

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO  
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA



## MONOGRAFÍA

“ATENCIÓN DE PRE Y POSPARTO A MUJERES DEL CENTRO DE SALUD  
TIRAQUE NUESTRA SEÑORA DE LAS ANGUSTIAS EN EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL 2024”

**AUTOR:** Karla Daniela Justiniano Cortez

**DOCENTE:** Dr. Osmar Jimenez Alandia

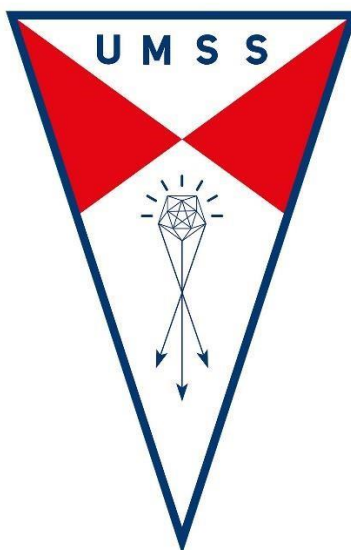
TIRAQUE -COCHABAMBA - BOLIVIA

2024

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**

**ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**



**MONOGRAFÍA**

**“ATENCIÓN DE PRE Y POSPARTO A MUJERES DEL CENTRO  
DE SALUD TIRAQUE NUESTRA SEÑORA DE LAS ANGUSTIAS  
EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2024”**

**AUTOR:** Karla Daniela Justiniano Cortez

**DOCENTE:** Dr. Osmar Jimenez Alandia

**TIRAQUE -COCHABAMBA - BOLIVIA**

**2024**

## INFORME DE INVESTIGACIÓN



**SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD  
COCHABAMBA**



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
FACULTAD DE MEDICINA**

### **“ATENCIÓN DE PRE Y POSPARTO A MUJERES DEL CENTRO DE SALUD TIRAQUE NUESTRA SEÑORA DE LAS ANGUSTIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2024”**

---

**DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO  
DE SALUD**

---

**TUTOR DE LA INVESTIGACION**

---

**JEFE DEL INTERNAD  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

---

**COORDINADORA S.S.S.R.O - UMSA**

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** CENTRO DE SALUD TIRAQUE NUESTRA  
SEÑORA DE LAS ANGUSTIAS

**DIRECTOR DE CENTRO DE SALUD:** DR. JUAN CARLOS QUINTEROS IRIARTE

**RED DE SALUD:** II PUNATA

**NOMBRE DEL INTERNO:** KARLA DANIELA JUSTINIANO CORTEZ

**PERIODO DE ROTACION:** 01/01/2024 – 31/03/2024

**CARRERA:** LICENCIATURA EN MEDICINA

**UNIVERSIDAD:** UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

TIRAQUE – COCHABAMBA – BOLIVIA  
2025

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado primeramente a Dios por brindarnos salud y vida a mi familia y a mí, por guiarme, cuidarme y darme fuerzas e iluminar mi camino para poder concluir mi carrera, permitiéndome así iniciar este gran sueño convirtiéndolo en un logro más en mi formación académica.

A mi amada madre, que es mi mayor motivación y fuente de alegría, por apoyarme en cada paso en mi camino, su apoyo incondicional y sus consejos que fueron de gran ayuda en esta etapa académica y profesional que estoy concluyendo. Todo lo que hago es un propósito de brindarle un futuro mejor.

A mis queridas hermanas y hermosos sobrinos que son el motor de mi formación y educación, además de su comprensión y paciencia.

A todos los Doctores por su paciencia y calidez humana al enseñarme de la manera más práctica y sencilla.

¡Gracias a todos!!

## **AGRADECIMIENTOS**

*Quiero agradecer primeramente a Dios por cuidarme, protegerme y darme las fuerzas para continuar adelante en esta etapa de mi vida que está concluyendo.*

*Agradezco a cada uno de los médicos, enfermeras, pacientes que en estos años de carrera me alentaron y me proporcionaron el conocimiento necesario para mi carrera y la vida.*

*Agradezco al Dr. Osmar Jiménez Alandia por haberme guiado y orientado para poder concluir esta investigación.*

*Agradezco a todos los doctores, licenciadas, etc. del Centro de Salud de Tiraque que formaron parte de mi formación académica.*

*Agradezco a mi amada madre y mis queridas hermanas y sobrinos quienes siempre han estado apoyándome. Sin ella nada de esto sería posible al igual que mis hermanas.*

## INDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	3
2.1.	<b>Antecedentes</b> .....	3
2.2.	<b>Planteamiento del problema</b> .....	4
2.2.1.	Formulación del problema .....	6
2.3.	<b>OBJETIVOS</b> .....	6
2.4.	<b>Objetivo general</b> .....	6
2.5.	<b>Objetivos específicos</b> .....	6
2.6.	<b>Delimitación del Estudio</b> .....	6
2.6.1.	Delimitación Temática .....	6
2.6.2.	Delimitación Temporal .....	7
2.7.	<b>Delimitación Especial</b> .....	7
2.8.	<b>Justificación del estudio monográfico</b> .....	7
2.8.1.	Justificación Teórica.....	7
2.8.2.	Justificación Social .....	7
2.8.3.	Justificación Práctica.....	7
3.	<b>MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b> .....	8
3.1.	<b>Marco Teórico</b> .....	8
3.1.1.	Conceptualización de la atención Pre y Posparto.....	8
3.1.2.	Atención Prenatal .....	8
3.1.3.	Riesgos en el embarazo .....	8
3.1.4.	Atención Posparto .....	9
3.1.5.	Servicios de Salud Materna .....	9
3.1.6.	Estrategias para atención materna.....	9
3.1.7.	Rol de la comunidad .....	10
3.2.	<b>Marco Conceptual</b> .....	10

