana y las condiciones institucionales donde se desarrolla la atención.

Uno de los principales factores asociados a la satisfacción materna es la comunicación efectiva entre el personal sanitario y la paciente. La información clara, oportuna y comprensible permite que las mujeres conozcan las alternativas disponibles y participen en las decisiones relacionadas con su atención, favoreciendo una mayor confianza y percepción de calidad del servicio (Downe et al., 2018).

Otro factor determinante corresponde al respeto de la autonomía y participación en la toma de decisiones. Las mujeres que perciben que sus preferencias son escuchadas, que reciben información suficiente y que tienen capacidad de participar en las decisiones durante el parto presentan mayores niveles de satisfacción con la atención recibida (Vedam et al., 2017).

Asimismo, el trato digno y humanizado constituye un componente esencial de la satisfacción materna. Aspectos como empatía, privacidad, acompañamiento emocional y respeto a las características culturales de las pacientes influyen directamente en la percepción positiva o negativa de la experiencia del parto (Bohren et al., 2019).

Las condiciones institucionales también pueden afectar la satisfacción, incluyendo disponibilidad de recursos, organización del servicio, tiempos de espera, infraestructura y capacidad de respuesta del personal sanitario. Estos elementos forman parte de la calidad percibida por las usuarias y pueden modificar la valoración global del servicio recibido (Afulani et al., 2020).

Desde una perspectiva crítica, la satisfacción materna debe interpretarse considerando el contexto social y cultural donde ocurre la atención. En establecimientos rurales, factores como nivel educativo, acceso previo a información sanitaria, creencias culturales y relación de confianza con el personal de salud pueden influir en la manera en que las mujeres valoran su experiencia durante el parto.

En relación con la presente investigación, estos factores permiten comprender que la satisfacción de las pacientes puérperas no depende exclusivamente del resultado obstétrico, sino también de la forma en que fueron atendidas, informadas y consideradas durante el proceso asistencial.

Por ello, su evaluación junto con la percepción del respeto al principio de autonomía constituye un elemento relevante dentro de la auditoría médica y la gestión de calidad en los servicios obstétricos.

2.1.11. Evaluación de la satisfacción de las pacientes puérperas

La evaluación de la satisfacción de las pacientes puérperas constituye un componente fundamental dentro de la valoración de la calidad de los servicios obstétricos, debido a que permite conocer la percepción de las mujeres respecto a la atención recibida durante el embarazo, parto y periodo inmediato posterior al nacimiento.

La satisfacción materna es un constructo multidimensional que incluye aspectos relacionados con la comunicación, trato recibido, seguridad, empatía, capacidad de respuesta del personal sanitario, condiciones físicas del establecimiento y respeto hacia las decisiones de la paciente.

Por esta razón, su evaluación requiere instrumentos estructurados que permitan medir de manera objetiva la percepción de las usuarias y generar información útil para la mejora continua de los servicios de salud (Donabedian, 2005).

En el contexto obstétrico, la medición de la satisfacción de las puérperas permite identificar aspectos positivos y limitaciones del proceso asistencial que no siempre pueden ser observados mediante indicadores clínicos tradicionales. Una atención puede cumplir con los protocolos técnicos establecidos; sin embargo, si la mujer percibe falta de información, escasa participación en las decisiones o trato inadecuado, la valoración global del servicio puede verse afectada (Bohren et al., 2019).

La evaluación de la satisfacción puede realizarse mediante diferentes instrumentos basados generalmente en escalas tipo Likert, donde las pacientes expresan su grado de acuerdo o conformidad respecto a diversos componentes de la atención. Estas herramientas permiten analizar dimensiones específicas de la calidad percibida, facilitando la identificación de áreas críticas dentro de los servicios obstétricos (Afulani et al., 2020).

Entre los aspectos más evaluados se encuentran la fiabilidad, relacionada con el cumplimiento adecuado y oportuno de la atención; la capacidad de respuesta, vinculada con la disposición del personal para atender las necesidades de las pacientes; la seguridad, asociada con la confianza y competencia percibida; la empatía, relacionada con el trato individualizado y comprensión de las necesidades de la mujer; y los aspectos tangibles, referidos a las condiciones físicas, equipamiento e infraestructura del establecimiento sanitario (Parasuraman et al., 1988).

Desde la perspectiva de auditoría médica, evaluar la satisfacción de las pacientes puérperas permite complementar la revisión técnica de los procesos asistenciales con la valoración de la calidad percibida. La información obtenida mediante estos instrumentos puede ser utilizada para identificar oportunidades de mejora, fortalecer la gestión institucional y orientar estrategias destinadas a mejorar la experiencia de las usuarias (World Health Organization, 2020).

Sin embargo, la evaluación de la satisfacción debe considerar que la percepción de las pacientes está influenciada por factores individuales y socioculturales, como expectativas previas, nivel educativo, experiencias anteriores, contexto familiar y características del sistema sanitario.

Por ello, los resultados deben interpretarse considerando el entorno donde se desarrolla la atención y las particularidades de la población estudiada.

2.1.12. Relación entre autonomía materna y satisfacción durante la atención del parto

La relación entre autonomía materna y satisfacción durante la atención del parto se fundamenta en el enfoque actual de calidad asistencial centrada en la mujer, donde la experiencia del nacimiento no es valorada únicamente por los resultados clínicos obtenidos, sino también por la manera en que la paciente participa, recibe información y percibe el respeto hacia sus decisiones.

La evidencia científica indica que la satisfacción materna está estrechamente relacionada con la sensación de control y participación durante el parto. Cuando las mujeres tienen la oportunidad de expresar sus preferencias, comprender las alternativas disponibles y participar en las decisiones clínicas, experimentan mayores niveles de confianza y seguridad respecto al proceso asistencial.

Por el contrario, la falta de información, la imposición de decisiones o la comunicación insuficiente pueden generar sentimientos de pérdida de control y afectar negativamente la experiencia del nacimiento (Bohren et al., 2019).

Desde la perspectiva de la toma de decisiones compartida, la autonomía materna representa un mecanismo mediante el cual se fortalece la relación entre profesionales de salud y usuarias. Este modelo reconoce que las decisiones obstétricas deben construirse mediante un intercambio de información, donde el personal sanitario aporta conocimientos clínicos y la mujer aporta sus valores, preferencias y expectativas. Esta interacción favorece una atención más participativa y puede incrementar la satisfacción con los servicios recibidos (Elwyn et al., 2017).

Diversos estudios han demostrado que la percepción de autonomía durante el parto se asocia con mejores experiencias maternas. Vedam et al. (2017), mediante la escala Mothers Autonomy in Decision Making (MADM), identificaron que la participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un elemento relevante para evaluar la calidad de la atención obstétrica. Los autores señalaron que la autonomía percibida permite comprender aspectos de la experiencia del parto que no son captados por los indicadores clínicos tradicionales.

Asimismo, investigaciones recientes han señalado que la satisfacción materna aumenta cuando las mujeres perciben que el personal sanitario respeta sus preferencias, proporciona información comprensible y permite una participación activa durante el proceso asistencial.

Esto demuestra que la satisfacción no depende exclusivamente del cumplimiento técnico de los procedimientos, sino también de la calidad de la interacción humana desarrollada durante la atención (Neergheen et al., 2024).

Sin embargo, desde una perspectiva crítica, la relación entre autonomía y satisfacción puede estar condicionada por factores sociales, culturales e institucionales. En determinados contextos, especialmente en poblaciones rurales, pueden existir barreras relacionadas con desigualdad educativa, diferencias culturales, limitaciones en la comunicación o estructuras organizacionales donde predomina un modelo asistencial jerárquico. Estas condiciones pueden limitar la capacidad de las mujeres para expresar sus preferencias y ejercer plenamente su autonomía durante el parto.

Además, es importante diferenciar entre la autonomía reconocida formalmente y la autonomía experimentada por las pacientes. La existencia de protocolos institucionales o documentos de consentimiento informado no garantiza necesariamente que las mujeres hayan participado realmente en las decisiones.

La autonomía efectiva requiere espacios de diálogo, respeto, información adecuada y una relación asistencial basada en la confianza (Hawke et al., 2024).

Desde el enfoque de auditoría médica y gestión de calidad, analizar la relación entre autonomía materna y satisfacción permite evaluar dimensiones éticas y humanas de la atención obstétrica.

La auditoría contemporánea debe incorporar indicadores relacionados con la experiencia de las usuarias, debido a que una atención de calidad implica no solamente brindar procedimientos seguros, sino también garantizar respeto a los derechos, dignidad y participación de las pacientes.

En el contexto del Centro de Salud con Internación Macha, estudiar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas permitirá identificar si las prácticas asistenciales desarrolladas durante el parto responden al modelo actual de atención humanizada.

2.2. Marco contextual

2.2.1. Municipio de San Pedro de Macha

El municipio de San Pedro de Macha se encuentra ubicado en el departamento de Potosí, dentro de la provincia Chayanta, en la región norte del departamento. Fue creado como municipio mediante la Ley N.º 1190 del 23 de junio de 2019, separándose administrativamente del municipio de Colquechaca. La creación de esta entidad municipal respondió a procesos de organización territorial orientados a fortalecer la gestión local y la atención de las necesidades de su población (Gobierno Autónomo Municipal de San Pedro de Macha, 2024).

Geográficamente, San Pedro de Macha se encuentra aproximadamente a 149 kilómetros al norte de la ciudad de Potosí, con acceso mediante vías departamentales y conexiones con municipios vecinos como Pocoata, Colquechaca, Ocurí y otras comunidades de la provincia Chayanta. Su ubicación corresponde a una zona predominantemente rural, caracterizada por comunidades dispersas y una población vinculada principalmente a actividades agropecuarias. (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

La población del municipio está conformada principalmente por comunidades campesinas con una importante presencia de población indígena originaria, donde las actividades económicas predominantes están relacionadas con la agricultura y la ganadería. Entre los principales productos agrícolas se encuentran la papa, cebada y trigo, además de la crianza de ganado ovino y camélidos, actividades que constituyen parte fundamental de la economía familiar local (Gobierno Autónomo Municipal de San Pedro de Macha, 2024).

Desde el punto de vista sanitario, las características rurales del municipio representan un elemento importante para comprender las condiciones de acceso y prestación de servicios de salud. La dispersión geográfica de las comunidades, las distancias hacia los establecimientos sanitarios, las condiciones socioeconómicas y los factores culturales pueden influir en la utilización de los servicios y en la experiencia de atención de la población usuaria.

En el área materna, estos factores adquieren especial relevancia debido a que la atención del embarazo, parto y puerperio requiere no solamente capacidad resolutoria técnica, sino también una atención basada en comunicación efectiva, respeto cultural, información adecuada y participación activa de las mujeres en las decisiones relacionadas con su salud. En contextos rurales, las relaciones socioculturales entre usuarias y personal sanitario pueden influir en la percepción del respeto a la autonomía y en la satisfacción con la atención recibida.

2.2.2. Centro de Salud con Internación Macha

El Centro de Salud con Internación Macha constituye un establecimiento sanitario ubicado en el municipio de San Pedro de Macha, provincia Chayanta del departamento de Potosí, destinado a brindar atención integral a la población del área de influencia, principalmente de comunidades rurales que presentan características geográficas, sociales y culturales propias de la región andina boliviana.

Por su capacidad de internación, este establecimiento cumple funciones relevantes dentro de la red municipal de servicios de salud, especialmente en la atención materna, neonatal y de enfermedades prevalentes.

El Centro de Salud con Internación Macha constituye un establecimiento de salud de primer nivel con capacidad de internación, perteneciente a la red municipal de servicios de salud del municipio de San Pedro de Macha, departamento de Potosí.

Su función principal es brindar atención integral a la población del área de influencia, con énfasis en actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, además de la atención de patologías que requieren observación o internación temporal.

Por sus características, este establecimiento cumple un rol fundamental en la atención materna y neonatal dentro de un contexto rural, permitiendo la atención del embarazo, parto y puerperio, así como la referencia de pacientes que requieren atención de mayor complejidad. La existencia de un servicio con internación favorece la atención oportuna de las gestantes y puérperas, reduciendo las barreras relacionadas con la distancia geográfica y facilitando el seguimiento posterior al parto.

La infraestructura del establecimiento está orientada a responder a las necesidades asistenciales de la población usuaria, considerando ambientes destinados a la atención ambulatoria, consulta médica, atención materna, procedimientos clínicos y áreas administrativas. La distribución física de los espacios debe garantizar condiciones adecuadas de accesibilidad, privacidad, seguridad y comodidad para los pacientes.

Dentro de los ambientes relacionados con la atención obstétrica se consideran espacios destinados al control prenatal, valoración de gestantes, atención del trabajo de parto, recuperación puerperal y cuidados inmediatos del recién nacido. Asimismo, dispone de áreas de apoyo necesarias para el funcionamiento institucional, como admisión, sala de espera, enfermería, farmacia, servicios higiénicos y ambientes administrativos.

Desde el enfoque de calidad asistencial, la infraestructura sanitaria constituye un componente importante de la percepción del usuario, debido a que las condiciones físicas del establecimiento pueden influir en la comodidad, confianza y satisfacción de las pacientes durante la atención recibida.

El Centro de Salud con Internación Macha cuenta con equipamiento destinado a la atención integral de los usuarios, incluyendo recursos necesarios para la evaluación clínica, vigilancia de pacientes, atención obstétrica y estabilización inicial de casos que requieren manejo oportuno antes de una posible referencia.

En el área materna, el equipamiento debe permitir la vigilancia del bienestar materno y fetal, atención segura del parto y cuidados posteriores al nacimiento. Entre los recursos utilizados en la atención obstétrica se consideran equipos para control de signos vitales, evaluación clínica, atención del recién nacido, material médico quirúrgico básico e insumos necesarios para procedimientos asistenciales.

La disponibilidad y adecuado funcionamiento del equipamiento representan elementos esenciales dentro de la gestión de calidad, debido a que permiten brindar una atención segura y reducir riesgos asociados a la atención materna y neonatal. Asimismo, la existencia de recursos adecuados contribuye a fortalecer la confianza de las usuarias y su percepción sobre la capacidad resolutoria del establecimiento.

2.2.3. La atención obstétrica en el Centro de Salud con Internación Macha

La atención materna constituye un componente prioritario de los servicios de salud en el municipio de San Pedro de Macha, particularmente por las características rurales y socioeconómicas de su población. De acuerdo con el Censo 2024, el municipio presenta una población de 21.011 habitantes y aproximadamente el 85,7% de la población se encuentra en condición de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, situación que evidencia condiciones sociales que pueden constituir barreras para el acceso oportuno a los servicios de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

En el contexto departamental, Potosí mantiene importantes desafíos en materia de salud materna. Los resultados del Censo 2024 muestran que el 85,0% de los partos en el departamento son atendidos por personal de salud calificado; sin embargo, existe una diferencia entre el área urbana (94,1%) y el área rural (76,6%) (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

Esta brecha resulta relevante para municipios predominantemente rurales, donde las condiciones geográficas, económicas y de acceso pueden dificultar la utilización oportuna de los servicios institucionales.

A nivel nacional, el 92,2% de los partos son atendidos por personal de salud calificado, porcentaje que desciende al 82,7% en el área rural. Estos datos muestran que, aunque se ha producido un incremento importante de la atención calificada del parto respecto a anteriores censos, persisten diferencias territoriales en el acceso a una atención institucional y profesional (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

La mortalidad materna constituye otro indicador relevante para valorar las condiciones de atención durante el embarazo, parto y puerperio. Bolivia continúa presentando una razón de mortalidad materna elevada en comparación con otros países de la región; información reciente difundida por el Ministerio de Salud y Deportes señala una razón de 146 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. (Ministerio de Salud y Deportes, 2025).

Entre los factores asociados a la mortalidad materna se reconocen las dificultades de acceso a los servicios, el reconocimiento tardío de signos de alarma, condiciones educativas y culturales, y limitaciones relacionadas con la calidad de la atención.

En el departamento de Potosí también se han identificado importantes desafíos relacionados con la mortalidad materna. Datos del Servicio Departamental de Salud reportaron que la razón de mortalidad materna alcanzó 150,4 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2020, evidenciando la relevancia de fortalecer las acciones de prevención, atención oportuna y referencia de las complicaciones obstétricas (Ministerio de Salud y Deportes, 2025).

En este contexto, el Centro de Salud con Internación Macha cumple una función importante en la atención materna de la población del municipio, al constituirse en un establecimiento de primer nivel con capacidad de internación. Su actividad comprende el control prenatal, identificación de riesgos obstétricos, atención del trabajo de parto y parto, cuidados inmediatos del recién nacido, atención puerperal y referencia de las pacientes que requieren un nivel de mayor capacidad resolutive.

El acceso al parto institucional en poblaciones rurales puede estar condicionado por diferentes barreras. Entre ellas se encuentran la distancia geográfica, las dificultades de transporte, los costos asociados al desplazamiento, las condiciones económicas de las familias, la disponibilidad de personal y la percepción de las usuarias respecto a la calidad y pertinencia cultural de los servicios. El propio Ministerio de Salud reconoce el acceso limitado a servicios de calidad, las distancias, los costos y el transporte como factores relacionados con las dificultades para la atención materna oportuna.

Asimismo, en contextos rurales andinos las prácticas tradicionales relacionadas con el embarazo y el parto pueden coexistir con la atención institucional. La literatura antropológica sobre Macha ha documentado históricamente la presencia de prácticas de parto domiciliario y la participación de familiares y parteras, asociadas a concepciones culturales propias de la comunidad. Estos antecedentes permiten comprender que la elección del lugar y modalidad de atención del parto no depende exclusivamente de factores clínicos, sino también de elementos culturales, familiares y de confianza hacia los servicios de salud.

En este sentido, la atención institucional del parto requiere no solamente disponibilidad de infraestructura y personal calificado, sino también una atención respetuosa de las características culturales de las usuarias, comunicación adecuada, información comprensible y participación de la mujer en las decisiones relacionadas con su atención. Estos elementos adquieren especial relevancia en el estudio del principio de autonomía, debido a que el respeto a la capacidad de la mujer para recibir información, expresar preferencias y participar en las decisiones constituye un componente de una atención materna centrada en la persona.

3. Marco metodológico y análisis de resultados

3.1. Marco metodológico

3.1.1. Enfoque de Investigación

El presente trabajo se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que se realizó la medición de la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas con la atención recibida, durante el parto, con la finalidad de determinar la relación existente entre ambas variables, este enfoque se fundamentó en la recopilación de datos objetivos y cuantificables, permitiendo analizar las características y comportamiento de las variables mediante procedimientos estadísticos.

El enfoque cuantitativo permitió la recolección de datos mediante instrumentos estructurados, obteniendo información susceptible de medición numérica a través de indicadores previamente establecidos para cada variable de estudio, la información recopilada permitió asignar valores cuantificables a las percepciones de las pacientes púerperas respecto al grado de autonomía, participación en la toma de decisiones y satisfacción con la atención recibida durante el parto.

Asimismo, este enfoque posibilitó el procesamiento sistemático de los datos obtenidos mediante técnicas estadísticas, permitiendo describir las variables de estudio, identificar sus niveles de comportamiento y establecer la existencia de relación entre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas, el análisis estadístico permitió la comprobación de la hipótesis planteada, generando evidencia objetiva sobre el fenómeno estudiado.

3.1.2. Tipo y diseño de la Investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal. Fue de diseño no experimental porque no se manipularon deliberadamente las variables de estudio, sino que fueron observadas y analizadas en su contexto natural, tal como se presentaron en las pacientes púerperas atendidas en el Centro de Salud con Internación Macha.

La percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción con la atención recibida fueron evaluadas considerando la experiencia de las pacientes, sin intervención por parte del investigador.

Es de tipo correlacional, porque estuvo orientado a determinar la relación existente entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida, permitiendo establecer el grado de asociación entre ambas variables mediante procedimientos estadísticos, sin determinar relaciones de causalidad.

Es de corte transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un periodo específico de la gestión 2026, permitiendo analizar las variables en un momento determinado, sin seguimiento longitudinal de las participantes.