3.2.1.	Atención Prenatal .....	10
3.2.2.	Atención Posparto .....	10
3.2.3.	Riesgo obstétrico .....	12
3.2.4.	Lactancia materna .....	13
3.2.5.	Servicios de salud materna .....	13
<b>3.3.</b>	<b>Marco Legal.....</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.</b>	<b>Tipo de enfoque de estudio.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.</b>	<b>Métodos.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3.</b>	<b>Fuente de information .....</b>	<b>15</b>
4.3.1.	Primarias.....	15
4.3.2.	Secundarias.....	15
<b>4.4.</b>	<b>Universo.....</b>	<b>16</b>
<b>4.5.</b>	<b>Muestra.....</b>	<b>16</b>
4.5.1.	Criterios de inclusión .....	16
4.5.2.	Criterios de exclusión .....	16
<b>4.6.</b>	<b>Variables .....</b>	<b>17</b>
<b>4.7.</b>	<b>Técnicas de recolección de datos.....</b>	<b>17</b>
<b>4.8.</b>	<b>Instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>17</b>
<b>4.9.</b>	<b>Análisis de datos .....</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>ANÁLISIS Y PROCESAMIENTOS DE RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5.1.</b>	<b>Controles Prenatales en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.....</b>	<b>18</b>
<b>5.1.</b>	<b>Controles prenatales por edad durante el 2do trimestre del embarazo .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2.</b>	<b>Consultas completas .....</b>	<b>19</b>
<b>5.3.</b>	<b>Controles prenatales repetidos .....</b>	<b>20</b>

5.4.	Tipo de atención de partos de los nacidos vivos .....	21
5.5.	Característica neonatal.....	22
5.6.	Seguimiento temprano neonatal.....	23
5.7.	Atención de Parto y Puerperio en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias .....	25
5.8.	Partos vaginales por grupo etario.....	26
5.9.	Atencion profesional .....	26
5.10.	Interpretation general de los datos .....	27
6.	DISCUSIÓN .....	29
6.1.	Discusión temática .....	29
7.	CONCLUSIONES.....	31
8.	RECOMENDACIONES .....	32
9.	APORTE CIENTÍFICO.....	32
10.	BIBLIOGRAFÍA .....	34
11.	ANEXO FOTOGRAFICOS .....	36

## INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: CONTROLES PRENATALES POR EDAD, EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO.....	17
TABLA N°2. CONTROLES PRENATALES POR EDAD, 2DO TRIMESTRE DE EMBARAZO .....	18
TABLA N°3. CONSULTAS COMPLETAS.....	19
TABLA N°4. CONTROLES PRENATALES REPETIDOS .....	20
TABLA N°5. DISTRIBUCIÓN DE NACIDOS VIVOS POR TIPO DE ATENCIÓN .....	21
TABLA N°6. CARACTERÍSTICAS NEONATALES .....	22
TABLA N°7. SEGUIMIENTO TEMPRANO NEONATAL .....	23
TABLA N°8. DISTRIBUCIÓN DE PARTOS POR GRUPO DE EDAD .....	24
TABLA N°9. PARTOS VAGINALES POR GRUPO DE EDAD .....	25
TABLA N°10. ATENCIÓN PROFESIONAL .....	26

## INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1. CONTROLES PRENATALES POR EDAD, 1ER TRIMESTRE DE EMBARAZO .....	17
GRÁFICO 2. CONTROLES PRENATALES POR EDAD, 2DO TRIMESTRE DE EMBARAZO .....	18
GRÁFICO 3. CONSULTAS COMPLETAS .....	19
GRÁFICO 4. CONTROLES PRENATALES REPETIDOS .....	20
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE NACIDOS VIVOS POR TIPO DE ATENCIÓN .....	21
GRÁFICO 6. CARACTERÍSTICAS NEONATALES .....	22
GRÁFICO 7. SEGUIMIENTO TEMPRANO NEONATAL .....	23
GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE PARTOS POR GRUPO DE EDAD .....	24
GRÁFICO 9. PARTOS VAGINALES POR GRUPO DE EDAD.....	25
GRÁFICO 10. ATENCIÓN PROFESIONAL .....	26

## RESUMEN

La investigación desarrollada en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias durante el primer trimestre de 2024 representa un análisis integral de la atención obstétrica. El objetivo fundamental es analizar integralmente la atención de pre y posparto, identificando la cobertura de servicios obstétricos en grupos etarios durante el primer trimestre de 2024.

Metodológicamente, el estudio adoptó un enfoque mixto descriptivo-transversal, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia con 132 pacientes, manteniendo un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Los resultados evidenciaron una concentración crítica de servicios, con el 92% de los partos realizados en mujeres de 20-34 años, marginando significativamente a adolescentes y mujeres en edades reproductivas extremas.

El seguimiento neonatal presentó contrastes reveladores: mientras el 97% de los recién nacidos recibieron control en las primeras 48 horas, únicamente el 3% experimentó alojamiento conjunto, y un 3% presentó bajo peso al nacer.

La cobertura institucional fue total, con el 100% de nacimientos realizados en el centro de salud y un 97% de apego precoz madre-hijo. Sin embargo, estos indicadores positivos no lograrán compensar las profundas inequidades estructurales identificadas en la distribución de servicios obstétricos.

La atención profesional mostró limitaciones importantes, con solo el 44% de partos atendidos por proveedores calificados y un 56% por personal de salud especializado.

Las conclusiones del estudio interpelan directamente la atención reproductiva, evidenciando la necesidad de estrategias que amplíen la cobertura para grupos etarios marginados, se recomienda fortalezcan la capacitación profesional e implementen protocolos interculturales de atención.

**Palabras clave:** Preparto, Posparto, Salud, Obstétrica.

## ABSTRACT

The research developed at the Tiraque Nuestra Señora de las Angustias Health Center during the first quarter of 2024 represents a comprehensive analysis of obstetric care. The fundamental objective is to comprehensively analyze pre- and postpartum care, identifying the coverage of obstetric services in age groups during the first quarter of 2024.

Methodologically, the study adopted a mixed descriptive-cross-sectional approach, using nonprobabilistic convenience sampling with 132 patients, maintaining a confidence level of 95% and a margin of error of 5%. The results showed a critical concentration of services, with 92% of births performed in women aged 20-34 years, significantly marginalizing adolescents and women at extreme reproductive ages.

Neonatal follow-up presented revealing contrasts: while 97% of newborns received monitoring in the first 48 hours, only 3% experienced rooming-in, and 3% had low birth weight.

Institutional coverage was complete, with 100% of births performed in the health center and 97% of early mother-child attachment. However, these positive indicators will not compensate for the deep structural inequities identified in the distribution of obstetric services.

Professional care showed significant limitations, with only 44% of births attended by qualified providers and 56% by specialized health personnel.

The conclusions of the study directly challenge reproductive care, highlighting the need for strategies that expand coverage for marginalized age groups. It is recommended that professional training be strengthened and intercultural care protocols be implemented.

**Keywords:** Prepartum, Postpartum, Health, Obstetric.

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio, titulado "Atención de pre y posparto a mujeres del Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias en el primer trimestre del 2024", aborda un análisis integral de la situación obstétrica de la región.

El objetivo fundamental es analizar integralmente la atención de pre y posparto, identificando la cobertura de servicios obstétricos en grupos etarios durante el primer trimestre de 2024.

El marco teórico contextualiza la atención prenatal y posparto como componentes esenciales de la salud pública, subrayando su impacto en la reducción de complicaciones y mortalidad materno-infantil, examina los factores de riesgo obstétrico, el acceso a los servicios de salud y el rol de la comunidad, resaltando la importancia de un enfoque intercultural y humanizado.

El planteamiento del problema resalta las desigualdades estructurales que afectan el acceso a los servicios de salud reproductiva en áreas rurales, donde factores geográficos, culturales y económicos limitan significativamente la cobertura.

Ante esta realidad, la investigación plantea un diagnóstico detallado de la distribución etaria de la atención obstétrica en el centro de salud, analizando también las características clínicas del seguimiento posparto y la calidad de los servicios obstétricos.

El trabajo se estructura como un análisis integral que integra perspectivas metodológicas cuantitativas y cualitativas. Desde un enfoque descriptivo-transversal, la investigación examina sistemáticamente los registros institucionales, analiza patrones de atención y establece correlaciones entre variables demográficas, obstétricas y de calidad asistencial.

Los resultados obtenidos evidencian que el 92% de los partos registrados corresponden a mujeres de entre 20 y 34 años, mientras que las adolescentes de 15 a 19 años representan solo el 3% y las mujeres mayores de 35 años el 5%. Esta concentración etaria refleja inequidades significativas en la distribución de los servicios.

En cuanto al seguimiento neonatal, si bien el 97% de los recién nacidos recibieron control en las primeras 48 horas, solo el 3% contó con alojamiento conjunto, una práctica clave para la

lactancia y el vínculo materno. Asimismo, la atención profesional mostró una cobertura limitada, con solo el 44% de los partos atendidos por proveedores calificados.

En este contexto, la discusión enfatiza la necesidad de transformar las prácticas actuales, promoviendo un modelo de atención integral que contemple las necesidades específicas de los grupos etarios marginados y fortalezca la calidad profesional de los servicios.

Las conclusiones destacan la urgencia de implementar estrategias que amplíen la cobertura y mejoren la equidad en la atención obstétrica, mientras que las recomendaciones se orientan hacia el diseño de intervenciones basadas en evidencia y adaptadas al contexto local.

Finalmente, el aporte científico del estudio trasciende lo local, radica en su capacidad para visibilizar las inequidades en la atención obstétrica y proponer soluciones, la investigación genera herramientas conceptuales y metodológicas para comprender y transformar los sistemas de salud hacia modelos más justos e integrales.

## 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

### 2.1. Antecedentes

Un estudio multicéntrico integral realizado por Alves (2019) en Argentina, Brasil y Colombia revelaron profundas disparidades en la atención obstétrica, documentando que aproximadamente el 35% de las mujeres en zonas rurales experimentan acceso crónicamente limitado a servicios de salud reproductiva.

La investigación, publicada en la Revista Panamericana de Salud Pública, no solo cuantificó las brechas de acceso, sino que profundizó en los determinantes sociales, económicos y culturales que perpetúan estas inequidades.

Los hallazgos del estudio destacaron múltiples barreras interseccionales: limitaciones geográficas, restricciones económicas, deficiencias en infraestructura sanitaria y persistencia de patrones culturales que obstaculizan la utilización efectiva de servicios de salud reproductiva. La investigación subrayó la necesidad de intervenciones integrales que aborden estas múltiples dimensiones de la exclusión en salud.