Este diseño metodológico permitió medir las variables de estudio y analizar la relación entre ellas, generando evidencia sobre la asociación existente entre el respeto percibido al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida en el establecimiento de salud.

3.1.3. Métodos de Investigación

Para la presente investigación, se emplearon métodos tanto teóricos como empíricos que permitieron abordar el problema de estudio de manera integral, orientados al análisis de la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto.

3.1.3.1. Métodos Teóricos

Método histórico-lógico. Se aplicó para comprender la evolución del fenómeno de estudio, analizando el desarrollo histórico y conceptual del principio de autonomía en la atención sanitaria, la participación de la mujer en la toma de decisiones durante la atención obstétrica y la importancia de la satisfacción de las usuarias como componente de la calidad de atención en salud.

Método de análisis documental. Se utilizó para la recopilación, revisión y sistematización de fuentes teóricas, normativas y antecedentes científicos relacionados con el principio de autonomía, consentimiento informado, atención materna respetuosa, satisfacción de las pacientes y calidad de la atención sanitaria, permitiendo sustentar teóricamente las variables de estudio.

Método sistémico. Permitió analizar el fenómeno de estudio como un sistema integrado, considerando la interacción entre los elementos relacionados con la atención sanitaria, la participación de las pacientes puérperas en la toma de decisiones y la percepción de satisfacción respecto a la atención recibida dentro del establecimiento de salud.

Método hipotético-deductivo. Se empleó para la formulación de la hipótesis de investigación y su posterior comprobación mediante el análisis de los datos obtenidos, permitiendo establecer la relación existente entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida.

3.1.3.2. Métodos Empíricos

Método de medición. Permitió la cuantificación de los datos obtenidos mediante la aplicación de instrumentos estructurados para evaluar la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida, organizando la información en tablas de frecuencias, porcentajes y categorías de análisis para su posterior interpretación.

Método estadístico. Permitió organizar, sistematizar, procesar y analizar la información obtenida durante la recolección de datos, mediante la aplicación de procedimientos de estadística descriptiva e inferencial.

La estadística descriptiva permitió caracterizar las variables de estudio, mientras que el análisis inferencial permitió establecer la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas, mediante las pruebas estadísticas correspondientes para la comprobación de la hipótesis planteada.

3.1.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de investigación

Esta sección describe las herramientas específicas y el proceso paso a paso para la recolección de datos, asegurando la rigurosidad metodológica del estudio.

3.1.4.1. Técnicas e instrumentos

La técnica de investigación utilizada fue la encuesta, aplicada mediante dos instrumentos estructurados de recolección de datos, con la finalidad de obtener información cuantificable sobre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto.

El instrumento de recolección de datos estuvo estructurado en tres apartados. El primer apartado estuvo destinado a la recopilación de las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes puérperas, considerando variables como: Edad, nivel de instrucción, número de controles prenatales, número de partos, y tipo de parto, permitiendo realizar la caracterización de la población de estudio.

Para evaluar la variable percepción sobre el respeto al principio de autonomía, se empleó la Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones (MADM, Mother's Autonomy in Decision Making Scale), desarrollada por Vedam et al. (2017), instrumento diseñado para valorar la percepción de las mujeres respecto a su autonomía y participación durante la toma de decisiones relacionadas con la atención materna (**Anexo 1**).

La escala MADM estuvo constituida por 7 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert de seis categorías: Completamente en desacuerdo (1), Muy en desacuerdo (2), Algo en desacuerdo (3), Algo de acuerdo (4), Muy de acuerdo (5) y Completamente de acuerdo (6). La puntuación obtenida permitió cuantificar la percepción de las pacientes puérperas respecto al respeto de su autonomía durante la atención recibida.

Para efectos del presente estudio, la variable percepción sobre el respeto al principio de autonomía fue analizada mediante dos dimensiones: grado de autonomía y participación en la toma de decisiones.

La dimensión grado de autonomía estuvo conformada por los ítems 5, 6 y 7 del instrumento, orientados a valorar la percepción de la paciente sobre la consideración de sus preferencias, la disponibilidad de tiempo suficiente para reflexionar sobre las opciones de atención, la posibilidad de elegir entre las alternativas disponibles y el respeto a las decisiones adoptadas durante el proceso asistencial.

La dimensión participación en la toma de decisiones estuvo conformada por los ítems 1, 2, 3 y 4, dirigidos a evaluar el nivel de involucramiento percibido por la paciente durante el proceso de decisión, considerando la posibilidad de participar, la información proporcionada por el personal de salud, la explicación de las alternativas de atención y el apoyo recibido para comprender las decisiones relacionadas con su cuidado.

La puntuación global del instrumento, conformado por siete ítems con valores de 1 a 6 puntos cada uno, comprendió un rango de 7 a 42 puntos. Para su interpretación se establecieron tres niveles: percepción baja, de 7 a 18 puntos; percepción media, de 19 a 30 puntos; y percepción alta, de 31 a 42 puntos. Una mayor puntuación indicó una percepción más favorable sobre el respeto al principio de autonomía durante la atención del parto.

En cuanto a las dimensiones, la participación en la toma de decisiones presentó un rango de puntuación de 4 a 24 puntos, mientras que la dimensión grado de autonomía comprendió un rango de 3 a 18 puntos. Por tanto, los baremos establecidos para la puntuación global se aplicaron exclusivamente al resultado total del instrumento y no a las puntuaciones individuales de las dimensiones, debido a que estas presentan diferentes rangos de puntuación.

Para evaluar la variable satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida, se empleó un instrumento basado en el modelo SERVPERF, desarrollado por Cronin y Taylor (1992), el cual mide la calidad del servicio a partir de la percepción del desempeño experimentado por los usuarios. Para el presente estudio, el instrumento fue adaptado al contexto de la atención del parto en el Centro de Salud con Internación Macha, conservando las cinco dimensiones propuestas por el modelo original (**Anexo 2**).

El instrumento estuvo constituido por 21 afirmaciones, distribuidas en cinco dimensiones de la calidad del servicio: fiabilidad (4 ítems), capacidad de respuesta (4 ítems), seguridad (4 ítems), empatía (5 ítems) y aspectos tangibles (4 ítems). Cada afirmación fue respondida mediante una escala tipo Likert de cinco categorías: Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Indiferente (3), En desacuerdo (2) y Totalmente en desacuerdo (1), permitiendo valorar el nivel de satisfacción de las pacientes púerperas respecto a la atención recibida durante el parto.

La puntuación total del instrumento se obtuvo mediante la sumatoria de las respuestas de los 21 ítems, con un puntaje mínimo teórico de 21 puntos y un puntaje máximo teórico de 105 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción percibida con la atención recibida. Para establecer el nivel global de satisfacción, el puntaje total obtenido por cada participante se transformó en un promedio general mediante la división del puntaje total entre el número de ítems (21). De esta manera, el promedio global presentó un rango teórico de 1,00 a 5,00, manteniendo la misma escala de respuesta utilizada en cada ítem.

La clasificación del nivel de satisfacción se estableció mediante la división del rango teórico de la escala (1,00–5,00) en tres intervalos de igual amplitud ($4/3 = 1,33$), obteniéndose los siguientes puntos de corte:

- 1,00 a 2,33: nivel bajo de satisfacción.
- 2,34 a 3,67: nivel medio de satisfacción.
- 3,68 a 5,00: nivel alto de satisfacción.

Por tanto, el puntaje total permitió obtener una puntuación global entre 21 y 105 puntos, mientras que el promedio global permitió clasificar el nivel de satisfacción en bajo, medio o alto. Ambas expresiones corresponden a la misma medición, diferenciándose únicamente en la escala utilizada para su presentación.

La aplicación de ambos instrumentos permitió obtener información cuantificable sobre las variables de estudio, posibilitando el análisis estadístico descriptivo e inferencial y la determinación de la relación existente entre la percepción sobre el respeto al principio de

autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida, en correspondencia con los objetivos e hipótesis planteados en la investigación.

En relación con la validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación, se consideraron instrumentos previamente desarrollados y utilizados en estudios relacionados con la evaluación de la experiencia de atención materna, autonomía en la toma de decisiones y satisfacción de usuarios de servicios de salud.

Para la presente investigación, los instrumentos fueron adaptados al contexto de la atención del parto en el Centro de Salud con Internación Macha, manteniendo las dimensiones y estructura de los instrumentos de referencia y adecuando la redacción de los ítems a las características de las pacientes puérperas y al contexto asistencial estudiado.

Ambos instrumentos fueron aplicados en idioma español. En el caso del instrumento basado en el modelo SERVPERF de Cronin y Taylor, se consideró que este modelo permite valorar la percepción del desempeño del servicio mediante las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles; en el presente estudio, esta valoración fue utilizada como medida operacional de la satisfacción percibida de las pacientes respecto a la atención recibida durante el parto.

Si bien existe cierta proximidad conceptual entre algunos contenidos de ambos instrumentos, particularmente en aspectos relacionados con la comunicación, el respeto y la participación de la paciente, las variables evaluadas son diferenciadas: la escala MADM mide la percepción del respeto al principio de autonomía y la participación de la mujer en la toma de decisiones, mientras que el instrumento basado en SERVPERF evalúa la satisfacción a partir de la percepción del desempeño de diferentes componentes del servicio.

La Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones (MADM), desarrollada por Vedam et al. (2017), y el instrumento SERVPERF, propuesto por Cronin y Taylor (1992, 1994), cuentan con antecedentes de validación psicométrica y aplicación en investigaciones orientadas a la evaluación de la atención sanitaria.

Para verificar la confiabilidad de los instrumentos en el contexto del presente estudio, se realizó una prueba piloto con 10 pacientes puérperas atendidas en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el periodo comprendido entre el 10 y el 20 de diciembre de 2025.

Las participantes presentaron características similares a las de la población objeto de estudio, lo que permitió evaluar la comprensión de los ítems, el procedimiento de aplicación y la consistencia interna de los instrumentos antes de la recolección definitiva de los datos. La aplicación estuvo a cargo del investigador y se realizó de manera individual.

Las 10 pacientes que participaron en la prueba piloto fueron diferentes de las participantes del estudio definitivo, por lo que sus respuestas no fueron incorporadas al análisis estadístico de las 34 pacientes que conformaron la población final. De esta manera, se evitó la duplicación de participantes entre la prueba piloto y la investigación definitiva.

La Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones (MADM) obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,861, evidenciando una consistencia interna adecuada para la medición de la percepción sobre el respeto al principio de autonomía **(Anexo 3)**.

Por otra parte, el instrumento SERVPERF obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,989 en la prueba piloto, lo que refleja una consistencia interna muy elevada. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela debido al reducido número de participantes ($n = 10$), que limita la estabilidad de la estimación. Asimismo, el valor obtenido podría sugerir redundancia entre algunos ítems, aspecto que debe considerarse en la interpretación de la fiabilidad del instrumento **(Anexo 4)**.

Los resultados de la prueba piloto permitieron verificar la consistencia interna de ambos instrumentos y comprobar su aplicabilidad en el contexto del establecimiento antes de realizar la recolección definitiva de los datos. Posteriormente, durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2026, los instrumentos fueron aplicados por el investigador a las 34 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

Flujo de participantes

- Prueba piloto: diciembre de 2025
- 10 pacientes puérperas atendidas en el Centro de Salud con Internación Macha
- Aplicación de instrumentos por el investigador
- 10 participantes de prueba piloto
- No incluidas en el estudio definitivo
- Estudio definitivo: enero a junio de 2026
- 36 pacientes inicialmente identificadas
- Aplicación de criterios de inclusión
- 2 pacientes excluidas por no cumplir los criterios de inclusión
- 34 pacientes elegibles
- Estudio censal
- 34 pacientes participantes
- Aplicación de MADM + SERVPERF por el investigador
- 34 participantes incluidas en el análisis final

Respecto al procedimiento de recolección de datos, en una primera instancia se gestionó la autorización institucional correspondiente ante la Dirección del Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, mediante solicitud formal para la ejecución del estudio. Una vez obtenida la aprobación respectiva, se procedió a la aplicación de los instrumentos de investigación a las pacientes puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos (**Anexo 5**).

La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2026. Los instrumentos fueron aplicados de manera individual por el investigador a las pacientes, posterior a la atención del parto y mientras permanecían internadas en el área de puerperio del Centro de Salud con Internación Macha.

Antes de la aplicación, se explicó a cada participante el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información proporcionada. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado de las participantes (**Anexo 6**).

Considerando las características socioculturales de la población atendida en el Centro de Salud con Internación Macha, donde existen pacientes quechua hablantes y con diferentes niveles de escolaridad, la aplicación del instrumento se realizó en castellano o quechua, de acuerdo con el idioma de mayor comprensión de cada participante. La investigadora, por su dominio de ambos idiomas, brindó las explicaciones necesarias para facilitar la comprensión de las preguntas y las opciones de respuesta, procurando mantener el significado original de los ítems y evitar interpretaciones que pudieran influir en las respuestas.

Esta modalidad de aplicación permitió adecuar la comunicación a las características lingüísticas de las participantes y favorecer su comprensión de los aspectos evaluados, relacionados con la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción con la atención recibida durante el parto. Asimismo, se procuró utilizar un lenguaje claro y accesible, considerando los diferentes niveles de escolaridad de las pacientes.

Debe señalarse que la explicación oral en quechua durante la aplicación no equivale a una traducción formal y validada del instrumento. Por ello, esta adaptación lingüística debe considerarse al interpretar los resultados, especialmente si no se realizó un procedimiento específico de traducción y validación cultural de la versión en quechua.

La recolección de datos se efectuó hasta completar las 34 participantes que conformaron la población final del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

3.1.5. Población y muestra

La población inicialmente identificada estuvo constituida por 36 pacientes púrpuras cuyo parto fue atendido durante el primer semestre de la gestión 2026 en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha. Durante la verificación de los criterios de inclusión establecidos para la investigación, se identificó que dos pacientes no cumplían con dichos criterios, por lo que fueron excluidas del estudio. En consecuencia, la población final estuvo constituida por 34 pacientes púrpuras que cumplieron con los criterios establecidos.

Debido al tamaño accesible de la población final, en el presente estudio no se realizó selección muestral, ya que se trabajó con la totalidad de las 34 pacientes puérperas que cumplieron los criterios de inclusión. Por esta razón, se realizó un estudio censal, aplicándose los instrumentos de recolección de datos a las 34 participantes durante el periodo establecido.

3.1.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.1.6.1. Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio las siguientes participantes:

- Pacientes puérperas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el periodo establecido para la investigación.
- Pacientes puérperas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud con Internación Macha por el personal de salud y que tuvieron la posibilidad de valorar la atención recibida.
- Pacientes puérperas que se encontraban en condiciones físicas, cognitivas y emocionales adecuadas para responder los instrumentos de recolección de datos.

3.1.6.2. Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio las siguientes participantes:

- Pacientes puérperas que presentaron complicaciones obstétricas o condiciones clínicas durante el periodo puerperal que limitaron su capacidad para responder adecuadamente.
- Pacientes puérperas que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio o que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes puérperas que no radicar permanentemente en el municipio de Macha.
- Pacientes puérperas cuyos instrumentos de recolección de datos fueron incompletos

3.1.7. Identificación de Variables

3.1.7.1. Variable Independiente

- Percepción sobre el respeto al principio de autonomía (Grado de autonomía, Participación en la toma de decisiones).

3.1.7.2. Variable Dependiente

- Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto (Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad, Empatía, Aspectos tangibles).

3.1.7.3. Variables intervinientes

- Edad, Grado de instrucción, número de controles prenatales, número de partos, tipo de parto

3.1.7.3. Operacionalización de Variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Categoría
Percepción sobre el respeto al principio de autonomía	Se refiere a la percepción de la paciente sobre el reconocimiento de su capacidad para participar, expresar preferencias y tomar decisiones relacionadas con su atención sanitaria, respetando su derecho a la autodeterminación.	Fue evaluada mediante la Escala de Autonomía Materna en la Toma de Decisiones (MADM), conformada por 7 ítems con escala tipo Likert de seis opciones de respuesta. La puntuación obtenida permitió determinar el nivel de percepción de autonomía durante la atención recibida.	Grado de autonomía	Percepción sobre la capacidad de expresar preferencias, disponer de tiempo para decidir, elegir alternativas de atención y recibir respeto hacia sus decisiones. Ítems 5, 6 y 7.	ORDINAL PERCEPCIÓN GLOBAL Baja: 7–18 puntos. Media: 19–30 puntos. Alta: 31–42 puntos.
			Participación en la toma de decisiones	Percepción sobre el nivel de involucramiento en las decisiones relacionadas con su atención, considerando información recibida, explicación de opciones y participación activa. Ítems 1, 2, 3 y 4.	

Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto	Es la valoración subjetiva que realiza la usuaria respecto al servicio recibido, considerando sus expectativas y la percepción del desempeño de la atención sanitaria.	Fue evaluada mediante el instrumento SERVPERF , compuesto por 21 ítems distribuidos en cinco dimensiones de calidad del servicio, con escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta. La puntuación total permitió determinar el nivel de satisfacción percibida.	Fiabilidad	Cumplimiento de la atención ofrecida, confianza en el personal y atención adecuada según las necesidades de la paciente.	ORDINAL 1,00 a 2,33 = Nivel bajo 2,34 a 3,67 = Nivel medio 3,68 a 5,00 = Nivel alto
			Capacidad de respuesta	Rapidez, disposición y oportunidad del personal de salud para atender las necesidades de la paciente.	
			Seguridad	Confianza, conocimientos y seguridad transmitida por el personal durante la atención.	
			Empatía	Trato recibido, comprensión, amabilidad y atención individualizada hacia la paciente.	
			Aspectos tangibles	Condiciones físicas del establecimiento, equipamiento, limpieza y presentación del personal.	
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento del estudio.	Se registró mediante la edad expresada en años cumplidos de las pacientes puérperas.	Característica sociodemográfica	Años cumplidos	ORDINAL De 15 a 19 Años De 20 a 29 Años De 30 a más Años
Grado de instrucción	Nivel educativo alcanzado por la persona durante su formación académica.	Se obtuvo mediante declaración de la paciente y registro del grado académico alcanzado.	Característica sociodemográfica	Último nivel educativo aprobado	ORDINAL Sin instrucción/Primaria. Secundaria. Superior.
Número de controles prenatales	Número de controles realizados durante el embarazo para seguimiento y vigilancia materno-fetal.	Se registró según referencia de la paciente y/o carnet prenatal.	Característica obstétrica	Cantidad de controles prenatales realizados	ORDINAL De 1 a 2 De 3 a mas
Número de partos	Cantidad de partos que ha tenido la mujer antes o durante el embarazo actual.	Se obtuvo mediante interrogatorio directo y registro obstétrico.	Característica obstétrica	Número de partos previos	NOMINAL Primípara. Multípara.
Tipo de parto	Forma de finalización del embarazo mediante la vía de nacimiento del recién nacido.	Se registró según el tipo de parto consignado en la historia clínica.	Característica obstétrica	Vía de finalización del embarazo	NOMINAL Parto vaginal. Cesárea.

3.1.8. Procesamiento y análisis de los resultados

La información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos fue sometida a un proceso de organización, codificación y sistematización, con la finalidad de facilitar su procesamiento estadístico y la interpretación de los resultados en función de los objetivos planteados en la investigación.

Inicialmente, los datos recolectados fueron revisados para verificar la integridad y consistencia de la información obtenida. Posteriormente, fueron codificados e ingresados en una base de datos elaborada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics, donde se realizó el procesamiento y análisis correspondiente.

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, mediante tablas y gráficos estadísticos, permitiendo describir las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes puérperas, así como determinar los niveles de percepción sobre el respeto al principio de autonomía y satisfacción con la atención recibida.

En relación con la variable percepción sobre el respeto al principio de autonomía, se analizaron las dimensiones grado de autonomía y participación en la toma de decisiones. Para la variable satisfacción con la atención recibida, se analizaron las dimensiones fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles, de acuerdo con la estructura establecida por los instrumentos aplicados.

Para el análisis inferencial se evaluó la asociación entre las variables categóricas mediante la prueba Chi-cuadrado de independencia. Previamente, se verificó el cumplimiento de los supuestos de esta prueba mediante el análisis de las frecuencias esperadas.