La investigación nacional de Mendoza y Huanca (2020) surgió como un trabajo definitivo para comprender las complejidades de la atención obstétrica en Bolivia. Sus hallazgos revelaron que únicamente el 42.6% de las mujeres en comunidades rurales reciben un seguimiento prenatal completo, con limitaciones particularmente críticas en las poblaciones indígenas.

El estudio desentrañó las múltiples capas de exclusión: barreras lingüísticas, distancia geográfica a centros de salud, costos asociados a la atención médica y prácticas culturales que condicionan la búsqueda de atención profesional. La investigación no solo cuantificó el problema, sino que proporcionó un análisis estructural de los factores que configuran esta realidad sanitaria compleja.

La investigación del Centro de Investigaciones en Salud de Cochabamba, desarrollada por Ríos, (2021), documentó un panorama alarmante: el 57,3% de las mujeres en municipios rurales experimentan interrupciones significativas en sus controles prenatales. El estudio reveló que estas interrupciones no son resultado de una decisión individual, sino de complejas barreras geográficas y culturales que obstaculizan el acceso efectivo a servicios de salud.

Los investigadores mapearon detalladamente los factores que contribuyen a estas interrupciones: distancia a centros de salud, costos de traslado, incompatibilidad de horarios, falta de servicios culturalmente adaptados y percepciones culturales sobre la atención médica. El trabajo representó un punto de inflexión en la comprensión de las dinámicas de acceso a servicios de salud reproductiva en la región.

La investigación local de Choque (2022) reveló patrones críticos en la atención obstétrica. El estudio identificó una concentración de atención en mujeres de 20-34 años, con coberturas profesionales inferiores al 30% en grupos etarios extremos (adolescentes y mujeres mayores de 35 años).

Más allá de las estadísticas, la investigación destacó la necesidad de estrategias diferenciadas que consideren las particularidades de cada grupo etario. Los hallazgos sugirieron la importancia de diseñar intervenciones que aborden las necesidades específicas de grupos tradicionalmente marginados en la atención obstétrica.

## **2.2. Planteamiento del problema**

La atención obstétrica a nivel mundial presenta una crisis humanitaria de proporciones significativas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), aproximadamente 295.000 mujeres fallecen anualmente durante el embarazo o el parto, con un 94% de estas muertes concentradas en entornos de recursos limitados. Esta realidad evidencia profundas desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud reproductiva a nivel global.

Las disparidades en la atención obstétrica no son simples estadísticas, sino manifestaciones concretas de inequidades socioeconómicas y de género. La distribución geográfica de la mortalidad materna revela sistemáticamente que las mujeres en países en desarrollo enfrentan riesgos sustanciales mayores durante la maternidad.

Los factores que contribuyen a esta situación incluyen infraestructura sanitaria deficiente, formación limitada de profesionales de salud, barreras económicas y culturales, y sistemas de salud fragmentados que no garantizan una atención integral y de calidad.

La situación de la salud materna latinoamericana evidencia desafíos estructurales profundos. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2023) ha documentado variaciones significativas en las tasas de mortalidad materna entre países de la región.

En Bolivia se representa un caso paradigmático de los desafíos en salud materna. El Ministerio de Salud (2023) reporta una tasa de mortalidad materna de 229 por 100.000 nacidos vivos, posicionando al país entre los más críticos en Sudamérica. Esta cifra no es un mero indicador estadístico, sino un reflejo de profundas inequidades en el sistema de salud.

Los factores que contribuyen a esta situación son multidimensionales. La limitada cobertura de servicios de salud, especialmente en zonas rurales, se combina con barreras geográficas y culturales que obstaculizan el acceso a una atención obstétrica integral.

Las comunidades indígenas y rurales enfrentan desafíos particulares, donde la distancia física a centros de salud, las barreras lingüísticas y la falta de servicios culturalmente adaptados incrementan significativamente los riesgos durante el embarazo y el parto.

Los indicadores de salud reproductiva de Cochabamba revelan desafíos estructurales profundos. El Servicio Departamental de Salud (SEDES Cochabamba, 2022) ha documentado coberturas de atención prenatal y posparto particularmente críticas en zonas rurales, con tasas de seguimiento profesional que no superan el 40%.

Esta realidad local evidencia la necesidad de estrategias diferenciadas que consideren las particularidades geográficas, culturales y socioeconómicas de cada contexto. La implementación de modelos de atención que integren perspectivas interculturales, mejoren la accesibilidad geográfica y fortalezcan las capacidades de los sistemas de salud locales se presenta como un imperativo ético y sanitario.

El Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias cristaliza los desafíos previamente descritos en un espacio concreto de intervención. Los datos preliminares revelan una concentración de atención obstétrica en grupos etarios específicos, con coberturas profesionales limitadas y seguimiento posparto reducido. Siendo que no se evidencia estudios previos sobre este tema en la región se decide realizar dicho estudio para poder exponer la situación en la que se encuentra el centro de salud Tiraque.

Esta realidad local no representa un fenómeno aislado, sino la expresión de desafíos estructurales más amplios en la prestación de servicios de salud reproductiva. Requiere un análisis profundo que permita diseñar intervenciones integrales, centradas en las necesidades específicas de la comunidad y orientadas a transformar las condiciones que generan vulnerabilidad.

### **2.2.1. Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de atención de pre y posparto a mujeres del centro de salud Tiraque nuestra señora de las angustias en el primer trimestre del 2024?

## **2.3. OBJETIVOS**

### **2.4. Objetivo general**

Analizar integralmente la atención de pre y posparto en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias, identificando la cobertura de servicios obstétricos en grupos etarios durante el primer trimestre de 2024.

### **2.5. Objetivos específicos**

- ✓ Desarrollar un diagnóstico detallado de la distribución etaria de la atención obstétrica Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.
- ✓ Referir las características clínicas de los pacientes en el seguimiento posparto durante el primer trimestre.
- ✓ Evaluar la cobertura de los servicios obstétricos de pre parto del Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

## **2.6. Delimitación del Estudio**

### **2.6.1. Delimitación Temática**

El estudio se centra específicamente en los procesos de atención obstétrica, abarcando aspectos de pre y posparto de seguimiento y distribución etaria de la atención en el contexto institucional del Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

### **2.6.2. Delimitación Temporal**

Investigación desarrollada durante el primer trimestre del año 2024, comprendiendo el período específico de enero a marzo, proporcionando un análisis contemporáneo de la situación obstétrica institucional.

### **2.7. Delimitación Especial**

El municipio de Tiraque se encuentra ubicado en el departamento de Cochabamba a 40 kilómetros de la capital, siendo este la capital de la provincia de Tiraque consta con un total de 21.913 habitantes según según datos del INE de la gestión 2020 (INE;2020)

El estudio se desarrollará en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias, perteneciente a la red de salud II, ubicado en el departamento de Cochabamba, Bolivia.

### **2.8. Justificación del estudio monográfico**

#### **2.8.1. Justificación Teórica**

La investigación contribuye al conocimiento científico obstétrico mediante un análisis crítico exponiendo las dinámicas institucionales que configuran la atención reproductiva y generando un marco referencial para futuras investigaciones sobre equidad y calidad en servicios de salud materno-infantil.

#### **2.8.2. Justificación Social**

El estudio visibiliza las inequidades en la atención obstétrica, proporcionando evidencia empírica sobre las brechas de acceso y calidad que afectan particularmente a grupos poblacionales vulnerables, constituyéndose en un instrumento fundamental para la transformación de políticas públicas en salud reproductiva.

#### **2.8.3. Justificación Práctica**

Los hallazgos y recomendaciones derivados de esta investigación ofrecen un diagnóstico integral que puede ser directamente implementado para mejorar protocolos de atención, optimizar recursos institucionales, ampliar coberturas y desarrollar estrategias específicas de intervención en salud reproductiva.

### **3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

#### **3.1. Marco Teórico**

##### **3.1.1. Conceptualización de la atención Pre y Posparto**

La atención pre y posparto constituye un conjunto de intervenciones esenciales dentro del sistema de salud materna, diseñadas para salvaguardar la vida y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) define la atención prenatal como un proceso integral que abarca la evaluación periódica de la salud de la mujer embarazada, con el objetivo de identificar factores de riesgo, prevenir complicaciones y educar a las gestantes sobre prácticas saludables.

Por otro lado, la atención posparto se enfoca en la vigilancia y recuperación de la salud física y emocional de la madre después del parto, además de garantizar el bienestar del neonato.

##### **3.1.2. Atención Prenatal**

La atención prenatal juega un papel determinante en la prevención de complicaciones obstétricas, como hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional, infecciones y deficiencias nutricionales. Las consultas prenatales permiten monitorizar el crecimiento fetal, realizar ecografías y ofrecer suplementos como hierro y ácido fólico para prevenir anemias.

Conde, A. (2020) destaca que la planificación adecuada del embarazo, a través de controles regulares, reduce significativamente las tasas de mortalidad materna y neonatal.

Este enfoque promueve también la preparación psicológica de las mujeres para el parto, lo cual es fundamental en la experiencia materna positiva.

##### **3.1.3. Riesgos en el embarazo**

El diagnóstico temprano de condiciones de alto riesgo obstétrico es una de las principales metas de la atención prenatal. Entre las herramientas utilizadas se encuentran las pruebas de laboratorio para la detección de infecciones, como la toxoplasmosis y el VIH, y los procedimientos clínicos para evaluar la salud materna y fetal.

Además, la identificación de factores psicosociales, como el apoyo familiar y el entorno socioeconómico, permite ofrecer un cuidado más integral a las gestantes.

Según Khan, (2021), un seguimiento temprano y continuo mejora las oportunidades de intervención y reduce complicaciones graves, como preeclampsia y parto prematuro.

#### **3.1.4. Atención Posparto**

El período posparto abarca desde el momento del nacimiento hasta las seis semanas posteriores, tiempo crítico para la recuperación de la madre y la adaptación del recién nacido. Durante esta etapa, es fundamental monitorear posibles complicaciones, como infecciones uterinas, hemorragias y depresión posparto.

Además, se fomenta la lactancia materna exclusiva, la cual proporciona beneficios nutricionales y emocionales tanto para la madre como para el bebé.

Bocoum, (2021) concluyen que la atención posparto adecuada está directamente relacionada con una mayor tasa de supervivencia neonatal y la reducción de morbilidad materna.

#### **3.1.5. Servicios de Salud Materna**

A pesar de los avances en la cobertura de servicios de salud, muchas mujeres, especialmente en zonas rurales como Tiraque, enfrentan barreras significativas para acceder a la atención pre y posparto.