Cuando se identificaron frecuencias esperadas inferiores a los valores recomendados, se utilizó la prueba exacta correspondiente para tablas de contingencia, específicamente la prueba de Fisher-Freeman-Halton en tablas con más de dos categorías, con la finalidad de obtener una estimación más adecuada de la significación estadística. En todos los casos se consideró un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Asimismo, debido a que las variables principales fueron categorizadas en niveles ordinales, se utilizó el coeficiente de correlación Tau-b de Kendall, con el propósito de determinar la dirección y la intensidad de la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida.

El análisis mediante Tau-b de Kendall permitió establecer si los niveles de percepción sobre el respeto al principio de autonomía presentaban una relación estadísticamente significativa con los niveles de satisfacción de las pacientes puérperas.

Como análisis complementario de sensibilidad, se evaluó la consistencia de la asociación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción mediante una recategorización dicotómica de ambas variables. Para este análisis, la percepción sobre el respeto al principio de autonomía se agrupó en nivel alto y no alto (medio y bajo), mientras que la satisfacción se agrupó en nivel alto y no alto (medio y bajo). Debido a la presencia de frecuencias pequeñas en la tabla de contingencia resultante, se utilizó la prueba exacta de Fisher.

La comparación de este resultado con el análisis principal mediante el coeficiente Tau-b de Kendall permitió valorar la estabilidad de la conclusión estadística ante una forma alternativa de categorización de las variables.

Los resultados obtenidos fueron presentados mediante tablas y gráficos, acompañados de su respectivo análisis e interpretación, permitiendo responder a los objetivos planteados, contrastar la hipótesis de investigación y formular estrategias orientadas al fortalecimiento del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas, en el marco de la mejora continua de la calidad de atención sanitaria.

3.1.9. Aspectos Éticos

La presente investigación consideró los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos, garantizando el respeto a la dignidad, derechos y bienestar de las pacientes puérperas participantes del estudio.

El principio de autonomía fue respetado mediante la participación voluntaria de las pacientes, quienes fueron informadas previamente sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles implicaciones de la investigación. La participación se realizó posterior a la aceptación del consentimiento informado, garantizando la libertad de decidir participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afectara la atención sanitaria recibida.

El principio de beneficencia y no maleficencia fue considerado mediante la aplicación de instrumentos que no representaron riesgos físicos ni psicológicos para las participantes. La información obtenida estuvo orientada exclusivamente a generar conocimiento que contribuya al fortalecimiento del respeto al principio de autonomía y la mejora de la calidad de atención brindada a las pacientes puérperas.

El principio de justicia se garantizó mediante la selección equitativa de las participantes que cumplieron con los criterios establecidos para la investigación, evitando cualquier forma de discriminación por características personales, sociales u obstétricas.

Asimismo, se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información recolectada, utilizando los datos únicamente con fines académicos y científicos. Los instrumentos fueron aplicados de manera individual y la información obtenida fue codificada para proteger la identidad de las participantes.

Finalmente, la ejecución del estudio contó con la autorización institucional correspondiente del Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, respetando las normas institucionales y los principios éticos aplicables a la investigación en el área de salud.

3.2. Análisis de resultados

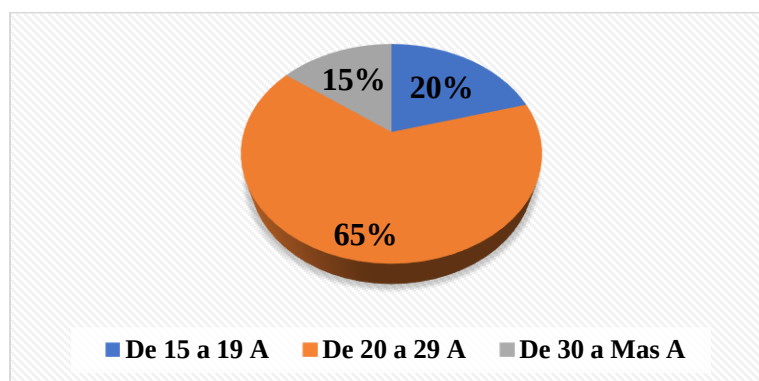
A continuación, se presentará los resultados de la aplicación de los instrumentos de investigación a las puérperas atendidas en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha.

Tabla 1. Población en estudio según: Edad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 19 Años	7	20.6%
De 20 a 29 Años	22	64.7%
De 30 a más Años	5	14.7%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 1. Población en estudio según: Edad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

Se observa en relación con la edad, el grupo predominante correspondió a mujeres de 20 a 29 años, con 22 participantes que representan el 64,7% del total, seguido del grupo de 15 a 19 años con 7 participantes 20,6%. El grupo de mujeres de 30 años o más presentó menor frecuencia, con 5 participantes 14,7%. Los resultados muestran que la atención del parto estuvo concentrada principalmente en mujeres adultas jóvenes, etapa considerada de mayor frecuencia reproductiva. La presencia de adolescentes y mujeres mayores de 30 años, aunque en menor proporción, permite considerar la diversidad de características sociodemográficas de las puérperas, aspecto relevante para analizar la percepción sobre el respeto a la autonomía y la satisfacción con la atención recibida durante el proceso del parto.

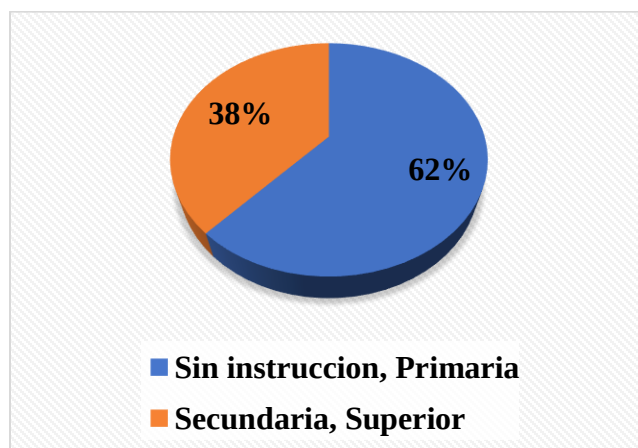
Tabla 2. Población en estudio según: Grado de instrucción. Centro de Salud Macha.

Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción, Primaria	21	61.8%
Secundaria, Superior	13	38.2%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia**Gráfico 2.** Población en estudio según: Grado de instrucción. Centro de Salud Macha.

Municipio de San Pedro de Macha. 2026

**Fuente: Elaboración Propia**

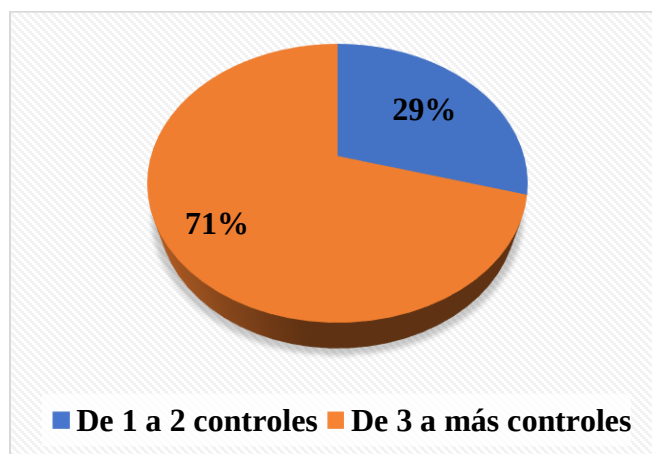
Respecto al grado de instrucción, se identificó que 21 participantes 61,8% correspondieron al grupo de mujeres sin instrucción o con nivel primario, mientras que 13 participantes 38,2% alcanzaron niveles de educación secundaria o superior. Estos resultados muestran que predominó una población con menor nivel educativo, característica que puede relacionarse con el acceso a información en salud, la comprensión de los procesos de atención y la participación en la toma de decisiones durante el parto. Por ello, el grado de instrucción constituye un aspecto sociodemográfico importante al analizar la percepción del respeto a la autonomía materna y la satisfacción con la atención recibida.

Tabla 3. Población en estudio según: Número de controles prenatales. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Número de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2 controles	10	29.4%
De 3 a más controles	24	70.6%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3. Población en estudio según: Número de controles prenatales. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

En relación con el número de controles prenatales realizados, se observó que 24 participantes 70,6% tuvieron tres o más controles durante el embarazo, mientras que 10 participantes 29,4% reportaron entre uno y dos controles prenatales. Los resultados indican que la mayoría de las puérperas tuvo un seguimiento prenatal adecuado, alcanzando tres o más controles, lo que favorece la identificación oportuna de riesgos maternos y fetales.

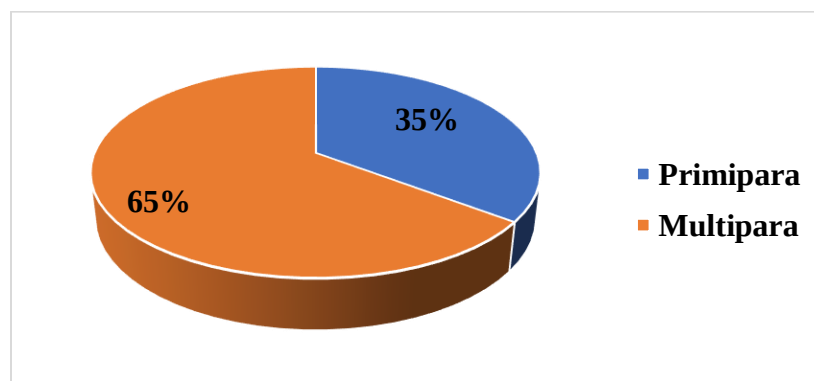
Sin embargo, la proporción de mujeres con menor número de controles evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción y captación temprana de gestantes, considerando que el control prenatal también contribuye a mejorar la información, participación y toma de decisiones de la mujer durante la atención del parto.

Tabla 4. Población en estudio según: Número de partos. Centro de Salud Macha.
Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Número de partos	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	12	35.3%
Múltipara	22	64.7%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4. Población en estudio según: Número de partos. Centro de Salud Macha.
Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

Según el número de partos, se identificó que 22 participantes 64,7% fueron múltiparas, es decir, mujeres con antecedente de dos o más partos, mientras que 12 participantes 35,3% correspondieron a primíparas, aquellas que experimentaban su primer parto.

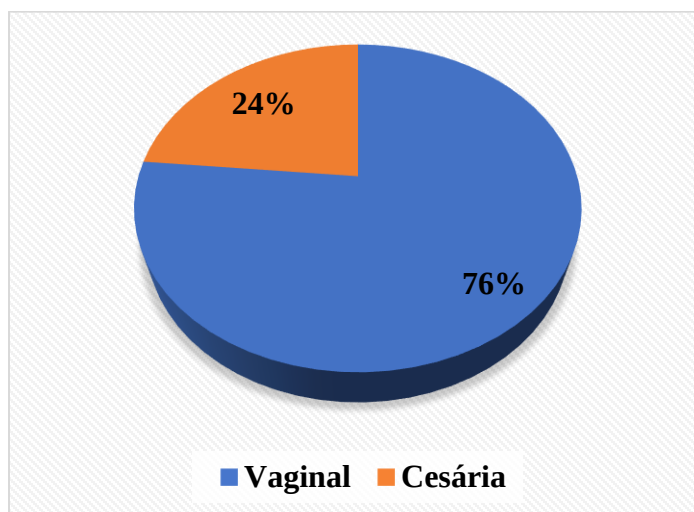
Los resultados muestran un predominio de mujeres con experiencia previa en procesos de parto. La presencia de un grupo importante de primíparas permite considerar que una parte de las participantes enfrentó por primera vez situaciones relacionadas con la información, participación y toma de decisiones durante la atención obstétrica, aspectos relevantes para valorar la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción con la atención recibida.

Tabla 5. Población en estudio según: Tipo de parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	26	76.5%
Cesárea	8	23.5%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 5. Población en estudio según: Tipo de parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

En relación con el tipo de parto, se evidenció que 26 participantes 76,5% tuvieron parto vaginal, mientras que 8 participantes 23,5% finalizaron el embarazo mediante cesárea. Los resultados muestran un predominio de la atención del parto por vía vaginal, situación acorde con la capacidad resolutoria de un centro de salud con internación y la frecuencia esperada de partos sin indicación quirúrgica.

La presencia de mujeres con parto por cesárea permite incorporar diferentes experiencias de atención obstétrica, considerando que la vía de finalización del embarazo puede influir en la percepción de participación, información recibida y satisfacción durante la atención del parto.

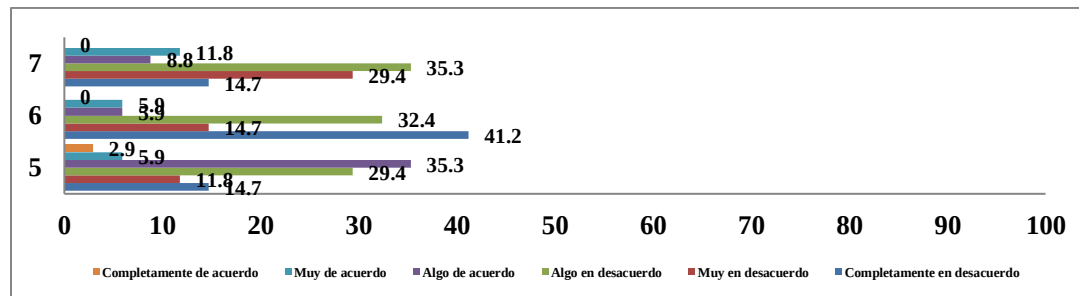
Percepción sobre el respeto al principio de autonomía

Tabla 6. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Grado de autonomía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMS	Completamente en desacuerdo		Muy en desacuerdo		Algo en desacuerdo		Algo de acuerdo		Muy de acuerdo		Completamente de acuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5	Mis preferencias fueron tomadas en cuenta al decidir sobre mi atención durante el parto.	5	14,7	4	11,8	10	29,4	12	35,3	2	5,9	1	2,9	34	100
6	Tuve el tiempo suficiente para reflexionar y decidir cuándo se me presentaron diferentes opciones de atención.	14	41,2	5	14,7	11	32,4	2	5,9	2	5,9	0	0,0	34	100
7	El personal de salud respetó las decisiones que tomé acerca de mi atención durante el parto.	5	14,7	10	29,4	12	35,3	3	8,8	4	11,8	0	0,0	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Grado de autonomía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

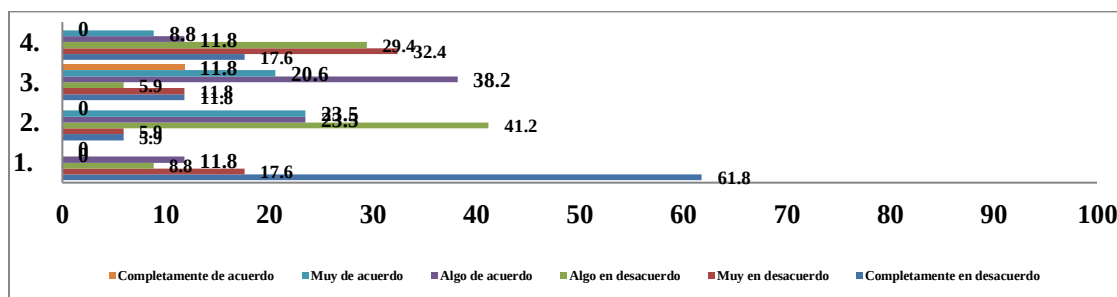
Los resultados evidencian una percepción predominantemente favorable respecto al respeto de la autonomía durante la atención del parto. En el primer ítem, el 70,6% de las púerperas se ubicó entre algo de acuerdo y completamente de acuerdo respecto a que sus preferencias fueron tomadas en cuenta. Sin embargo, en el segundo ítem se observa una menor percepción de autonomía, ya que el 55,9% manifestó algún grado de desacuerdo con haber dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar y decidir ante diferentes opciones de atención. Esto indica que la autonomía no se limita al respeto de las decisiones finales, sino que requiere garantizar previamente una participación informada y con suficiente oportunidad para decidir.

Tabla 7. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Participación en la toma de decisiones. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMS	Completamente en desacuerdo		Muy en desacuerdo		Algo en desacuerdo		Algo de acuerdo		Muy de acuerdo		Completamente de acuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Durante mi atención, tuve la oportunidad de participar en las decisiones	21	61,8	6	17,6	3	8,8	4	11,8	0	0,0	0	0,0	34	100
2	El personal de salud me proporcionó información suficiente para comprender las decisiones	2	5,9	2	5,9	14	41,2	8	23,5	8	23,5	0	0,0	34	100
3	Me explicaron las diferentes alternativas disponibles antes de tomar decisiones	4	11,8	4	11,8	2	5,9	13	38,2	7	20,6	4	11,8	34	100
4	El personal de salud respondió de manera clara a mis preguntas antes de realizar procedimientos	6	17,6	11	32,4	10	29,4	4	11,8	3	8,8	0	0,0	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía según: Grado de autonomía. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

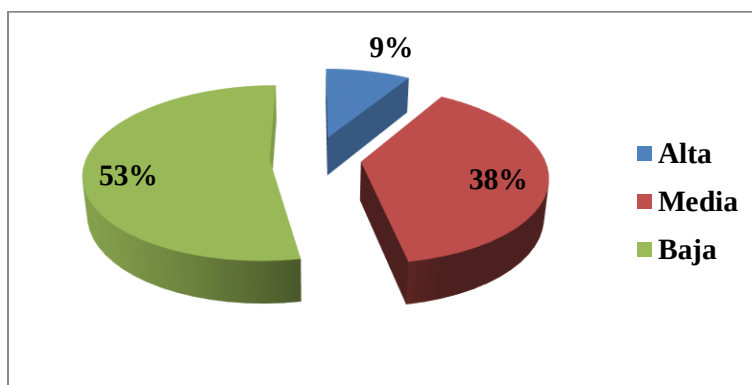
Los resultados muestran una participación limitada de las puérperas en la toma de decisiones, especialmente en el acceso a información y en la explicación de alternativas. Aunque el 79,4% señaló haber tenido oportunidad de participar en las decisiones, solo el 47,1% manifestó una valoración favorable respecto a la información suficiente para comprenderlas. En conjunto, se evidencia que la participación formal en las decisiones es mayor que las condiciones comunicacionales que permiten ejercer una autonomía informada. La principal limitación se concentra en la claridad de la información y en la respuesta a las preguntas antes de los procedimientos, aspectos fundamentales para una toma de decisiones autónoma.

Tabla 8. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía. Puérperas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Respeto al principio de autonomía	Frecuencia	Porcentaje
Alta	3	8.8%
Media	13	38.2%
Baja	18	52.9%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 8. Percepción sobre el respeto al principio de autonomía. Puérperas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

La percepción sobre el respeto al principio de autonomía presenta un predominio del nivel bajo 52,9%, seguido del nivel medio 38,2%, mientras que solo el 8,8% alcanza un nivel alto. Estos resultados evidencian que la mayoría de las puérperas percibe limitaciones en el ejercicio de su autonomía durante la atención del parto, particularmente en aspectos relacionados con la participación, información y toma de decisiones. En términos analíticos, el predominio de los niveles bajo y medio, indica que el respeto a la autonomía constituye un aspecto susceptible de mejora en la atención obstétrica del establecimiento, lo que resulta relevante para posteriormente analizar su relación con el nivel de satisfacción de las pacientes.