Estas barreras incluyen la falta de transporte, las distancias largas hasta los centros de salud, las limitaciones económicas y los estigmas culturales que desalientan a las mujeres a buscar atención profesional.

Cecatti, (2021) destacan que los esfuerzos gubernamentales deben enfocarse en la reducción de estas desigualdades, mediante la implementación de programas comunitarios y la mejora en la infraestructura sanitaria.

#### **3.1.6. Estrategias para atención materna**

La capacitación del personal sanitario y la integración de tecnologías digitales son fundamentales para optimizar la calidad de la atención pre y posparto.

Montoya(2023) propone para la atención materna que la madre descanse lo máximo posible. Puede que lo único que pueda hacer sea comer, dormir y cuidar a su bebé. Y eso está bien. Tendrá pérdidas de sangre, como si tuviera un período menstrual fuera de fecha, durante casi seis semanas. También puede que tenga las piernas y los pies hinchados, se sienta constipada y tenga calambres. Aún si no está amamantando, puede que salga leche de sus pezones y sienta que sus pechos le duelen, están sensibles o con malestar.

Asimismo, se deben fortalecer los programas de educación en salud para sensibilizar a las familias sobre la importancia de las consultas médicas regulares.

### **3.1.7. Rol de la comunidad**

La participación activa de la comunidad es crucial para superar las barreras que enfrentan las mujeres embarazadas en el acceso a los servicios de salud. Iniciativas como grupos de apoyo para madres, ferias de salud y capacitaciones en primeros auxilios obstétricos han demostrado ser herramientas efectivas para empoderar a las comunidades y reducir las tasas de complicaciones maternas y neonatales.

## **3.2. Marco Conceptual**

### **3.2.1. Atención Prenatal**

La atención prenatal se define como el conjunto de intervenciones sanitarias que tienen como objetivo garantizar el desarrollo adecuado del embarazo y prevenir posibles complicaciones. Este concepto abarca tanto los controles médicos periódicos como la educación a las gestantes sobre prácticas saludables.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), las consultas prenatales deben incluir exámenes clínicos, pruebas de laboratorio y la administración de suplementos para evitar deficiencias nutricionales.

### **3.2.2. Atención Posparto**

La atención posparto comprende los cuidados brindados a la madre y al neonato desde el momento del nacimiento hasta los 2 meses posteriores. Este período es crucial para prevenir

complicaciones como infecciones, hemorragias y trastornos psicológicos como la depresión posparto.

Dentro de la atención post parto este se divide en 4 etapas importantes y marcadas con cambios fisiológicos que presenta la madre y este se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo (Gamarra;2023)

El puerperio comprende diferentes etapas:

- **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas después de parto.
- **Puerperio mediato:** se extiende desde el segundo al décimo día.
- **Puerperio alejado:** concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- **Puerperio tardío:** puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.

Los cambios fisiológicos que pasa la madre puérpera para recuperar la normalidad son:

**Eliminación del agua:** aumenta la eliminación (aproximadamente dos litros) del agua acumulada en los tejidos durante el embarazo, a través del sudor y la orina.

**Pérdida de peso:** el parto, la eliminación del exceso de agua, la involución del aparato reproductor y la lactancia hacen por sí solos que la madre llegue a perder hasta un 12,5% del peso que tenía antes del parto.

**Cambios en el aparato circulatorio:** se recupera una frecuencia cardiaca normal y las paredes venosas recuperan su tono habitual, haciéndose más resistentes. Tras la primera semana también se normalizarán los nódulos hemorroidales.

**Cambios hormonales:** al cabo de una semana de producirse el parto, los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan los niveles normales. Sin

embargo, aumenta significativamente la secreción de prolactina en tanto se mantiene la lactancia materna. El resto de las glándulas endocrinas también recuperan su función habitual.

**Reducción del volumen abdominal:** con ello se elimina la presión sobre el diafragma, el estómago, el intestino, la vejiga y los pulmones. Como consecuencia, en poco tiempo se mejora la función respiratoria, la capacidad de la vejiga y se recupera el apetito y la actividad intestinal normal.

**Alteraciones de la piel:** desaparece la pigmentación de la piel adquirida durante la gestación en la cara, la línea alba y la pulpa. Sin embargo, la piel del abdomen queda flácida en la medida en que el útero recupera su volumen normal y los músculos su elasticidad.

**Descenso de la actividad inmunitaria:** durante el puerperio se reduce la capacidad de respuesta del sistema inmunitario ante la actividad de los gérmenes, por lo que si la madre sufre algún tipo de infección antes del parto, ésta se puede agudizar.

**Cambios en el aparato genital:** el tamaño del útero llega a aumentar entre 30-40 veces durante la gestación. En el puerperio se reduce nuevamente, pero de forma progresiva, mediante un mecanismo al que se denomina involución uterina. Los últimos restos del parto (loquios) se eliminan durante los dos o tres primeros días. En lo que respecta al cuello del útero, éste recupera sus dimensiones normales un mes después del parto. La vagina lo hace a los diez días.

**Reanudación de la menstruación:** el tiempo que tarda en restablecerse la regla depende de si la madre amamanta a su hijo o no. Si no es así, lo habitual es que reaparezca al cabo de aproximadamente 40 días. De lo contrario, en el 25% de los casos se producirá un retraso que puede extenderse a todo el periodo de lactancia y en ocasiones incluso más(ASUSS;2020).

Bocoum, (2021) destacan que las visitas postnatales permiten detectar y tratar a tiempo cualquier problema de salud, mejorando así los resultados maternos y neonatales.

### **3.2.3. Riesgo obstétrico**

Según Wall, la detección y tratamiento del riesgo obstétrico constituye una de las claves básicas que han mejorado la condición de salud perinatal. En este punto es importante poder identificar el tratamiento del riesgo obstétrico, realizada por los científicos desde los tiempos hipocráticos,

de los índices de riesgos obstétricos que vienen usándose desde la década de los sesenta que ayudan para la formalización de los riesgos. Las edades que comprenden los grupos de alto riesgo obstetrico son las menores a los 17 años y las madres mayores a 35 años ya que el cuerpo ya no esta en una edad fértil adecuada y hay una deficiente presencia de hormonas como ser la luteinizante, folículo estimulante, progesterona entre otros.

Dentro de los principales factores de alto riesgo se ha encontrado bajo nivel socio económico 65%, antecedentes familiares de hipertensión arterial (76), hipertensión arterial 34%, inasistencia al control prenatal 74%, hábitos cafeínicos 65%, hábitos tabáquicos 20%, preeclampsia grave 63% y síndrome de HELLP 6%, bajo peso materno y la falta de acceso a servicios de salud. La identificación temprana de estos factores es fundamental para planificar intervenciones adecuadas (Conde, A. 2020).

#### **3.2.4. Lactancia materna**

La lactancia materna exclusiva se refiere a la alimentación del neonato con leche materna sin la introducción de otros alimentos o líquidos durante los primeros seis meses de vida.

Según Lawn (2022), esta práctica no solo asegura el aporte nutricional necesario, sino que también fortalece el vínculo entre madre e hijo y protege contra infecciones.

#### **3.2.5. Servicios de salud materna**

Los servicios de salud materna incluyen todas las atenciones brindadas a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, con el fin de garantizar su bienestar y el de sus hijos. Estos servicios pueden ser proporcionados en centros de salud, hospitales o a través de programas comunitarios.

Khan (2021) enfatizan la importancia de la calidad en la prestación de estos servicios para reducir la mortalidad materna y neonatal

### **3.3. Marco Legal**

El Sistema Único de Salud Universal y Gratuito es la aplicación concreta a la realidad del Estado Plurinacional de Bolivia del Derecho a la Salud establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en los otros tratados internacionales, establecida de modo expreso en la

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, caracterizado como un Sistema Universal gratuito, equitativo, participativo e intercultural, además de una atención con calidad, calidez y eficiencia.

Mediante Resolución Ministerial N° 0251 del 30 de junio del 2021, el Capítulo III, Artículo 10 de la Constitución Política del Estado, establece dentro de los fines esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la Ley, el de garantizar el acceso de las personas a la salud.

El artículo 1 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre del 2013 de prestaciones de servicio de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, señala que el objeto de la Ley es “Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, descrita la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo” y “Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud”.

Que la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, tiene por objeto modificada por la Ley N° 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, para optimizar el uso de los recursos financieros asignados a la atención integral de salud.

La Ley N°1152 de 20 de febrero de 2019, modifica la Ley N° 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N°1609 del 28 de mayo de 2018, ampliando la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1. Tipo de enfoque de estudio**

La investigación adopta un enfoque mixto, combinando metodología cuantitativa y cualitativa, que permite un análisis integral de la atención obstétrica en el centro de salud del municipio de Tiraque.

El diseño descriptivo-transversal facilita la caracterización integral de los servicios de salud reproductiva en un momento específico, proporcionando una radiografía detallada del centro de salud de Tiraque.

### **4.2. Métodos**

Se implementarán métodos de investigación observacional, analítico-descriptivo y retrospectivo, permitiendo examinar sistemáticamente los registros institucionales, analizar patrones de atención y establecer correlaciones entre variables demográficas, obstétricas y de calidad asistencial.

### **4.3. Fuente de information**

#### **4.3.1. Primarias**

Las fuentes primarias comprenderán registros médicos directos, historias clínicas obstétricas, bases de datos institucionales y registros de atención directa del Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

#### **4.3.2. Secundarias**

Se utilizarán fuentes secundarias como publicaciones científicas relacionadas, normativas nacionales de salud reproductiva, estadísticas oficiales del sector salud y referencias bibliográficas especializadas en atención obstétrica.

#### 4.4. Universo

El universo comprende la totalidad de atenciones obstétricas realizadas en el Centro de Salud durante el primer trimestre de 2024, incluyendo todos los registros de pre y posparto, independientemente de variables demográficas o características específicas.

#### 4.5. Muestra

La muestra será seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Para determinar el tamaño de la muestra a partir de un universo finito, se aplicará la fórmula de población finita:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N-1)e^2 + z^2pq}$$

Donde:

- ✓ N= 200 (tamaño del universo)
- ✓ Z=1.96 (nivel de confianza del 95%)
- ✓ p=0.5 (proporción esperada)
- ✓ q= 0.5 (1 - p)
- ✓ e = 0.05 (margen de error del 5%)

Esto representa la cantidad óptima de participantes necesaria para obtener resultados estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

El cálculo estimado indica una muestra de 132 pacientes de pre y posparto a mujeres del centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias que cumplan con los criterios establecidos.

##### 4.5.1. Criterios de inclusión

Se incluirán Registros completos de mujeres atendidas en el periodo de estudio, con información integral de pre y posparto.

##### 4.5.2. Criterios de exclusión

Historiales clínicos incompletos, casos referidos a otros centros o con información inconsistente.