Tabla 9. Asociación entre percepción sobre el respeto al principio de autonomía y características sociodemográficas y obstétricas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Edad	Principio de autonomía			Total
	Alto	Medio	Bajo	
De 15 a 19 Años	3	1	3	7
De 20 a 29 Años	0	12	10	22
De 30 a más Años	0	0	5	5
Total	3	13	18	34
Grado de instrucción	Alto	Medio	Bajo	Total
	Alto	Medio	Bajo	Total
Sin instrucción Primaria	3	9	9	21
Secundaria Superior	0	4	9	13
Total	3	13	18	34
Numero de controles	Alto	Medio	Bajo	Total
	Alto	Medio	Bajo	Total
De 1 a 2 controles	3	0	7	10
De 3 a más controles	0	13	11	24
Total	3	13	18	34
Número de partos	Alto	Medio	Bajo	Total
	Alto	Medio	Bajo	Total
Primigesta	0	5	7	12
Múltipara	3	8	11	22
Total	3	13	18	34
Tipo de parto	Alto	Medio	Bajo	Total
	Alto	Medio	Bajo	Total
Vaginal	2	8	16	26
Cesárea	1	5	2	8
Total	3	13	18	34

VARIABLE	VALOR	PRUEBA EXACTA DE FISHER
Edad	13,499	,002
Grado de instrucción	2,752	,213
Numero de controles	13,088	,001
Número de partos	1,439	,664
Tipo de parto	3,578	,138

Fuente: Elaboración Propia

Para analizar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes atendidas durante el parto, se realizó un análisis de asociación mediante pruebas estadísticas para variables categóricas, considerando un nivel de significación de 0,05.

Los resultados evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con la edad ($p=0,002$) y el número de controles prenatales ($p=0,001$). En cambio, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con el grado de instrucción ($p=0,213$), el número de partos ($p=0,664$) ni el tipo de parto ($p=0,138$).

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la percepción sobre el respeto al principio de autonomía (estadístico presentado: 13,499; $p=0,002$). En el grupo de 15 a 19 años, 3 de las 7 pacientes (42,9 %) presentaron percepción alta, 1 (14,3 %) percepción media y 3 (42,9 %) percepción baja. En las pacientes de 20 a 29 años, 12 de 22 (54,5 %) presentaron percepción media y 10 (45,5 %) percepción baja, sin registrarse casos de percepción alta.

Por su parte, las 5 pacientes de 30 años o más (100 %) presentaron percepción baja. Esta distribución muestra que la percepción baja se concentró en las pacientes de mayor edad, mientras que en el grupo más joven se observaron tanto percepciones altas como bajas. La asociación estadística indica que los niveles de percepción no se distribuyeron de manera independiente de la edad en la muestra estudiada. Sin embargo, debido al número reducido de participantes en algunos grupos, estos resultados deben interpretarse con cautela.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de controles prenatales y la percepción sobre el respeto al principio de autonomía (estadístico presentado: 13,088; $p=0,001$). Entre las pacientes que realizaron de 1 a 2 controles, 3 de 10 (30,0 %) presentaron percepción alta y 7 (70,0 %) percepción baja, sin casos de percepción media.

En cambio, entre quienes realizaron 3 o más controles, 13 de 24 (54,2 %) presentaron percepción media y 11 (45,8 %) percepción baja; no se registraron casos de percepción alta. Estos resultados evidencian una distribución diferente de los niveles de percepción según el número de controles prenatales.

No obstante, no permiten afirmar que la realización de un mayor número de controles se relacione necesariamente con una mejor o peor percepción del respeto a la autonomía, puesto que las diferencias observadas también pueden depender de otras características de las pacientes y de las experiencias de atención.

Asociación con el grado de instrucción. En las pacientes sin instrucción o con educación primaria, 3 de 21 (14,3 %) presentaron percepción alta, 9 (42,9 %) percepción media y 9 (42,9 %) percepción baja.

Entre aquellas con educación secundaria o superior, 4 de 13 (30,8 %) presentaron percepción media y 9 (69,2 %) percepción baja, sin registrarse percepción alta. Aunque descriptivamente se observaron diferencias entre ambos grupos, no se encontró una asociación estadísticamente significativa (estadístico presentado: 2,752; $p=0,213$).

Por tanto, los datos de esta muestra no aportan evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre el grado de instrucción y la percepción sobre el respeto al principio de autonomía. Este resultado no demuestra que ambas variables sean independientes en otras poblaciones, sino que la asociación no alcanzó significación estadística en las pacientes estudiadas.

Entre las pacientes primigestas, 5 de 12 (41,7 %) presentaron percepción media y 7 (58,3 %) percepción baja, sin casos de percepción alta. En las múltiparas, 3 de 22 (13,6 %) presentaron percepción alta, 8 (36,4 %) percepción media y 11 (50,0 %) percepción baja. Pese a las diferencias descriptivas observadas, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de partos y la percepción sobre el respeto al principio de autonomía (estadístico presentado: 1,439; $p=0,664$). En consecuencia, no se dispone de evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre estas variables en la muestra analizada.

De las cinco características sociodemográficas y obstétricas analizadas, la edad y el número de controles prenatales presentaron asociaciones estadísticamente significativas con la percepción sobre el respeto al principio de autonomía.

En particular, se observó una concentración de percepciones bajas entre las pacientes de 30 años o más y una distribución diferenciada de los niveles de percepción según el número de controles prenatales. Por el contrario, el grado de instrucción, el número de partos y el tipo de parto no alcanzaron significación estadística.

Estos hallazgos describen asociaciones observadas en las 34 pacientes estudiadas y deben interpretarse considerando el tamaño de la muestra y la distribución de las frecuencias en las categorías analizadas. Asimismo, los resultados no permiten establecer relaciones causales entre las características estudiadas y la percepción del respeto al principio de autonomía.

Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto

Tabla 10. Satisfacción de las puérperas respecto a la Fiabilidad. Centro de Salud Macha.

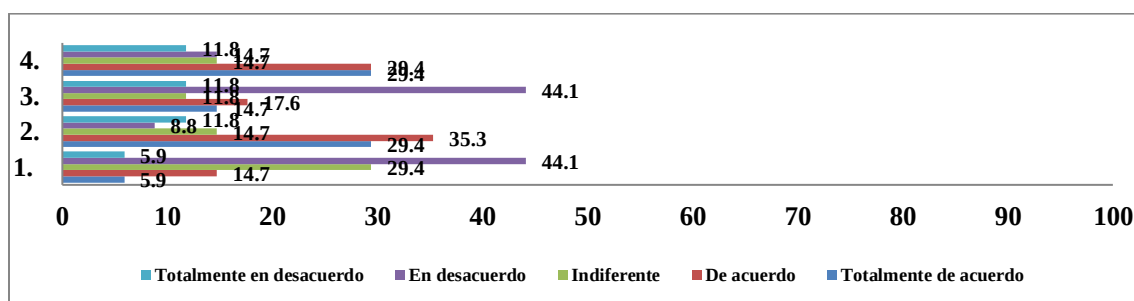
Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMS	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Durante mi atención recibí información y orientación cuando la necesité.	2	5,9	5	14,7	10	29,4	15	44,1	2	5,9	34	100
2	El proceso de admisión para mi atención fue organizado y oportuno.	10	29,4	12	35,3	5	14,7	3	8,8	4	11,8	34	100
3	Mi información clínica estuvo disponible para brindar continuidad	5	14,7	6	17,6	4	11,8	15	44,1	4	11,8	34	100
4	La atención del parto se realizó de manera oportuna, de acuerdo con mi condición	10	29,4	10	29,4	5	14,7	5	14,7	4	11,8	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9. Satisfacción de las puérperas respecto a la Fiabilidad. Centro de Salud Macha.

Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

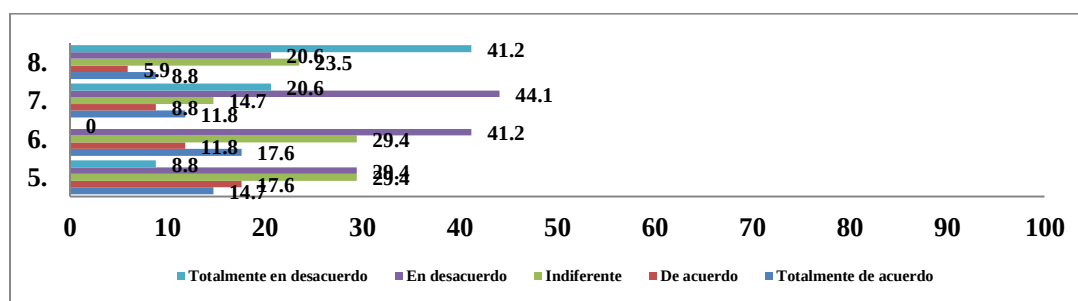
La dimensión de fiabilidad evidencia una valoración desfavorable en los aspectos relacionados con la información y continuidad de la atención. Destaca que el 50,0% manifestó algún grado de desacuerdo respecto a haber recibido información y orientación cuando la necesitó, mientras que el 55,9% expresó desacuerdo con la disponibilidad de su información clínica para garantizar la continuidad de la atención. En conjunto, la principal debilidad de la fiabilidad se concentra en la comunicación y disponibilidad de información clínica, más que en la oportunidad de la atención, aspecto que puede influir en la percepción global de satisfacción.

Tabla 11. Satisfacción de las púerperas respecto a la Capacidad de respuesta. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMS	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5	El personal de salud respondió con rapidez a mis necesidades durante la atención.	5	14,7	6	17,6	10	29,4	10	29,4	3	8,8	34	100
6	El personal de enfermería atendió mis requerimientos de manera rápida y oportuna.	6	17,6	4	11,8	10	29,4	14	41,2	0	0,0	34	100
7	Cuando solicité ayuda, la recibí sin demoras innecesarias.	4	11,8	3	8,8	5	14,7	15	44,1	7	20,6	34	100
8	El equipo de salud actuó de manera eficiente durante mi atención del parto.	3	8,8	2	5,9	8	23,5	7	20,6	14	41,2	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 10. Satisfacción de las púerperas respecto a la Capacidad de respuesta. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

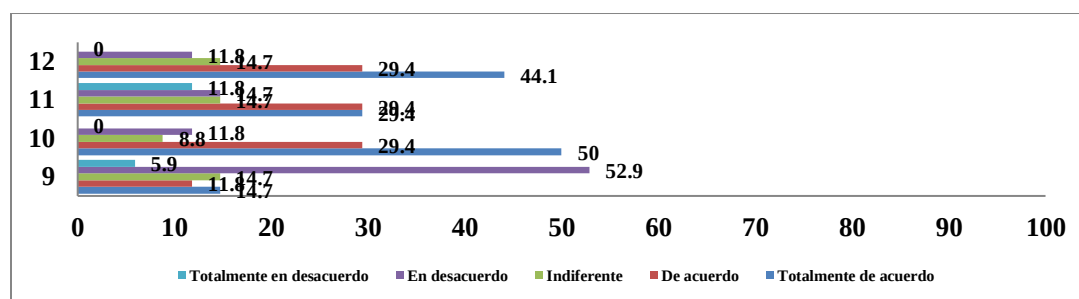
La dimensión de capacidad de respuesta presenta una valoración predominantemente desfavorable. El 38,2% percibió rapidez en la respuesta a sus necesidades y solo el 29,4% consideró oportuna la atención de sus requerimientos por parte de enfermería. Asimismo, el 64,7% manifestó algún grado de desacuerdo respecto a recibir ayuda sin demoras innecesarias y el 61,8% valoró desfavorablemente la eficiencia del equipo durante la atención del parto. En conjunto, la principal limitación se relaciona con la oportunidad y rapidez de respuesta ante las necesidades de las púerperas, evidenciando un componente que puede afectar de manera importante su satisfacción con la atención recibida.

Tabla 12. Satisfacción de las púerperas respecto a la Seguridad. Centro de Salud Macha.
Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMES	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
9	Se respetó mi privacidad durante la atención del parto.	5	14,7	4	11,8	5	14,7	18	52,9	2	5,9	34	100
10	El personal de salud realizó las valoraciones necesarias antes de los procedimientos.	17	50,0	10	29,4	3	8,8	4	11,8	0	0,0	34	100
11	El personal médico respondió claramente a mis dudas	10	29,4	10	29,4	5	14,7	5	14,7	4	11,8	34	100
12	El personal de enfermería me brindó información sobre los cuidados posteriores al parto.	15	44,1	10	29,4	5	14,7	4	11,8	0	0,0	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 11. Satisfacción de las púerperas respecto a la Seguridad. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

La dimensión de seguridad presenta resultados heterogéneos. Se observa una valoración favorable en la realización de las valoraciones previas a los procedimientos, con 79,4%, y en la información sobre cuidados posteriores al parto, con 73,5%. Sin embargo, el respeto a la privacidad constituye una debilidad relevante, con 58,8% de respuestas desfavorables. La respuesta clara a las dudas alcanza una valoración favorable de 58,8%. En conjunto, la seguridad es percibida favorablemente en los aspectos técnicos y de orientación posterior, pero presenta una debilidad importante en la protección de la privacidad, aspecto relevante para la experiencia de atención y la satisfacción de las púerperas.

Tabla 13. Satisfacción de las púerperas respecto a la Empatía. Centro de Salud Macha.

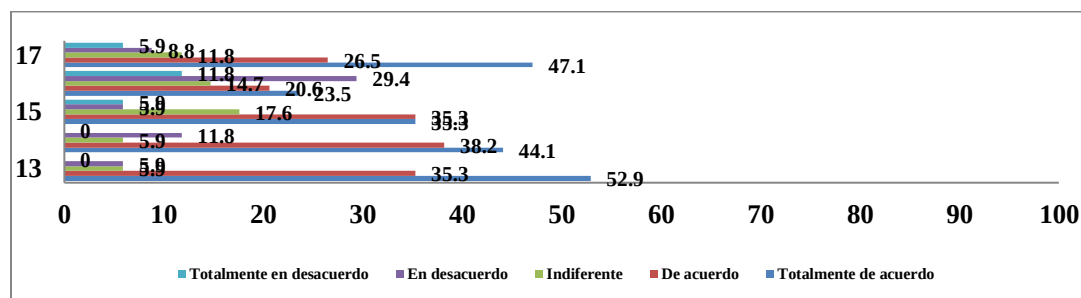
Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMS	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13	El personal de salud me trató con amabilidad, respeto	18	52,9	12	35,3	2	5,9	2	5,9	0	0,0	34	100
14	El personal de enfermería mostró interés por mi bienestar	15	44,1	13	38,2	2	5,9	4	11,8	0	0,0	34	100
15	El personal médico demostró interés por mi estado de salud	12	35,3	12	35,3	6	17,6	2	5,9	2	5,9	34	100
16	Las explicaciones sobre mi atención fueron claras y fáciles de comprender.	8	23,5	7	20,6	5	14,7	10	29,4	4	11,8	34	100
17	Recibí orientación suficiente sobre los cuidados que debía seguir después del parto.	16	47,1	9	26,5	4	11,8	3	8,8	2	5,9	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 12. Satisfacción de las púerperas respecto a la Empatía. Centro de Salud Macha.

Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

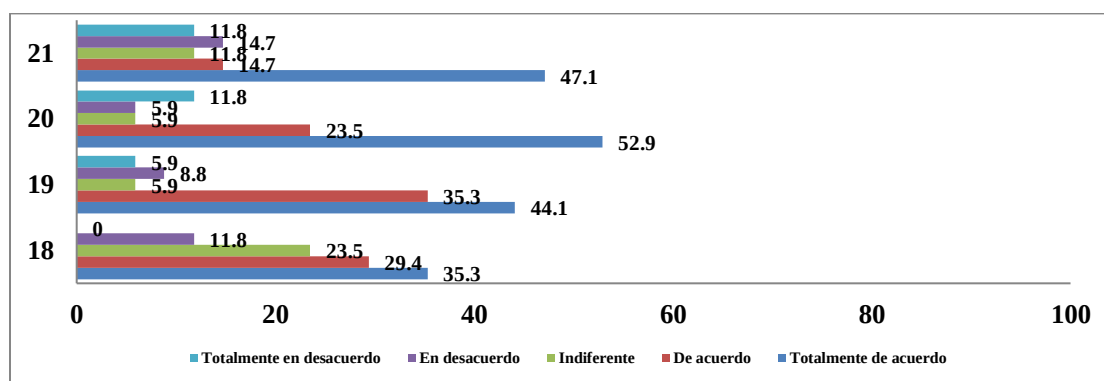
La dimensión de empatía presenta una valoración predominantemente favorable en el trato y el interés por el bienestar de las púerperas. El 88,2% valoró favorablemente la amabilidad y respeto del personal, y el 82,3% percibió interés del personal de enfermería por su bienestar. Asimismo, el interés del personal médico alcanzó 70,6% de valoración favorable. Sin embargo, las explicaciones sobre la atención constituyen el principal punto débil, con solo 44,1% de valoración favorable y 41,2% desfavorable. En contraste, la orientación sobre cuidados posteriores al parto alcanzó 73,6% de valoración favorable.

Tabla 14. Satisfacción de las púerperas respecto Aspectos tangibles. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

N°	ÍTEMS	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18	Los ambientes donde recibí atención fueron cómodos y adecuados.	12	35,3	10	29,4	8	23,5	4	11,8	0	0,0	34	100
19	Las salas de espera e internación se encontraban limpias	15	44,1	12	35,3	2	5,9	3	8,8	2	5,9	34	100
20	Los servicios higiénicos estuvieron limpios y en condiciones adecuadas.	18	52,9	8	23,5	2	5,9	2	5,9	4	11,8	34	100
21	El establecimiento contó con el equipamiento y los materiales necesarios	16	47,1	5	14,7	4	11,8	5	14,7	4	11,8	34	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 13. Satisfacción de las púerperas respecto Aspectos tangibles. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

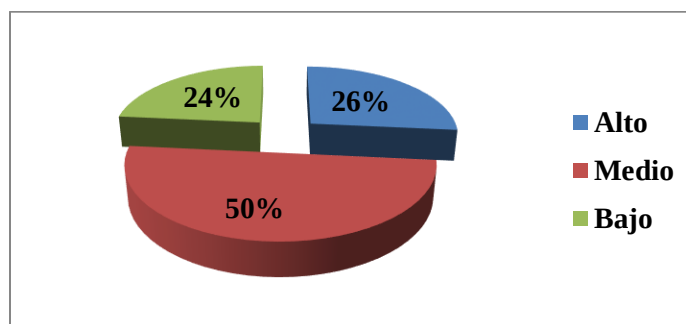
La dimensión de aspectos tangibles presenta una valoración predominantemente favorable. La limpieza y orden de las salas alcanza 79,4% de valoración favorable, mientras que los servicios higiénicos obtienen 76,4%. Asimismo, el 61,8% considera adecuados los ambientes y el 61,8% percibe disponibilidad suficiente de equipamiento y materiales. En conjunto, los aspectos tangibles constituyen una de las dimensiones mejor valoradas, aunque persisten percepciones menos favorables respecto a la comodidad de los ambientes y la disponibilidad de recursos para la atención.

Tabla 15. Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Satisfacción de las pacientes puérperas	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	26.5%
Medio	17	50.0%
Bajo	8	23.5%
Total	34	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 14. Satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026



Fuente: Elaboración Propia

La satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto se concentra principalmente en el nivel medio 50,0%, mientras que el 26,5% presenta satisfacción alta y el 23,5% satisfacción baja. En términos globales, tres de cada cuatro puérperas 76,5% se encuentran entre los niveles medio y alto de satisfacción, lo que evidencia una valoración generalmente aceptable de la atención, aunque sin alcanzar un predominio claro de satisfacción elevada. El hecho de que solo 26,5% alcance un nivel alto y que casi una cuarta parte 23,5% presente satisfacción baja indica que existen aspectos de la atención que no están respondiendo de manera homogénea a las expectativas de las usuarias. Considerando los resultados de las dimensiones analizadas, las principales oportunidades de mejora se relacionan con la capacidad de respuesta, la fiabilidad y determinados aspectos comunicacionales y de privacidad, mientras que el trato interpersonal y los aspectos tangibles muestran una valoración relativamente más favorable.

Tabla 16. Asociación entre satisfacción con la atención recibida durante el parto y características sociodemográficas y obstétricas. Centro de Salud Macha. Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Edad	Satisfacción			Total
	Alto	Medio	Bajo	
De 15 a 19 Años	4	3	0	7
De 20 a 29 Años	4	13	5	22
De 30 a más Años	1	1	3	5
Total	9	17	8	34
Grado de instrucción	Alto	Medio	Bajo	Total
Sin instrucción Primaria	9	6	6	21
Secundaria Superior	0	11	2	13
Total	9	17	8	34
Numero de controles	Alto	Medio	Bajo	Total
De 1 a 2 controles	4	5	1	10
De 3 a más controles	5	12	7	24
Total	9	17	8	34
Número de partos	Alto	Medio	Bajo	Total
Primigesta	2	8	2	12
Múltipara	7	9	6	22
Total	9	17	8	34
Tipo de parto	Alto	Medio	Bajo	Total
Vaginal	5	13	8	26
Cesárea	4	4	0	8
Total	9	17	8	34

VARIABLE	VALOR	PRUEBA EXACTA DE FISHER
Edad	7,676	,066
Grado de instrucción	11,413	,002
Numero de controles	1,976	,486
Número de partos	1,910	,456
Tipo de parto	4,378	,084

Fuente: Elaboración Propia

La asociación entre la satisfacción con la atención recibida durante el parto y las características sociodemográficas y obstétricas muestra una asociación estadísticamente significativa únicamente con el grado de instrucción. Para determinar la existencia de asociación se aplicó la prueba exacta de Fisher, considerando un nivel de significación de 0,05.

En relación con la edad, las pacientes de 15 a 19 años presentaron 4 casos de satisfacción alta, 3 de satisfacción media y ningún caso de satisfacción baja. En el grupo de 20 a 29 años se registraron 4 casos de satisfacción alta, 13 de satisfacción media y 5 de satisfacción baja. Por su parte, entre las pacientes de 30 años o más se observaron 1 caso de satisfacción alta, 1 de satisfacción media y 3 de satisfacción baja.

Aunque descriptivamente se observa una mayor concentración de satisfacción baja entre las pacientes de 30 años o más, la asociación entre edad y satisfacción no fue estadísticamente significativa (Fisher=7,676; $p=0,066$). Por tanto, los datos disponibles no proporcionan evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre la edad y el nivel de satisfacción con la atención recibida durante el parto.

Respecto al grado de instrucción, se observa una diferencia más marcada en la distribución de los niveles de satisfacción. Entre las pacientes sin instrucción o con educación primaria se registraron 9 casos de satisfacción alta, 6 de satisfacción media y 6 de satisfacción baja. En cambio, entre las pacientes con educación secundaria o superior no se registraron casos de satisfacción alta; 11 presentaron satisfacción media y 2 satisfacción baja. La prueba exacta de Fisher mostró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la satisfacción (Fisher=11,413; $p=0,002$). Este resultado indica que la distribución de los niveles de satisfacción difiere según el nivel educativo de las pacientes. En particular, la satisfacción alta se concentró en las pacientes sin instrucción o con educación primaria, mientras que en las pacientes con educación secundaria o superior predominó la satisfacción media.

En cuanto al número de controles prenatales, entre las pacientes que realizaron de 1 a 2 controles se registraron 4 casos de satisfacción alta, 5 de satisfacción media y 1 de satisfacción baja. Entre quienes realizaron 3 o más controles se observaron 5 casos de satisfacción alta, 12 de satisfacción media y 7 de satisfacción baja. Si bien se identifican diferencias descriptivas en la distribución de los niveles de satisfacción, estas no fueron estadísticamente significativas (Fisher=1,976; $p=0,486$). Por consiguiente, no existe evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre el número de controles prenatales y la satisfacción con la atención recibida durante el parto.

En relación con el número de partos, las pacientes primigestas presentaron 2 casos de satisfacción alta, 8 de satisfacción media y 2 de satisfacción baja, mientras que las multíparas presentaron 7 casos de satisfacción alta, 9 de satisfacción media y 6 de satisfacción baja. Aunque las frecuencias muestran diferencias entre ambos grupos, la prueba exacta de Fisher no evidenció una asociación estadísticamente significativa (Fisher=1,910; $p=0,456$). Por tanto, con los datos obtenidos no existe evidencia suficiente para afirmar que el nivel de satisfacción se encuentre asociado con el número de partos.

Respecto al tipo de parto, las pacientes con parto vaginal presentaron 5 casos de satisfacción alta, 13 de satisfacción media y 8 de satisfacción baja. En las pacientes con parto por cesárea se registraron 4 casos de satisfacción alta y 4 de satisfacción media, sin casos de satisfacción baja. A pesar de esta diferencia descriptiva, la asociación no alcanzó significación estadística (Fisher=4,378; $p=0,084$). En consecuencia, no existe evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre el tipo de parto y la satisfacción con la atención recibida durante el parto.

En síntesis, el grado de instrucción fue la única característica sociodemográfica u obstétrica que presentó una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de las pacientes respecto a la atención recibida durante el parto ($p=0,002$). La distribución de los datos muestra que la satisfacción alta se concentró en las pacientes sin instrucción o con educación primaria, mientras que entre aquellas con educación secundaria o superior predominó la satisfacción media.

Tabla 17. Relación entre percepción sobre el respeto al principio de autonomía y satisfacción respecto a la atención recibida durante el parto. Centro de Salud Macha.

Municipio de San Pedro de Macha. 2026

Principio de autonomía	Satisfacción			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Alto	3	0	0	3
	8,8%	0,0%	0,0%	8,8%
Medio	5	6	2	13
	14,7%	17,6%	5,9%	38,2%
Bajo	1	11	6	18
	2,9%	32,4%	17,6%	52,9%
Total	9	17	8	34
	26,5%	50,0%	23,5%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.	Significación exacta
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,483	,125	3,492	,000	,002
N de casos válidos		34				

Los resultados evidencian una relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes puérperas con la atención recibida durante el parto. La prueba exacta de Fisher obtuvo un valor de 11,258 con $p=0,010$, inferior al nivel de significancia establecido ($\alpha=0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia y se acepta que existe asociación entre ambas variables.

La distribución de los resultados muestra además un patrón consistente: entre las puérperas con percepción alta de autonomía, el 100% presentó satisfacción alta (3 de 3). En el nivel medio de autonomía, la satisfacción se distribuyó principalmente entre los niveles alto y medio, con 5 casos de satisfacción alta y 6 de satisfacción media, mientras que solo 2 presentaron satisfacción baja.

En contraste, entre quienes percibieron un nivel bajo de respeto a su autonomía, únicamente 1 presentó satisfacción alta, mientras que 11 tuvieron satisfacción media y 6 satisfacción baja. Por tanto, conforme disminuye la percepción de respeto a la autonomía, se observa una concentración progresiva de las puérperas en niveles inferiores de satisfacción.

Esta tendencia también se confirma mediante el Tau-b de Kendall, cuyo valor fue $\tau=0,483$, con significación exacta de $p=0,002$. El coeficiente positivo indica que la relación entre ambas variables es directa: a mayores niveles de percepción de respeto al principio de autonomía, tienden a corresponder mayores niveles de satisfacción con la atención recibida. La magnitud del coeficiente (0,483) puede interpretarse como una asociación de intensidad moderada, lo que indica que la autonomía constituye un factor relevante en la satisfacción, aunque no es el único elemento que la determina.

Un hallazgo particularmente relevante es que ninguna de las púerperas con percepción alta de autonomía presentó satisfacción media o baja, mientras que el grupo con percepción baja de autonomía concentró el 75,0% de los casos de satisfacción baja (6 de 8). Esto refuerza la existencia de un gradiente entre ambas variables y sugiere que las experiencias relacionadas con la participación, información, respeto de las decisiones y posibilidad de deliberar pueden influir en la valoración que las mujeres realizan sobre la atención recibida.

En consecuencia, los resultados permiten establecer que el respeto percibido al principio de autonomía se relaciona significativamente y de manera directa con la satisfacción de las pacientes púerperas durante la atención del parto. No obstante, la magnitud moderada de la asociación indica que la satisfacción también puede estar condicionada por otros componentes de la calidad asistencial, como la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles evaluados en el estudio.

Por tanto, para el objetivo general de la investigación, los hallazgos proporcionan evidencia estadística suficiente para sostener que una mayor percepción de respeto a la autonomía se acompaña de una mayor satisfacción con la atención del parto en las púerperas estudiadas en el Centro de Salud con Internación Macha.

Como análisis de sensibilidad, se realizó una recategorización dicotómica de las variables principales, agrupando la percepción sobre el respeto al principio de autonomía en nivel alto y no alto, y la satisfacción en nivel alto y no alto. Mediante la prueba exacta de Fisher se obtuvo un valor de $p = 0,014$, manteniéndose la significación estadística de la asociación. Este resultado es consistente con el análisis principal mediante Tau-b de Kendall ($\tau_b = 0,483$; $p = 0,002$), por lo que la conclusión sobre la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables se mantiene ante esta recategorización.

3.2.1. Discusión de resultados

La atención del parto constituye un proceso asistencial en el que, además de la seguridad clínica, adquieren especial relevancia el respeto de la dignidad, la comunicación, la participación y la capacidad de la mujer para intervenir en las decisiones relacionadas con su propio cuidado.

En este contexto, el principio de autonomía implica que la paciente sea informada, pueda expresar sus preferencias, disponga de oportunidades para deliberar y que sus decisiones sean respetadas, siempre dentro de las condiciones clínicas correspondientes. Por su parte, la satisfacción materna representa una valoración integral de la experiencia de atención y constituye un componente relevante de la calidad percibida de los servicios obstétricos.

En el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, estos aspectos adquieren particular importancia debido a que se trata de un establecimiento de atención obstétrica donde las características individuales de las usuarias y las condiciones de prestación del servicio pueden influir en la experiencia del parto.

En la presente investigación se identificó que la población estuvo conformada principalmente por mujeres de 20 a 29 años (64,7%), seguidas por las adolescentes de 15 a 19 años (20,6%) y, en menor proporción, por mujeres de 30 años o más (14,7%). Esta distribución muestra una población predominantemente adulta joven, aunque incorpora experiencias correspondientes a diferentes etapas reproductivas. Desde la perspectiva de la autonomía, esta diversidad adquiere importancia debido a que la edad puede relacionarse con la experiencia previa, la capacidad para expresar preferencias y la interacción con el personal de salud.

De hecho, en el presente estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre edad y percepción del respeto al principio de autonomía ($p=0,002$). El nivel alto de autonomía se concentró en las adolescentes, mientras que entre las mujeres de 30 años o más predominó la percepción baja.

Este resultado sugiere que la percepción de autonomía no se distribuyó de manera homogénea según la edad y plantea la necesidad de considerar las características particulares de las usuarias al momento de proporcionar información y facilitar su participación.

En cuanto al grado de instrucción, predominó el grupo sin instrucción o con educación primaria (61,8%), frente al 38,2% que alcanzó secundaria o educación superior. Esta característica resulta relevante porque el nivel educativo puede condicionar la forma en que las mujeres reciben, comprenden y utilizan la información proporcionada durante la atención. Sin embargo, en la presente investigación no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la percepción del respeto al principio de autonomía ($p=0,213$). Esto indica que, aunque existió predominio de mujeres con menor escolaridad, esta característica por sí sola no permitió explicar las diferencias observadas en la percepción de autonomía.

De manera diferente, el grado de instrucción sí presentó asociación estadísticamente significativa con la satisfacción respecto a la atención recibida ($p=0,002$). Las mujeres con menor nivel educativo concentraron los casos de satisfacción alta, mientras que entre quienes alcanzaron secundaria o superior predominó la satisfacción media.

Los resultados muestran diferencias en la percepción sobre el respeto al principio de autonomía según el número de controles prenatales y el grado de instrucción. Estas diferencias podrían relacionarse con las expectativas previas de las pacientes respecto a la atención sanitaria.

Las mujeres con menor escolaridad o menor contacto con los servicios de salud podrían valorar favorablemente la atención recibida sin identificar necesariamente todos los componentes de la autonomía, como la participación informada en las decisiones y la posibilidad de aceptar o rechazar procedimientos. Por el contrario, las pacientes con mayor escolaridad podrían tener expectativas más específicas sobre la información y su participación en las decisiones relacionadas con el parto.

Asimismo, debe considerarse el posible sesgo de complacencia, entendido como la tendencia a proporcionar respuestas favorables para evitar incomodidades o mantener una relación cordial con el personal de salud. Este fenómeno podría influir en las respuestas cuando la información se recoge en el mismo establecimiento donde se recibió la atención. Sin embargo, no puede afirmarse que este sesgo haya ocurrido efectivamente en el presente estudio, puesto que no fue evaluado de manera específica.

Estas interpretaciones deben considerarse con cautela, debido al tamaño de la muestra y a que las asociaciones estadísticas no permiten establecer causalidad. Por tanto, los resultados reflejan diferencias en la percepción declarada por las pacientes, pero no demuestran que una menor escolaridad o un menor número de controles prenatales se relacionen necesariamente con un mayor respeto a la autonomía.

Respecto al seguimiento prenatal, el 70,6% de las participantes tuvo tres o más controles y el 29,4% tuvo entre uno y dos. La investigación encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de controles prenatales y la percepción del respeto al principio de autonomía ($p=0,001$).

Sin embargo, la distribución observada no permite asumir que un mayor número de controles se traduzca necesariamente en una mejor percepción de autonomía. Por el contrario, los casos de percepción alta se concentraron entre las mujeres con uno a dos controles, mientras que entre quienes tuvieron tres o más controles predominó la percepción media y baja.

Este hallazgo resulta particularmente relevante porque cuestiona una interpretación exclusivamente cuantitativa del control prenatal: la asistencia a un mayor número de controles no garantiza por sí misma que la mujer haya recibido información suficiente, haya participado en decisiones o haya desarrollado una percepción favorable de autonomía. Por ello, además de la cobertura de los controles, debería considerarse la calidad de la comunicación y la educación proporcionada durante ellos.

En relación con la paridad, el 64,7% de las participantes fueron multíparas y el 35,3% primíparas. La experiencia previa de parto puede modificar las expectativas y la manera en que las mujeres interpretan la atención recibida. Sin embargo, en este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el número de partos y la percepción de autonomía ($p=0,664$), ni con la satisfacción ($p=0,456$). Esto indica que, dentro de la población estudiada, la experiencia obstétrica previa no constituyó un factor suficiente para explicar las diferencias en estas variables.

Respecto al tipo de parto, predominó el parto vaginal con 76,5%, mientras que el 23,5% correspondió a cesárea. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y la percepción de autonomía ($p=0,138$), ni entre el tipo de parto y la satisfacción ($p=0,084$). Aunque se observaron diferencias en la distribución de los niveles de satisfacción, estas no alcanzaron significación estadística. Por tanto, en el contexto del presente estudio, la vía de finalización del parto no puede considerarse un factor asociado estadísticamente con la percepción de autonomía ni con la satisfacción.

Uno de los principales hallazgos de la investigación fue la percepción predominantemente baja respecto al respeto del principio de autonomía. El 52,9% de las puérperas presentó una percepción baja, el 38,3% una percepción media y solamente el 8,8% una percepción alta. En consecuencia, el 91,2% se concentró en los niveles bajo y medio.

Este resultado evidencia que el respeto de la autonomía constituye una de las principales áreas susceptibles de mejora en la atención del parto en el establecimiento estudiado.

El análisis de los componentes de la autonomía permite comprender mejor este resultado global. En el grado de autonomía, el 70,6% manifestó algún grado de acuerdo con que sus preferencias fueron tomadas en cuenta y el 64,7% consideró que sus decisiones fueron respetadas. Sin embargo, solamente el 11,8% presentó una valoración favorable respecto a haber tenido tiempo suficiente para reflexionar y decidir ante diferentes opciones de atención, mientras que el 55,9% expresó algún grado de desacuerdo.

Estos resultados sugieren que existe una brecha entre la participación formal de la usuaria y el ejercicio de una autonomía informada. La participación puede ser limitada cuando la mujer recibe información insuficiente, poco clara o cuando no dispone de condiciones adecuadas para formular preguntas y deliberar.

Los hallazgos anteriores son consistentes con lo señalado por Neufeld et al. (2024), quienes identificaron que la autonomía materna durante la atención intraparto puede verse limitada por prácticas asistenciales y restricciones en la participación de las mujeres en las decisiones. Aunque su estudio fue cualitativo y se desarrolló en un contexto diferente, ambos trabajos coinciden en que la autonomía no depende únicamente de la existencia de una decisión, sino de las condiciones institucionales y relacionales que permiten a la mujer participar efectivamente en su atención.

En la misma línea, Agbi et al. (2024), mediante una revisión integrativa, señalaron que la dignidad, el respeto, la comunicación efectiva, el consentimiento informado y la participación de las mujeres constituyen elementos centrales de una atención materna de calidad y se relacionan con mejores experiencias y niveles de satisfacción.

Esta evidencia permite interpretar los resultados obtenidos en Macha desde una perspectiva de atención centrada en la mujer, donde la autonomía debe ser entendida como un componente transversal de la calidad asistencial y no como un elemento independiente del resto de la atención.

Respecto a la satisfacción, la investigación encontró que el 50,0% de las púerperas presentó un nivel medio, el 26,5% un nivel alto y el 23,5% un nivel bajo. Por tanto, aunque existe una valoración global predominantemente intermedia, no puede afirmarse que la satisfacción sea elevada, debido a que solamente una cuarta parte de las participantes alcanzó el nivel alto. Además, casi una cuarta parte presentó satisfacción baja, lo que evidencia una proporción importante de usuarias con experiencias desfavorables.

Estos resultados muestran que la satisfacción de las púerperas no depende exclusivamente del trato interpersonal. Una atención puede ser percibida como amable y respetuosa y, simultáneamente, presentar deficiencias en comunicación, oportunidad de respuesta,

privacidad o disponibilidad de información. Por ello, la satisfacción global intermedia encontrada en el estudio puede comprenderse como resultado de la coexistencia de fortalezas en el trato y en algunos aspectos de infraestructura con debilidades en componentes funcionales y comunicacionales de la atención.

Los resultados guardan relación con el estudio de De Vicente Díaz et al. (2025), realizado en España, quienes encontraron un alto nivel de satisfacción materna, aunque identificaron oportunidades de mejora en determinados componentes de la atención durante el posparto y al recién nacido. Los autores también encontraron relación entre características obstétricas y satisfacción.

En la presente investigación, aunque la satisfacción no mostró asociación significativa con la paridad ni con el tipo de parto, sí se identificó asociación con el grado de instrucción. Esta diferencia puede explicarse por las características de las poblaciones estudiadas, el contexto asistencial y los instrumentos empleados. Ambos estudios, sin embargo, coinciden en reconocer la satisfacción materna como un indicador relevante de la calidad percibida de la atención obstétrica.

El antecedente de Serpetini et al. (2025) presenta una relación más directa con el presente estudio, debido a que evaluó específicamente autonomía materna, respeto y satisfacción durante el parto mediante instrumentos que incluyeron la MADM.

Sus resultados mostraron mayores niveles de autonomía, respeto y satisfacción en mujeres que tuvieron experiencias de atención caracterizadas por mayor capacidad de elección e información adecuada.

Este resultado coincide con el patrón observado en Macha, donde las dificultades en información, deliberación y participación se acompañaron de una percepción predominantemente baja de autonomía. La coincidencia resulta relevante porque refuerza la importancia de considerar la autonomía como parte de la experiencia global de atención y no únicamente como un principio ético abstracto.

El estudio de Michel Torrez (2025), desarrollado en Bolivia, también aporta evidencia para interpretar los resultados. El autor encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la aplicación del consentimiento informado y la satisfacción de pacientes hospitalizados, con un Chi-cuadrado de 64,398 ($p=0,000$) y un Tau-b de Kendall de 0,716.

En comparación, la presente investigación encontró una asociación significativa entre autonomía y satisfacción mediante la prueba exacta de Fisher ($p=0,010$) y una asociación positiva de intensidad moderada mediante Tau-b de Kendall ($\tau=0,483$; $p=0,002$). Aunque la magnitud de la asociación fue menor en Macha, ambos estudios muestran una dirección semejante: los procesos vinculados con información, participación, consentimiento y respeto de la autonomía se relacionan con una mejor valoración de la atención recibida.

El hallazgo central de la presente investigación se obtiene al analizar conjuntamente la percepción de autonomía y la satisfacción. La prueba exacta de Fisher mostró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,010$). La distribución de los datos evidencia además un patrón progresivo: las tres puérperas que presentaron percepción alta de autonomía también presentaron satisfacción alta; entre quienes tuvieron percepción media, predominó la satisfacción media y alta; mientras que entre las mujeres con percepción baja de autonomía se concentraron los niveles medio y bajo de satisfacción.

En particular, seis de las ocho mujeres con satisfacción baja presentaron también percepción baja de autonomía. La asociación fue corroborada mediante el Tau-b de Kendall, que alcanzó un valor de $\tau=0,483$ con $p=0,002$. El signo positivo indica una relación directa, mientras que la magnitud del coeficiente corresponde a una asociación moderada. Esto significa que, en la población estudiada, a mayores niveles de percepción de respeto al principio de autonomía tendieron a corresponder mayores niveles de satisfacción con la atención recibida durante el parto.

Este resultado constituye el principal aporte de la investigación, porque permite integrar los hallazgos parciales. Las dificultades identificadas en la información, la deliberación, la participación y la claridad de las explicaciones no solamente representan problemas

relacionados con el ejercicio de la autonomía, sino que pueden repercutir en la valoración que las mujeres realizan de la atención.

Del mismo modo, las dimensiones de satisfacción que mostraron mayores dificultades capacidad de respuesta, fiabilidad y comunicación guardan relación conceptual con los componentes necesarios para una atención respetuosa y centrada en la mujer.

Desde una perspectiva crítica, los resultados muestran que el fortalecimiento de la autonomía en el Centro de Salud con Internación Macha no debería reducirse a solicitar el consentimiento de la paciente o a respetar una decisión una vez tomada. Una autonomía efectiva requiere proporcionar información comprensible, explicar alternativas, permitir preguntas, responder de manera clara, respetar preferencias y ofrecer condiciones razonables para deliberar.

Entre las principales limitaciones se encuentra el tamaño reducido de la población analizada. Inicialmente se identificaron 36 púerperas; sin embargo, dos fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos en el estudio. En consecuencia, la población final estuvo constituida por 34 participantes, sobre las cuales se realizaron los análisis correspondientes.

Otra limitación corresponde al carácter transversal del estudio, debido a que la información sobre autonomía y satisfacción fue obtenida en un único momento. Por esta razón, los resultados permiten establecer asociación entre las variables, pero no demostrar una relación causal. En consecuencia, aunque una mayor percepción de autonomía se relacionó con mayor satisfacción, no puede afirmarse que la autonomía sea la única causa del nivel de satisfacción observado.

También debe considerarse que las variables fueron medidas mediante instrumentos de percepción y autoinforme, por lo que las respuestas pueden estar influenciadas por memoria reciente de la experiencia, expectativas personales, temor a valorar negativamente al personal o tendencia a responder de manera socialmente aceptable. Este aspecto es especialmente relevante en una investigación realizada dentro del mismo establecimiento donde las participantes recibieron la atención.

El número reducido de participantes también condicionó el análisis estadístico. La existencia de frecuencias pequeñas en varias celdas justificó el empleo de la prueba exacta de Fisher; sin embargo, esta característica limita la estabilidad de algunas estimaciones y obliga a interpretar con cautela las asociaciones encontradas en los análisis por subgrupos.

Asimismo, aunque los instrumentos presentaron niveles aceptables de confiabilidad en la prueba piloto, la aplicación contextualizada de instrumentos como MADM y SERVPERF puede introducir diferencias respecto de sus versiones originales. Por ello, los resultados deben entenderse específicamente dentro del contexto del Centro de Salud con Internación Macha y no asumirse automáticamente como representativos de otros establecimientos o poblaciones.

A pesar de estas limitaciones, los resultados proporcionan evidencia útil para identificar áreas concretas de mejora en la atención obstétrica del establecimiento y, particularmente, para destacar la importancia de garantizar una atención que no solo sea técnicamente segura, sino también respetuosa de la autonomía, participativa, informada y centrada en las necesidades de las mujeres.

4. Propuesta

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DEL RESPETO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y LA SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO, CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN MACHA, MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE MACHA, 2026

4.1. Introducción

La calidad de la atención obstétrica constituye un componente fundamental de la atención sanitaria, debido a que el proceso del parto involucra no solamente aspectos clínicos y de seguridad materno-fetal, sino también el respeto de los derechos, preferencias, necesidades y capacidad de decisión de la mujer.

Desde el enfoque de auditoría médica y gestión de la calidad, la atención debe ser evaluada de manera integral, considerando tanto el cumplimiento de los procedimientos asistenciales como la experiencia de las usuarias y el respeto de los principios éticos que orientan la práctica sanitaria. En este contexto, el principio de autonomía adquiere especial relevancia, debido a que reconoce a la mujer como sujeto activo de su atención y favorece su participación informada en las decisiones relacionadas con el proceso del parto.

Bajo esta perspectiva, el respeto a la autonomía materna no debe considerarse únicamente como un principio ético, sino también como un componente susceptible de ser incorporado en los procesos de evaluación de la calidad de la atención obstétrica. La información proporcionada, la comunicación con la paciente, la participación en la toma de decisiones, el respeto de sus preferencias, la privacidad y el consentimiento informado representan elementos que pueden ser observados, evaluados y mejorados mediante mecanismos de gestión de la calidad.

En respuesta a los hallazgos, se plantean: Estrategias de gestión de la calidad orientadas al fortalecimiento del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes durante la atención del parto, dirigidas al Centro de Salud con Internación Macha.

La propuesta se fundamenta en los principios de mejora continua, evaluación de procesos, estandarización de prácticas, capacitación del personal, supervisión y seguimiento de indicadores de calidad.

Su finalidad es contribuir a que la atención obstétrica incorpore de manera sistemática la información clara y oportuna, la participación de la mujer en las decisiones, el consentimiento informado, el respeto de sus preferencias y privacidad, así como una respuesta adecuada a sus necesidades.

4.2. Justificación

La presente propuesta se justifica a partir de los resultados obtenidos en la investigación sobre la relación entre la percepción del respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes durante la atención del parto en el Centro de Salud con Internación Macha.

Desde el enfoque de Auditoría Médica y Gestión de la Calidad, los resultados obtenidos no deben limitarse a la descripción de una situación existente, sino convertirse en información para la identificación de brechas y la formulación de acciones de mejora.

La auditoría médica permite evaluar el cumplimiento de los procesos asistenciales y detectar aspectos susceptibles de corrección, mientras que la gestión de la calidad orienta la implementación de medidas sistemáticas, seguimiento de indicadores y mejora continua. En este sentido, la autonomía materna puede incorporarse como un componente evaluable de la calidad de la atención obstétrica.

La propuesta resulta pertinente porque las principales dificultades identificadas en las dimensiones estudiadas se relacionan con aspectos susceptibles de intervención institucional, entre ellos la información proporcionada a las pacientes, la posibilidad de participar en las decisiones, la explicación de alternativas, la respuesta a sus preguntas, la privacidad y la capacidad de respuesta del personal. Por tanto, las estrategias planteadas estarán orientadas a estandarizar y fortalecer estos procesos mediante capacitación del personal, mecanismos de supervisión, instrumentos de verificación, mejora de los procesos de comunicación y seguimiento de indicadores de calidad.

Asimismo, la propuesta tiene relevancia institucional, debido a que puede proporcionar al Centro de Salud con Internación Macha herramientas prácticas para incorporar el respeto de la autonomía y la satisfacción de las pacientes dentro de sus procesos de gestión de calidad.

Su aplicación permitiría generar mecanismos para identificar oportunamente deficiencias en la atención y establecer acciones correctivas y preventivas, favoreciendo una atención obstétrica más humanizada, segura, oportuna y centrada en las necesidades de la mujer.

Finalmente, la propuesta posee pertinencia social y asistencial, debido a que busca contribuir a que las mujeres sean reconocidas como participantes activas de las decisiones relacionadas con su atención durante el parto.

4.3. Objetivos y Metas

4.3.1. Objetivo General

Fortalecer el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes durante la atención del parto en el Centro de Salud con Internación Macha, mediante estrategias de gestión de la calidad basadas en los resultados obtenidos en la investigación.

4.3.2. Objetivos Específicos

- Mejorar los procesos de información, comunicación y participación de las pacientes durante la atención del parto, promoviendo el respeto al principio de autonomía y la toma de decisiones informada.
- Establecer procesos de atención obstétrica mediante la estandarización, supervisión y seguimiento de prácticas relacionadas con el respeto, privacidad, consentimiento informado y capacidad de respuesta del personal de salud.
- Implementar mecanismos de monitoreo y evaluación de la autonomía y satisfacción de las pacientes, orientados a la identificación de brechas y al establecimiento de acciones de mejora continua en la atención del parto.

4.3.3. Metas

- Lograr que al menos el $\geq 50\%$ del personal de salud involucrado en la atención del parto participe en actividades de capacitación sobre autonomía materna, comunicación efectiva, consentimiento informado y participación de las pacientes en la toma de decisiones.
- Alcanzar al menos un $\geq 50\%$ de cumplimiento de los procesos estandarizados relacionados con información, consentimiento informado, privacidad, respeto y participación de las pacientes durante la atención del parto.
- Realizar supervisiones mensuales del cumplimiento de las prácticas de atención obstétrica establecidas, mediante instrumentos de verificación y registro institucional.

4.4. Localización y población beneficiaria

La propuesta será desarrollada en el Centro de Salud con Internación Macha, ubicado en el municipio de San Pedro de Macha, departamento de Potosí, Bolivia. El establecimiento constituye el escenario donde se realizó la investigación y donde se identificaron las principales brechas relacionadas con el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes durante la atención del parto. Por esta razón, las estrategias de gestión de la calidad estarán orientadas a las características y necesidades propias del establecimiento y de su población usuaria.

La población beneficiaria directa estará constituida por las pacientes que reciban atención durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, quienes se beneficiarán de procesos asistenciales orientados a mejorar la información, comunicación, participación en la toma de decisiones, respeto de sus preferencias, privacidad, consentimiento informado y capacidad de respuesta del personal de salud.

Como beneficiarios indirectos se considera al personal de salud involucrado en la atención obstétrica, debido a que contará con procesos estandarizados, mecanismos de supervisión y herramientas de monitoreo que facilitarán el cumplimiento de criterios de calidad y la identificación de oportunidades de mejora.

Asimismo, la institución se beneficiará mediante el fortalecimiento de sus procesos de gestión de calidad y auditoría médica, favoreciendo una atención obstétrica más segura, humanizada, oportuna y centrada en las necesidades de las pacientes.

La propuesta tendrá aplicación durante la gestión 2026, con posibilidad de continuidad mediante la incorporación de las estrategias, mecanismos de supervisión e indicadores propuestos a los procesos habituales de gestión del establecimiento.

4.5. Identificación de problemas

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se identificaron problemas relacionados principalmente con el respeto al principio de autonomía, la comunicación, la participación de las pacientes y diferentes componentes de la satisfacción con la atención. Estos problemas se organizan por áreas para orientar posteriormente las líneas de acción de la propuesta de gestión de la calidad.

ÁREA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
Autonomía y participación de la paciente	Predominio de una percepción baja del respeto al principio de autonomía (52,9%). Limitada participación de algunas pacientes en las decisiones relacionadas con su atención durante el parto.
Información y comunicación	Insuficiente información para comprender las decisiones de atención y limitaciones en la explicación de las alternativas disponibles antes de determinados procedimientos.
Consentimiento y toma de decisiones	Necesidad de fortalecer los procesos relacionados con el consentimiento informado y la participación efectiva de la paciente antes de realizar procedimientos.
Respeto y privacidad	Percepción desfavorable respecto al respeto de la privacidad durante la atención del parto, aspecto particularmente relevante dentro de la dimensión de seguridad.
Capacidad de respuesta	Percepción de demoras en la atención de requerimientos y solicitudes de ayuda, evidenciando oportunidades de mejora en la capacidad de respuesta del equipo de salud.
Calidad de la atención	La satisfacción global se concentró en el nivel medio (50,0%), evidenciando que la experiencia de atención todavía presenta aspectos susceptibles de mejora.
Fiabilidad	Se identificaron dificultades relacionadas con la oportunidad de la información y la disponibilidad de información clínica para garantizar la continuidad de la atención.
Seguridad	Aunque existen percepciones favorables respecto a las valoraciones clínicas y la información sobre cuidados posteriores, persisten dificultades relacionadas con la privacidad y la comunicación de las dudas de las pacientes.

Empatía	Se identificaron diferencias entre el trato interpersonal favorable y la percepción menos favorable respecto a la claridad de las explicaciones sobre la atención y los cuidados posteriores.
Aspectos tangibles	Persisten oportunidades de mejora relacionadas con la comodidad de los ambientes y la disponibilidad de equipamiento y materiales necesarios para la atención.
Gestión de la calidad	Ausencia o necesidad de fortalecer mecanismos sistemáticos para supervisar, medir y evaluar el cumplimiento de prácticas relacionadas con autonomía, información, consentimiento, privacidad y satisfacción.
Auditoría y mejora continua	Necesidad de incorporar los resultados de satisfacción y autonomía como insumos para identificar brechas, establecer acciones correctivas y realizar seguimiento de su cumplimiento.

Fuente. Elaboración propia

4.6. Líneas de intervención

De acuerdo con el objetivo general y los tres objetivos específicos de la propuesta, se establecen tres líneas de intervención articuladas con el enfoque de gestión de la calidad y auditoría médica. Cada línea responde a las principales brechas identificadas en los resultados y contempla acciones orientadas a mejorar de manera sistemática la atención del parto.

LÍNEA DE INTERVENCIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO	ENFOQUE DE INTERVENCIÓN
Información, comunicación y participación para el ejercicio de la autonomía	Mejorar los procesos de información, comunicación y participación de las pacientes durante la atención del parto, promoviendo el respeto al principio de autonomía y la toma de decisiones informada.	Mejorar la comunicación profesional-paciente, la información sobre procedimientos y alternativas, el consentimiento informado y la participación de la mujer en las decisiones relacionadas con su atención.
Estandarización y supervisión de la atención obstétrica con enfoque de calidad	Establecer procesos de atención obstétrica mediante la estandarización, supervisión y seguimiento de prácticas relacionadas con el respeto, privacidad, consentimiento informado y capacidad de respuesta del personal de salud.	Incorporar criterios de calidad en los procesos de atención del parto, establecer procedimientos estandarizados, listas de verificación y mecanismos de supervisión para garantizar el cumplimiento de prácticas de atención respetuosa.
Monitoreo, auditoría y mejora continua de la calidad de atención	Implementar mecanismos de monitoreo y evaluación de la autonomía y satisfacción de las pacientes, orientados a la identificación de brechas y al establecimiento de acciones de mejora continua en la atención del parto.	Implementar indicadores de calidad, revisión periódica de resultados, auditorías internas, identificación de brechas y planes de mejora con seguimiento de las acciones correctivas y preventivas.

Fuente. Elaboración propia

MATRIZ DE VINCULACIÓN DE HALLAZGOS, ACCIONES E INDICADORES

HALLAZGO IDENTIFICADO	LÍNEA BASE	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	COSTO ESTIMADO (BS)	INDICADOR	META
El 52,9% de las puérperas presentó percepción baja respecto al respeto del principio de autonomía.	52,9% nivel bajo	Desarrollar capacitación al personal de salud sobre autonomía, derechos de las pacientes, comunicación y participación durante la atención del parto.	Dirección del establecimiento y personal médico, de enfermería y obstetricia	Meses 1–2	500	% de personal que participa en la capacitación	≥80% del personal participante
El 55,9% manifestó desacuerdo respecto a disponer de tiempo suficiente para reflexionar y decidir ante diferentes opciones de atención.	55,9% desfavorable	Establecer pautas para proporcionar información clara y brindar un espacio adecuado para preguntas, deliberación y participación de la mujer antes de procedimientos, cuando las condiciones clínicas lo permitan.	Personal médico, de enfermería y obstetricia	Meses 2–4	500	% de pacientes que refieren disponer de tiempo suficiente para preguntar y decidir	≥50%
El 35,3% manifestó algún grado de desacuerdo respecto a que sus decisiones fueran respetadas.	35,3% desfavorable	Incorporar una pauta de comunicación que permita identificar, registrar y considerar las preferencias de la paciente durante la atención del parto.	Personal médico, de enfermería y obstetricia	Meses 2–4	400	% de pacientes que manifiestan que sus decisiones fueron respetadas	≥50%
El 29,4% manifestó algún grado de desacuerdo respecto a que sus preferencias fueran tomadas en cuenta.	29,4% desfavorable	Fortalecer la participación de la mujer mediante comunicación individualizada sobre alternativas de atención y consideración de sus preferencias, según la situación clínica.	Personal médico, de enfermería y obstetricia	Meses 2–4	400	% de pacientes que manifiestan que sus preferencias fueron consideradas	≥50%

El 58,8% presentó valoración desfavorable respecto al respeto de su privacidad.	58,8% desfavorable	Establecer medidas para fortalecer la privacidad durante la atención, incluyendo manejo adecuado del espacio físico, exposición corporal y presencia de personas ajenas a la atención.	Dirección y personal responsable de la atención obstétrica	Meses 2-4	400	% de pacientes con valoración favorable de la privacidad	$\geq 50\%$
Solo el 58,8% presentó valoración favorable respecto a la respuesta clara a sus dudas.	58,8% favorable	Implementar pautas de comunicación clara, utilizando lenguaje comprensible y verificando que la paciente haya comprendido la información proporcionada.	Personal médico, de enfermería y obstetricia	Meses 2-4	350	% de pacientes que valoran favorablemente la respuesta a sus dudas	$\geq 50\%$
El 26,5% presentó satisfacción alta, mientras que el 50,0% presentó satisfacción media y el 23,5% satisfacción baja.	26,5% satisfacción alta	Implementar un plan de mejora de la experiencia de atención, priorizando comunicación, privacidad, participación, información y capacidad de respuesta.	Dirección y personal asistencial	Meses 2-6	500	% de pacientes con satisfacción alta	$\geq 60\%$
Se encontró asociación significativa entre autonomía y satisfacción (Fisher $p=0,010$; $\tau_b=0,483$; $p=0,002$).	$\tau_b=0,483$	Incorporar el respeto de la autonomía como componente de seguimiento de la calidad percibida de la atención del parto.	Dirección del establecimiento y personal asistencial	Meses 3-6	400	Evaluación periódica de autonomía y satisfacción	Realizar al menos 2 evaluaciones durante el periodo de implementación
El 73,5% valoró favorablemente la información sobre cuidados posteriores al parto.	73,5% favorable	Estandarizar la orientación sobre cuidados posteriores mediante una pauta de información al alta y verificar su comprensión.	Personal de enfermería y obstetricia	Meses 2-4	400	% de pacientes que reciben orientación sobre cuidados posteriores	$\geq 50\%$
El 79,4% valoró favorablemente la realización de valoraciones previas a los procedimientos.	79,4% favorable	Mantener y fortalecer la práctica de valoración previa, incorporando una lista de verificación de los aspectos esenciales de la atención.	Personal médico, enfermería y obstetricia	Meses 2-5	350	% de cumplimiento de la lista de verificación	$\geq 50\%$

INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA EL EJERCICIO DE LA AUTONOMÍA

ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL CENTRADA EN LA PACIENTE	Mejorar la calidad de la información proporcionada a las pacientes durante la atención del parto.	Capacitar al personal sobre comunicación clara y respetuosa; establecer pautas para explicar procedimientos, alternativas, beneficios y posibles riesgos; verificar la comprensión de la información proporcionada.	Pacientes mejor informadas y con mayor capacidad para comprender las decisiones relacionadas con su atención.
PARTICIPACIÓN DE LA PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES	Promover la participación activa de la mujer en las decisiones relacionadas con su atención durante el parto, de acuerdo con su condición clínica.	Incorporar preguntas sobre preferencias de la paciente; explicar las alternativas disponibles; permitir que exprese dudas y preferencias; registrar su participación en las decisiones cuando corresponda.	Mayor participación de las pacientes y mejor percepción del respeto a su autonomía.
FORTALECIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	Garantizar que el consentimiento informado constituya un proceso de comunicación y decisión, y no únicamente un requisito documental.	Revisar el procedimiento institucional; verificar que la paciente reciba información antes de procedimientos; utilizar lenguaje comprensible; comprobar la comprensión y registrar adecuadamente el consentimiento.	Mayor cumplimiento del proceso de consentimiento informado y reducción de brechas relacionadas con la toma de decisiones.
INFORMACIÓN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN	Garantizar continuidad de la comunicación entre el personal de salud y la paciente durante las diferentes etapas de la atención del parto.	Establecer momentos mínimos de información durante la atención; explicar cambios en la conducta asistencial; responder las preguntas de la paciente; registrar situaciones relevantes.	Mayor claridad y continuidad de la información proporcionada durante la atención.
PRIVACIDAD Y TRATO RESPETUOSO	Reforzar prácticas de atención que protejan la dignidad, privacidad y preferencias de las pacientes.	Supervisar las condiciones de privacidad durante procedimientos; limitar la presencia de personas no involucradas en la atención; promover trato respetuoso y comunicación profesional.	Mejora de la percepción de respeto, dignidad y privacidad durante la atención del parto.
ORIENTACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES	Facilitar que la paciente pueda expresar sus dudas, preferencias y decisiones de manera informada.	Utilizar preguntas abiertas; brindar tiempo razonable para expresar dudas cuando la condición clínica lo permita; promover la participación de la paciente en las decisiones posibles.	Pacientes con mayor participación y percepción favorable respecto al ejercicio de su autonomía.

Fuente. Elaboración propia

ESTANDARIZACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA CON ENFOQUE DE CALIDAD

ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS
ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO	Establecer criterios uniformes para la atención obstétrica con enfoque de calidad y respeto de los derechos de la paciente.	Revisar y organizar el proceso de atención del parto; establecer criterios mínimos para información, participación, consentimiento, privacidad y trato respetuoso; elaborar una lista de verificación para el cumplimiento de estos criterios.	Atención del parto desarrollada bajo criterios estandarizados, reduciendo variaciones y omisiones en las prácticas asistenciales.
SUPERVISIÓN DEL RESPETO A LA AUTONOMÍA Y PRIVACIDAD	Verificar el cumplimiento de prácticas relacionadas con autonomía, privacidad y participación de la paciente.	Realizar supervisiones periódicas mediante listas de verificación; verificar la privacidad durante procedimientos; comprobar que las decisiones y preferencias de la paciente sean consideradas cuando la condición clínica lo permita.	Mayor cumplimiento de prácticas de atención respetuosa y reducción de brechas relacionadas con autonomía y privacidad.
CONTROL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	Garantizar el cumplimiento adecuado del proceso de consentimiento informado antes de procedimientos.	Revisar registros clínicos; verificar la existencia y calidad de los consentimientos; comprobar que la información haya sido proporcionada de manera comprensible antes de procedimientos.	Mejor cumplimiento del consentimiento informado como proceso asistencial y no solamente documental.
SUPERVISIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA	Mejorar la oportunidad y eficiencia de la respuesta del personal ante las necesidades de las pacientes durante el parto.	Establecer criterios para la atención oportuna de solicitudes; supervisar tiempos y respuestas ante requerimientos; identificar situaciones de demora y establecer medidas correctivas.	Disminución de demoras innecesarias y mejora de la percepción sobre la capacidad de respuesta del personal.
AUDITORÍA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA	Identificar incumplimientos y oportunidades de mejora en la atención proporcionada.	Realizar revisiones periódicas de historias clínicas y registros relacionados con la atención del parto; identificar hallazgos; emitir recomendaciones y establecer compromisos de mejora.	Identificación sistemática de brechas y aplicación de medidas correctivas y preventivas.

Fuente. Elaboración propia

MONITOREO, AUDITORÍA Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS
MONITOREO DE INDICADORES DE AUTONOMÍA Y SATISFACCIÓN	Medir periódicamente el comportamiento de la autonomía y satisfacción de las pacientes atendidas durante el parto.	Definir indicadores de autonomía, participación, información, consentimiento, privacidad, capacidad de respuesta y satisfacción; establecer una periodicidad de medición y registrar los resultados.	Disponibilidad de información periódica para valorar la calidad de la atención y detectar cambios en el comportamiento de los indicadores.
AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA	Evaluar el cumplimiento de los criterios establecidos para una atención del parto respetuosa y centrada en la paciente.	Realizar auditorías periódicas de historias clínicas, registros de consentimiento informado y listas de verificación; identificar incumplimientos y documentar hallazgos.	Identificación objetiva de brechas y oportunidades de mejora en los procesos de atención obstétrica.
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y BRECHAS DE CALIDAD	Determinar las principales deficiencias que afectan la autonomía y satisfacción de las pacientes.	Comparar los resultados de los indicadores con los estándares establecidos; analizar las causas de los incumplimientos; priorizar los problemas según frecuencia e importancia.	Problemas de calidad priorizados y sustentados mediante información objetiva para orientar las intervenciones.
PLAN DE MEJORA CONTINUA	Establecer acciones correctivas y preventivas frente a las brechas identificadas.	Elaborar planes de mejora con actividades, responsables, plazos e indicadores de cumplimiento; establecer acciones correctivas y preventivas según los hallazgos de auditoría.	Implementación organizada de medidas de mejora orientadas a resolver las principales brechas identificadas.
EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO	Verificar la efectividad de las acciones implementadas.	Realizar seguimiento periódico de los planes de mejora; verificar el cumplimiento de las actividades; comparar los indicadores antes y después de las intervenciones.	Evidencia del grado de cumplimiento y de los cambios producidos en la calidad de la atención.
RETROALIMENTACIÓN AL PERSONAL DE SALUD	Promover el uso de los resultados de monitoreo y auditoría para mejorar las prácticas asistenciales.	Presentar periódicamente los resultados al personal; comunicar fortalezas y brechas identificadas; establecer compromisos de mejora y realizar retroalimentación posterior.	Mayor involucramiento del personal en la gestión de la calidad y en la mejora de las prácticas de atención del parto.

Fuente. Elaboración propia

4.7. Indicadores de gestión y evaluación

INDICADOR	FÓRMULA / CRITERIO	META	PERIODICIDAD
Cumplimiento de información y participación	Pacientes que recibieron información y participaron en decisiones / total de partos $\times$ 100	$\geq 50\%$	Mensual
Cumplimiento del consentimiento informado	Procedimientos con consentimiento informado adecuado / total de procedimientos auditados $\times$ 100	$\geq 50\%$	Mensual
Respeto a la privacidad	Atenciones que cumplen criterios de privacidad / total de atenciones supervisadas $\times$ 100	$\geq 50\%$	Mensual
Cumplimiento de prácticas de atención respetuosa	Criterios cumplidos en lista de verificación / criterios evaluados $\times$ 100	$\geq 50\%$	Mensual
Satisfacción de las pacientes	Pacientes con satisfacción alta / total de pacientes evaluadas $\times$ 100	$\geq 50\%$	Trimestral
Cumplimiento de acciones de mejora	Acciones ejecutadas / acciones programadas $\times$ 100	$\geq 50\%$	Trimestral

Fuente. Elaboración propia

4.8. Cronograma de implementación

El cronograma establece la secuencia de las principales actividades necesarias para implementar las estrategias de gestión de calidad propuestas en el Centro de Salud con Internación Macha.

El cronograma de implementación será aplicado de manera progresiva durante seis meses, iniciando con la socialización de la propuesta y la capacitación del personal de salud sobre autonomía, consentimiento informado, comunicación y atención respetuosa. Posteriormente, se implementarán los criterios estandarizados de atención y los mecanismos de supervisión mediante listas de verificación.

Finalmente, se efectuará una evaluación de los resultados obtenidos, considerando el cumplimiento de las metas propuestas y la percepción de satisfacción de las pacientes, con la finalidad de determinar los avances alcanzados y establecer medidas de mejora continua.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Socialización de la propuesta	Dirección / Responsable de calidad						
Capacitación sobre autonomía, consentimiento y comunicación	Equipo de salud						
Implementación de criterios estandarizados de atención	Personal médico y enfermería						
Aplicación de lista de verificación y supervisión	Responsable de calidad						
Auditoría de registros e historias clínicas	Responsable de calidad / Dirección						
Monitoreo de indicadores de calidad	Responsable de calidad						
Evaluación de satisfacción de las pacientes	Responsable designado						
Identificación de brechas y acciones correctivas	Dirección / Equipo de salud						
Evaluación final y retroalimentación	Dirección / Responsable de calidad						

Fuente. Elaboración propia

4.9. Recursos necesarios

Para la implementación de las estrategias de gestión de la calidad se requerirá el aprovechamiento prioritario de los recursos disponibles en el Centro de Salud con Internación Macha. Los recursos necesarios se organizan de la siguiente manera:

TIPO DE RECURSO	RECURSOS REQUERIDOS	FINALIDAD
RECURSOS HUMANOS	Dirección del establecimiento, personal médico, personal de enfermería y responsable de calidad o auditoría.	Implementación, supervisión, auditoría y seguimiento de las estrategias.
RECURSOS MATERIALES	Listas de verificación, formularios de supervisión, formatos de auditoría, material de capacitación, hojas de registro y material de escritorio.	Estandarización de procesos, capacitación, supervisión y documentación de resultados.
RECURSOS TECNOLÓGICOS	Computadora, impresora, hojas de cálculo y programas para procesamiento y análisis de datos.	Registro, sistematización, monitoreo y análisis de los indicadores de calidad.
RECURSOS FINANCIEROS	Presupuesto institucional destinado a material de capacitación, reproducción de instrumentos y actividades de supervisión.	Garantizar la ejecución y continuidad de las actividades propuestas.

Fuente. Elaboración propia

4.10. Marco lógico de la propuesta

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de la atención del parto mediante el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes en el Centro de Salud con Internación Macha.	Incremento de la proporción de pacientes con percepción favorable de autonomía y satisfacción con la atención.	Informes de monitoreo, encuestas de satisfacción y evaluaciones periódicas.	Compromiso institucional con la calidad de la atención obstétrica.
PROPÓSITO: Implementar estrategias de gestión de calidad orientadas al respeto de la autonomía y satisfacción de las pacientes durante la atención del parto.	≥90% de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos al finalizar el periodo de implementación.	Listas de verificación, informes de supervisión y auditorías.	Participación activa del personal de salud.
RESULTADO 1: Mejorados los procesos de información, comunicación y participación de las pacientes.	≥90% de pacientes reciben información suficiente y participan en las decisiones posibles sobre su atención.	Registros clínicos, consentimiento informado y listas de verificación.	Disponibilidad de tiempo y condiciones clínicas que permitan la participación.
RESULTADO 2: Estandarizados y supervisados los procesos de atención obstétrica relacionados con autonomía, privacidad, consentimiento y capacidad de respuesta.	≥90% de cumplimiento de los criterios establecidos en la lista de verificación.	Listas de supervisión, historias clínicas e informes de auditoría.	Cumplimiento de los procedimientos por parte del personal.
RESULTADO 3: Implementado un sistema de monitoreo, auditoría y mejora continua de la calidad.	≥90% de las acciones de mejora programadas son ejecutadas y verificadas.	Informes de auditoría, indicadores de calidad y planes de mejora.	Continuidad del seguimiento institucional.
ACTIVIDAD 1: Capacitación del personal sobre autonomía, comunicación, consentimiento informado y atención respetuosa.	≥90% del personal involucrado participa en las actividades programadas.	Listas de asistencia y registros de capacitación.	Disponibilidad del personal para participar.
ACTIVIDAD 2: Implementación de criterios estandarizados y lista de verificación para la atención del parto.	Lista de verificación implementada y aplicada en ≥90% de las atenciones supervisadas.	Listas de verificación y registros de supervisión.	Disponibilidad de los instrumentos.
ACTIVIDAD 3: Supervisión y auditoría periódica de historias clínicas y procesos de atención.	Auditorías realizadas según cronograma establecido.	Informes y formularios de auditoría.	Acceso oportuno a los registros clínicos.
ACTIVIDAD 4: Monitoreo de autonomía y satisfacción de las pacientes.	Evaluaciones realizadas de acuerdo con la periodicidad establecida.	Fichas de evaluación y base de datos de indicadores.	Participación de las pacientes.
ACTIVIDAD 5: Elaboración y seguimiento de planes de mejora.	≥90% de las acciones correctivas y preventivas programadas son cumplidas.	Planes de mejora, actas de seguimiento e informes de evaluación.	Compromiso de los responsables asignados.

Fuente. Elaboración propia

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

De acuerdo a los resultados del estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- En relación con las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes púérperas atendidas en el Centro de Salud con Internación Macha, se concluye que la población estudiada estuvo constituida principalmente por mujeres adultas jóvenes, con predominio de bajo nivel educativo, seguimiento prenatal de tres o más controles, antecedente de multiparidad y atención del parto por vía vaginal. Estas características permiten establecer que se trata de una población con experiencias obstétricas diversas, pero con predominio de condiciones que deben ser consideradas en la planificación de una atención diferenciada y centrada en las necesidades de cada paciente.
- Evaluando la percepción sobre el grado de autonomía y la participación en la toma de decisiones durante la atención del parto, se concluye que predominó una percepción baja del respeto al principio de autonomía. Las principales dificultades estuvieron relacionadas con la consideración de las preferencias de las pacientes, el tiempo disponible para reflexionar ante diferentes alternativas de atención, la información proporcionada y la participación efectiva en las decisiones. Si bien se identificaron experiencias favorables de participación, estas no fueron suficientes para garantizar una percepción generalizada de autonomía.
- Asimismo, se concluye que la percepción del respeto al principio de autonomía presentó diferencias según la edad y el número de controles prenatales, mientras que no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas según el nivel de instrucción, número de partos y tipo de parto.
- Evaluando la satisfacción con la atención recibida durante el parto, se establece que predominó un nivel medio de satisfacción. Las principales fortalezas estuvieron relacionadas con el trato respetuoso y amable del personal, el interés por el bienestar de las pacientes, la limpieza y el orden de los ambientes y algunos aspectos relacionados con la seguridad de la atención.

Sin embargo, persistieron oportunidades de mejora en la información y orientación proporcionada, la rapidez de respuesta ante las necesidades de las pacientes, el respeto

de la privacidad, la claridad de las explicaciones, la comodidad de los ambientes y la disponibilidad de equipamiento y materiales.

- La satisfacción presentó una asociación significativa con el grado de instrucción, mientras que no se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la edad, los controles prenatales, el número de partos ni el tipo de parto.
- Se establece que existe una relación significativa entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes con la atención recibida durante el parto. La relación encontrada es positiva y de magnitud moderada, lo que indica que una mejor percepción del respeto a la autonomía se acompaña de una mayor satisfacción con la atención. En este sentido, el respeto a las preferencias de las pacientes, la información suficiente y comprensible, la participación en las decisiones, el consentimiento informado, la privacidad y la comunicación efectiva deben ser considerados componentes esenciales de la calidad de la atención obstétrica.
- Los hallazgos obtenidos justifican la implementación de estrategias de gestión de la calidad dirigidas a las principales brechas identificadas en la atención del parto. Las estrategias propuestas se organizan en tres líneas de intervención: información, comunicación y participación para el ejercicio de la autonomía; estandarización y supervisión de la atención obstétrica con enfoque de calidad; y monitoreo, auditoría y mejora continua de la calidad de atención.

De acuerdo a las conclusiones del estudio se puede verificar la hipótesis que dice: Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas con la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026.

Recomendaciones:

De acuerdo a las conclusiones del estudio se puede realizar las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda al personal de salud promover una atención obstétrica centrada en la paciente, respetando sus preferencias, necesidades y decisiones, así como garantizar el consentimiento informado, la privacidad y la participación activa de la mujer durante las diferentes etapas de la atención del parto.
- Fortalecer la capacidad de respuesta del personal ante las necesidades y solicitudes de las pacientes, mediante la organización adecuada de los procesos de atención y la supervisión periódica de los tiempos de respuesta, con la finalidad de contribuir a una experiencia más segura y satisfactoria.
- Al Centro de Salud revisar periódicamente las condiciones de comodidad, privacidad, limpieza, disponibilidad de equipamiento y materiales necesarios para la atención obstétrica, priorizando las necesidades identificadas como oportunidades de mejora en el presente estudio.
- Implementar actividades periódicas de capacitación y actualización dirigidas al personal de salud sobre autonomía de la paciente, derechos durante la atención obstétrica, consentimiento informado, comunicación interpersonal, trato humanizado y atención centrada en la mujer, incorporando estos contenidos dentro de las acciones de gestión de la calidad.
- Incorporar los resultados de la percepción de las pacientes dentro de los procesos de auditoría y mejora continua de la calidad de atención obstétrica, de manera que la experiencia de las usuarias constituya un elemento para la toma de decisiones y la planificación de acciones correctivas y preventivas.
- Desarrollar futuras investigaciones con muestras de mayor tamaño y que incluyan otros establecimientos de salud del municipio y de la región, con la finalidad de ampliar la representatividad de los resultados y determinar si las características identificadas en el Centro de Salud con Internación Macha se mantienen en otros contextos de atención obstétrica.

- Realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de la percepción de autonomía y de la satisfacción de las mujeres antes, durante y después de la implementación de estrategias de mejora, permitiendo determinar el efecto de las intervenciones sobre la calidad de la atención.
- Desarrollar investigaciones cualitativas que permitan profundizar en las experiencias, expectativas y percepciones de las mujeres respecto a la autonomía, la comunicación, el consentimiento informado, la privacidad y la participación en las decisiones durante la atención del parto, aspectos que no pueden ser comprendidos completamente mediante instrumentos cuantitativos.
- Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones evalúen la relación entre autonomía y satisfacción incorporando otras dimensiones de la calidad de atención obstétrica, así como variables relacionadas con la comunicación, el consentimiento informado, el acompañamiento durante el parto y la humanización de la atención, con el propósito de generar evidencia que contribuya al fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materna.

Referencias bibliográficas

- Afulani, P. A., Kelly, A. M., Buback, L., Asunka, J., Kirumbi, L., & Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of disrespect and abuse during childbirth: A mixed-methods study in Kenya. *Health Policy and Planning*, 35(5), 577–586. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa009>
- Agbi, F. A., Lulin, Z., & Asamoah, E. O. (2024). The role of dignity and respect in maternity care: An integrative literature review. *Universal Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(1), 5–15. <https://doi.org/10.31586/ujog.2024.976>
- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2013). Ley N.º 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*. Texto de la Ley N.º 475
- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2005). Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico, de 8 de agosto de 2005. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*. Texto de la Ley N.º 313
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), Article CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., & Oladapo, O. T. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 16(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Constitución Política del Estado. (2009). *Constitución Política del Estado*. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*.

- Cronin, J. J., Jr., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125–131. <https://doi.org/10.1177/002224299405800110>
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an American rite of passage* (2nd ed.). University of California Press.
- De Vicente Díaz, E. I., Hermida López, C., Pérez Loureiro, B., Rodríguez Blanco, M. P., & Aguayo-Arjona, J. (2025). Satisfacción materna con la atención recibida durante el parto y puerperio y su relación con factores asociados. *NURE Investigación*, 22(138). <https://doi.org/10.58722/nure.v22i138.2648>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Đuričková, B., Škodová, Z., & Bašková, M. (2024). Satisfaction with childbirth and level of autonomy of women during the childbirth. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 15(4), 2060–2068. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0025>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Fernández Méndez, F. S., Vera Ferrer, L. T., Novo Muñoz, M. M., Rodríguez Gómez, J. Á., & Aguirre Jaime, A. (2018). El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Dilemata: Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 10(26), 207–215. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>
- Gobierno Autónomo Municipal de San Pedro de Macha. (2024). *Información institucional y características generales del municipio de San Pedro de Macha*.
- Hawke, M., Considine, J., & Sweet, L. (2024). Maternity clinician use of shared decision-making in antenatal care: A scoping review. *Birth*, 51(3), 475–483. <https://doi.org/10.1111/birt.12805>

- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Resultados del Censo de Población y Vivienda 2024*. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Censo 2024: Potosí presenta resultados sobre población, educación, vivienda y salud. Instituto Nacional de Estadística. Censo Bolivia 2024
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7), Article CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
- Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico. (2005). *Ley de 8 de agosto de 2005*. Estado Plurinacional de Bolivia.
- López-Gimeno, E., Falguera-Puig, G., García-Sierra, R., Vicente-Hernández, M. M., Burgos Cubero, L., & Seguranyes, G. (2024). Impact of shared decision-making on women's childbirth preferences: A cluster randomised controlled trial. *Midwifery*, 133, 103999. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103999>
- Huamaní, M., Becerra, L., & del Valle Mendoza, J. (2025). Humanización del parto y de la atención en hospitales: Una revisión sistemática. *VIVE. Revista de Investigación en Salud*, 8(23), 485–499. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.391>
- Mascarenhas Silva, C. H., Laranjeira, C. L. S., Pinheiro, W. F., de Melo, C. S. B., Campos e Silva, V. O., Brandão, A. H. F., Rego, F., & Nunes, R. (2024). Pregnant women autonomy when choosing their method of childbirth: Scoping review. *PLOS ONE*, 19(7), e0304955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304955>
- Michel Torrez, B. J. (2025). *Percepción sobre la aplicación del consentimiento informado y su relación con la satisfacción de la atención recibida, pacientes hospitalizados en la Clínica de PROSALUD Tabladita Tarija, segundo trimestre gestión 2025* [Trabajo de especialidad, Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca].
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Pileggi Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P.,

- & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Ministerio de Salud y Deportes. (2024). *Guía técnica de atención del embarazo, parto, posparto y recién nacido para parteras y parteros*. Dirección General de Medicina Tradicional, Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2025). *Bolivia mejora la situación de salud materno-infantil: La cobertura de atención de partos en establecimientos aumentó del 67,5% al 91,4%*. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2025). Presentan proyecto para prevenir mortalidad materna en Beni y Potosí. Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
- Ministerio de Salud y Deportes. (2005). Decreto Supremo N.º 28562: Reglamento a la Ley N.º 3131 del Ejercicio Profesional Médico, de 22 de diciembre de 2005. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Texto del Decreto Supremo N.º 28562
- Molina, R. L., Gallo, M. F., & Kuppermann, M. (2023). Respectful maternity care and women’s autonomy in childbirth: Current perspectives and challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(2), 420–428.
- Neergheen, V. L., El Chaer, L., Plough, A., Curtis, E., Paterson, V. J., Short, T., Bright, A., Lipsitz, S., Murphy, A., Miller, K., Subramanian, L., Radichel, E., Ervin, J., Castleman, L., Brown, E., Yeboah, T., Moore Simas, T., Terk, D., Vedam, S., Shah, N., & Weiseth, A. (2024). Assessing patient autonomy in the context of TeamBirth, a quality improvement intervention to improve shared decision-making during labor and birth. *Birth*, 51(4), 855–866. <https://doi.org/10.1111/birt.12857>
- Neufeld, N. S. R., Hounsou, C. B., Vigan, A. A., Unkels, R., Hounbo, G., Stockart, A., Hanson, C., Dossou, J. P., & Alvesson, H. M. (2024). “Letting themselves go during care” – Exploring patient autonomy during co-designed intrapartum care in a Beninese maternity ward. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, Article 566. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06777-5>
- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou,

- A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios esenciales de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez Leana, C., Alarcón Morgado, P., Damián Mendoza, D. K., Fernández Sánchez, A., & Arizmendi Jaime, E. R. (2024). Satisfacción materna durante el parto y puerperio durante la hospitalización. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(4), 3040–3047. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2473>
- Serpetini, E., Sarantaki, A., Tzamaría, S., Vlachou, M., & Diamanti, A. (2025). Exploring maternal autonomy, respect, and satisfaction during childbirth: Perspectives based on home birth experiences. *Cureus*, 17(8), e91150. <https://doi.org/10.7759/cureus.91150>
- Vedam, S., Stoll, K., Martin, K., Rubashkin, N., Partridge, S., Thordarson, D., & Jolicoeur, G. (2017). The Mothers Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLOS ONE*, 12(2), e0171804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171804>
- Waddell, A., Goodwin, D., Spassova, G., Grigoriou, N., Montero, M., & Hammarberg, K. (2024). “We will be the ones bearing the consequences”: A qualitative study of barriers and facilitators to shared decision-making in hospital-based maternity care. *Birth*, 51, 581–594. <https://doi.org/10.1111/birt.12812>

World Health Organization. (2020). *Quality health services: A planning guide*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632>

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE AUTONOMÍA MATERNA EN LA TOMA DE DECISIONES

(MADM)

El presente instrumento tiene como finalidad conocer la percepción de las pacientes puérperas sobre el respeto a su autonomía en la toma de decisiones durante la atención del parto. Antes de responder, lea cuidadosamente cada afirmación y marque con una X la alternativa que mejor refleje su experiencia durante la atención recibida en el Centro de Salud con Internación Macha.

No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es que cada respuesta exprese su opinión de manera sincera. La información proporcionada será tratada con absoluta confidencialidad, utilizada exclusivamente con fines de investigación y analizada de forma anónima. Se solicita responder todos los ítems del cuestionario y no dejar preguntas sin contestar. Escala: 1=Completamente en desacuerdo, 2=Muy en desacuerdo, 3=Algo en desacuerdo, 4=Algo de acuerdo, 5=Muy de acuerdo, 6=Completamente de acuerdo.

Código:

I. Datos sociodemográficos y obstétricos

Edad: _____ años. Nivel de instrucción: _____ Número de controles prenatales: _____

Número de partos: _____ Tipo de parto: _____

N°	Ítem	1	2	3	4	5	6
1	Durante mi atención, tuve la oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con mi parto.						
2	El personal de salud me proporcionó información suficiente para comprender las decisiones sobre mi atención.						
3	Me explicaron las diferentes alternativas disponibles antes de tomar decisiones relacionadas con mi atención.						
4	El personal de salud respondió de manera clara a mis preguntas antes de realizar procedimientos o intervenciones.						
5	Mis preferencias fueron tomadas en cuenta al decidir sobre mi atención durante el parto.						
6	Tuve el tiempo suficiente para reflexionar y decidir cuándo se me presentaron diferentes opciones de atención.						
7	El personal de salud respetó las decisiones que tomé acerca de mi atención durante el parto.						

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES PUÉRPERAS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

Instrucciones. El presente cuestionario tiene por finalidad conocer su grado de satisfacción con la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha. Marque con una X la opción que mejor refleje su opinión. Sus respuestas son confidenciales. Escala: Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Indiferente (3), En desacuerdo (2), Totalmente en desacuerdo (1). Código: _____

N°	ÍTEM	TD 5	D 4	I 3	ED 2	TED 1
	FIABILIDAD					
1	Durante mi atención recibí información y orientación cuando la necesité.					
2	El proceso de admisión para mi atención fue organizado y oportuno.					
3	Mi información clínica estuvo disponible para brindar continuidad a mi atención.					
4	La atención del parto se realizó de manera oportuna, de acuerdo con mi condición clínica.					
	CAPACIDAD DE RESPUESTA					
5	El personal de salud respondió con rapidez a mis necesidades durante la atención.					
6	El personal de enfermería atendió mis requerimientos de manera rápida y oportuna.					
7	Cuando solicité ayuda, la recibí sin demoras innecesarias.					
8	El equipo de salud actuó de manera eficiente durante mi atención del parto.					
	SEGURIDAD					
9	Se respetó mi privacidad durante la atención del parto.					
10	El personal de salud realizó las valoraciones necesarias antes de los procedimientos.					
11	El personal médico respondió claramente a mis dudas e inquietudes.					
12	El personal de enfermería me brindó información sobre los cuidados posteriores al parto.					
	EMPATÍA					
13	El personal de salud me trató con amabilidad, respeto y paciencia.					
14	El personal de enfermería mostró interés por mi bienestar y mis necesidades.					
15	El personal médico demostró interés por mi estado de salud y el de mi bebé.					
16	Las explicaciones sobre mi atención fueron claras y fáciles de comprender.					
17	Recibí orientación suficiente sobre los cuidados que debía seguir después del parto.					
	ASPECTOS TANGIBLES					
18	Los ambientes donde recibí atención fueron cómodos y adecuados.					
19	Las salas de espera e internación se encontraban limpias y ordenadas.					
20	Los servicios higiénicos estuvieron limpios y en condiciones adecuadas.					
21	El establecimiento contó con el equipamiento y los materiales necesarios para mi atención.					

ANEXOS 3

CONFIABILIDAD, DEL INSTRUMENTO (MADM)

Alfa de Cronbach

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,861	,865	7

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Ítems 1	3,80	1,398	10
Ítems 2	3,10	1,912	10
Ítems 3	3,20	1,687	10
Ítems 4	3,20	1,932	10
Ítems 5	2,80	1,619	10
Ítems 6	3,70	1,889	10
Ítems 7	2,90	1,524	10

ANEXOS 4**CONFIABILIDAD, DEL INSTRUMENTO SERVPERF****Alfa de Cronbach**

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,989	,989	21

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Ítems 1	2,60	,843	10
Ítems 2	2,60	,699	10
Ítems 3	2,60	,843	10
Ítems 4	2,50	,707	10
Ítems 5	2,60	,843	10
Ítems 6	2,70	,949	10
Ítems 7	2,50	1,080	10
Ítems 8	2,60	1,075	10
Ítems 9	2,60	1,075	10
Ítems 10	2,60	1,075	10
Ítems 11	2,50	1,080	10
Ítems 12	2,60	1,075	10
Ítems 13	2,40	1,075	10
Ítems 14	2,70	1,059	10
Ítems 15	2,70	1,059	10
Ítems 16	2,50	1,080	10
Ítems 17	2,50	1,080	10
Ítems 18	2,50	,850	10
Ítems 19	2,50	,850	10
Ítems 20	2,70	,823	10
Ítems 21	2,70	,823	10

1	2 2	2 2	2 3	2 2	2 2	2 3	2 2	2 3	2 3	2	2	2
2	3 3	2 3	3 3	2 3	2 3	2 3	3 3	3 3	3 3	3	3	3
3	3 2	3 3	3 3	3 2	3 2	3 3	2 2	3 3	3 3	2	3	2
4	2 2	3 2	3 2	2 2	3 2	3 2	2 2	2 2	2 2	2	2	2
5	3 2	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	2 3	3 3	2 3	3	2	3
6	3 3	2 3	2 3	2 2	3 2	2 2	3 3	3 3	3 3	3	3	3
7	1 1	2 1	1 1	2 1	1 1	2 1	1 1	1 1	1 1	1	1	1
8	3 2	3 3	3 2	3 3	3 3	3 2	3 3	2 3	3 3	3	2	3
9	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2	2	2
10	4 5	4 5	4 5	4 5	4 5	5 4	5 4	5 4	5 4	5	5	5

ANEXO 5

SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN MACHA

SEÑOR:

A: Dr. Ever Choque Veliz
**RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD CON INTERNACION MACHA
DEL MUNICIPIO SAN PEDRO DE MACHA**

A: Lic. Alejandro Saavedra
ADMINISTRADOR RSSM SAN PEDRO DE MACHA

Amilcar V. B.
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD CON
INTERNACION MACHA

Presente:

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO
DE INVESTIGACION**

De mi mayor consideración.

Mediante la presente tengo el grato honor de dirigirme a su distinguida autoridad al mismo desapo desearle éxitos en las funciones que desempeña en bien de nuestra población.

Yo Sandra Martínez Ramírez identificada con CI: 5538403 con domicilio en la ciudad de Potosí Av. Villa Imperial Toledo 785 Zona Wenceslao Alba. Ante usted muy respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la Especialidad de Gestión de Calidad y Auditoria medica en la Universidad Mayor real y Pontificia San Xavier de Chuquisaca, solicito a usted permiso para realizar mi trabajo de investigación en el Centro de Salud con Internación Macha sobre, RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN SOBRE EL RESPETO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL PARTO, CENTRO DE SALUD CON INTERNACIÓN MACHA, MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE MACHA, PRIMER SEMESTRE, 2026 y optar el título de la especialidad.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted a acceder a mi solicitud.

Sandra Martínez Ramírez
Sandra Martínez Ramírez

CI: 5538403 PT.

San Pedro de Macha, 15 de enero del 2026

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Título de la investigación:

“Relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026”.

Investigadora: Lic. Sandra Martínez Ramírez

Señor(a) padre, madre o representante legal:

Se le informa que la Lic. Sandra Martínez Ramírez, estudiante de la Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, está realizando la presente investigación con el propósito de analizar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas respecto a la atención recibida durante el parto.

Se solicita su autorización para que la adolescente bajo su representación participe en esta investigación. Su participación consistirá en responder un cuestionario relacionado con la atención recibida durante el parto, con una duración aproximada de 15 minutos.

La participación es voluntaria. La adolescente podrá decidir no participar o retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto afecte la atención que recibe ni sus derechos como paciente.

La investigación no contempla procedimientos médicos ni intervenciones adicionales. No se prevén riesgos físicos derivados de la participación. Algunas preguntas podrían generar incomodidad al recordar o expresar opiniones sobre la atención recibida durante el parto; en ese caso, la participante podrá omitir la respuesta o suspender su participación.

La información proporcionada será manejada de manera confidencial y utilizada exclusivamente con fines de investigación. Los datos serán registrados y analizados de forma que se proteja la identidad de la participante. No se divulgarán sus datos personales ni información que permita identificarla individualmente.

La participante podrá retirar su participación y solicitar que sus datos sean retirados mientras estos puedan ser identificados. Una vez que la información haya sido anonimizada de manera irreversible, no será posible identificarla ni retirar individualmente sus respuestas.

He recibido información clara y suficiente sobre el propósito y procedimiento de la investigación, la duración de la participación, la voluntariedad, los posibles riesgos, la confidencialidad y el derecho a retirarse. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente.

Por lo tanto, autorizo voluntariamente la participación de la adolescente bajo mi representación en la presente investigación.

Nombre de la adolescente:

Nombre del padre, madre o representante legal:

Parentesco: _____

Firma o huella digital del representante legal:

Fecha: ____ / ____ / 2026

Firma de la investigadora:

ASENTIMIENTO INFORMADO DE LA ADOLESCENTE

Título de la investigación:

“Relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026”.

Investigadora: Lic. Sandra Martínez Ramírez

Se te invita a participar en una investigación que tiene como propósito conocer tu percepción sobre el respeto a tu autonomía y tu satisfacción respecto a la atención que recibiste durante el parto.

Si aceptas participar, deberás responder un cuestionario relacionado con la atención recibida. Completarlo te llevará aproximadamente 15 minutos.

Tu participación es voluntaria. Puedes decidir no participar o dejar de participar en cualquier momento, sin que esto afecte la atención que recibes ni tus derechos como paciente.

No se realizará ningún procedimiento médico adicional como parte de esta investigación. Algunas preguntas podrían hacerte sentir incómoda al recordar o expresar tu opinión sobre la atención recibida. Si esto ocurre, puedes no responder alguna pregunta o puedes decidir terminar tu participación.

La información que proporciones será confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación. Tu nombre y otros datos que permitan identificarte no serán publicados junto con tus respuestas.

También puedes retirar tu participación y solicitar que tus datos sean retirados mientras estos puedan ser identificados. Una vez que la información haya sido anonimizada de manera irreversible, ya no será posible identificarla ni retirar individualmente tus respuestas.

He comprendido la información que me han explicado sobre esta investigación. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y mis dudas han sido aclaradas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre de la adolescente:

Firma o huella digital de la adolescente:

Fecha: ____ / ____ / 2026

Nombre y firma de la investigadora:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES MAYORES DE EDAD

Título de la investigación: “Relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes púerperas respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha, del municipio de San Pedro de Macha, durante el primer semestre de la gestión 2026”.

Investigadora: Lic. Sandra Martínez Ramírez

Estimada participante: Se le invita a participar voluntariamente en una investigación cuyo propósito es analizar la relación entre la percepción sobre el respeto al principio de autonomía y la satisfacción de las pacientes respecto a la atención recibida durante el parto en el Centro de Salud con Internación Macha.

Si acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario relacionado con su experiencia y percepción sobre la atención recibida durante el parto. El tiempo aproximado para completar el cuestionario es de 15 minutos. La investigación no contempla procedimientos médicos adicionales ni modificaciones de la atención sanitaria que recibe.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello afecte la atención sanitaria que recibe, sus derechos como paciente ni su relación con el establecimiento de salud.

La participación no implica riesgos físicos derivados de procedimientos adicionales. Sin embargo, algunas preguntas podrían generar incomodidad al recordar o expresar su opinión sobre la atención recibida. Si esto ocurre, puede abstenerse de responder alguna pregunta o interrumpir su participación.

La información que proporcione será tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación. Su nombre y otros datos que permitan identificarla no serán publicados junto con sus respuestas. Los resultados se presentarán de forma agrupada, de modo que no se la identifique individualmente.

Usted puede solicitar el retiro de sus datos mientras estos puedan identificarse de manera individual. Una vez que la información haya sido anonimizada de forma irreversible, no será posible identificar ni retirar específicamente sus respuestas.

Si tiene preguntas sobre la investigación o su participación, puede plantearlas a la investigadora antes de decidir si desea participar.

Declaración de consentimiento

He leído o me han explicado la información contenida en este documento. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Comprendo el propósito de la investigación, las actividades que implica mi participación, el carácter voluntario de esta y las medidas previstas para proteger la confidencialidad de la información.

Entiendo que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier momento, sin que ello afecte mi atención sanitaria ni mis derechos como paciente.

Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre completo de la participante: _____

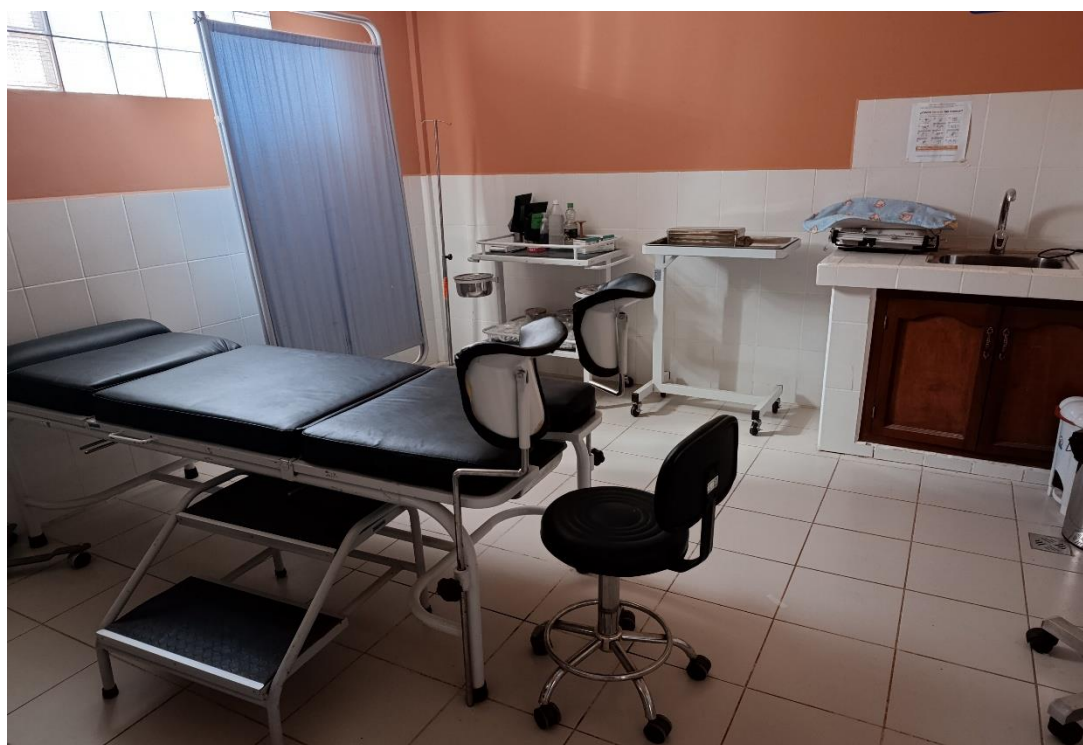
Firma o huella digital de la participante: _____

Fecha: _____ / _____ / 2026

Nombre y firma de la investigadora: _____

ANEXO 7

Sala de partos C.S. con Internación Macha



Sala de Internación



Consultorio medico