#### **4.6. Variables**

- **Variables dependientes:**
  - ✓ Cobertura de atención obstétrica, seguimiento pre y posparto.
- **Variables independientes:**
  - ✓ Edad materna, número de controles, tipo de parto, características neonatales.

#### **4.7. Técnicas de recolección de datos**

Ficha estructurada para recopilar información sobre edad, controles prenatales, características del parto, atención profesional y seguimiento neonatal.

#### **4.8. Instrumento de recolección de datos**

Matriz de recolección que garantiza confidencialidad y análisis sistemático de datos clínicos.

#### **4.9. Análisis de datos**

Los datos serán procesados mediante estadística descriptiva utilizando software especializado (SPSS Statistic), utilizando:

- ✓ Estadística descriptiva
- ✓ Cálculo de frecuencias y porcentajes
- ✓ Representaciones gráficas para interpretación de resultados.

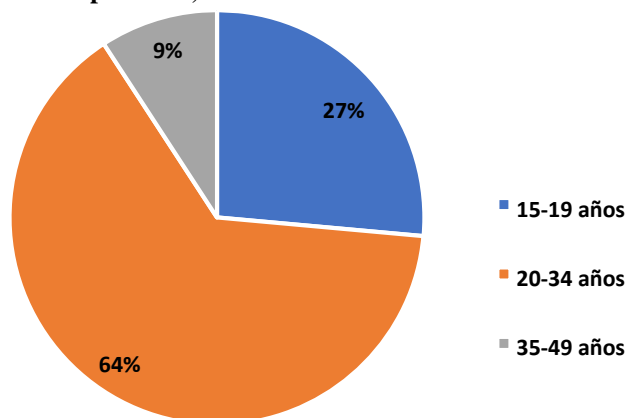
## 5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTOS DE RESULTADOS

### 5.1. Controles Prenatales en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

Tabla n°1: controles prenatales por edad, en el primer trimestre de embarazo

GRUPO ETARIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 – 19 años	12	9%
20 – 34 años	35	27%
35 – 49 años	84	64%
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

Gráfico 1. Controles prenatales por edad, 1er trimestre de embarazo



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

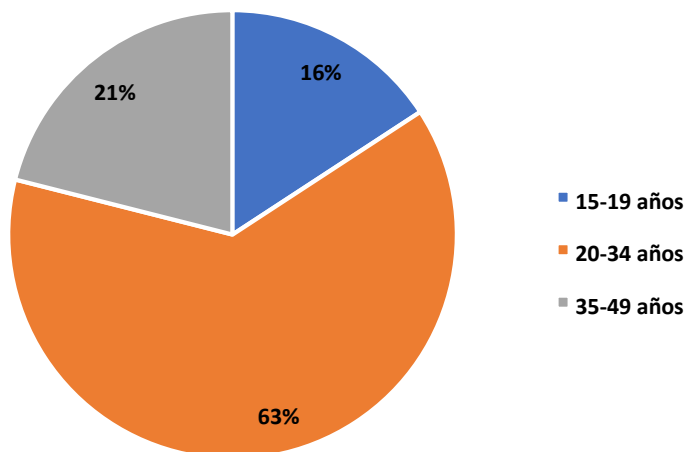
**Interpretación.** - El análisis de los controles prenatales del 1er trimestre de embarazo de la persona revela una distribución significativa en el grupo de 20-34 años, con 64% que representa la mayoría de los casos de mujeres nuevas en el primer trimestre de embarazo, seguido por 27 % en el grupo de 15-19 años y 9 %) en el grupo De 35 a 49 años.

### 5.1. Controles prenatales por edad durante el 2do trimestre del embarazo

Tabla n° 2. Controles prenatales por edad, 2do trimestre de embarazo.

GRUPO ETARIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 – 19 años	21	16%
20 – 34 años	83	63%
35 – 49 años	28	21%
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 2. Controles prenatales por edad, 2do trimestre de embarazo**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

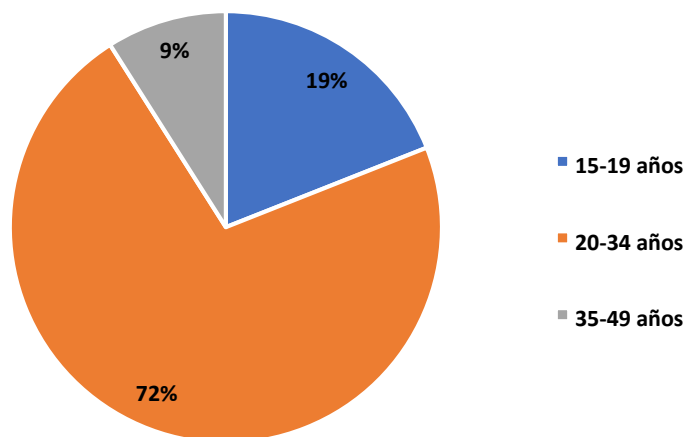
**Interpretación.** - En el segundo trimestre de embarazo de la persona, se observa una reducción en nuevos ingresos. Destaca un caso único de una mujer fuera del sistema en el grupo de 15-19 años con un 16%. Los controles repetidos son considerablemente altos, con 63% de 20-34 años en total, y concentrándose el 21% en el grupo de 35-49 años.

## 5.2. Consultas completas

**Tabla n° 3. Consultas Completas**

<b>GRUPO ETARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15 – 19 años	25	19%
20 – 34 años	95	72%
35 – 49 años	12	9%
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 3. Consultas Completas**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

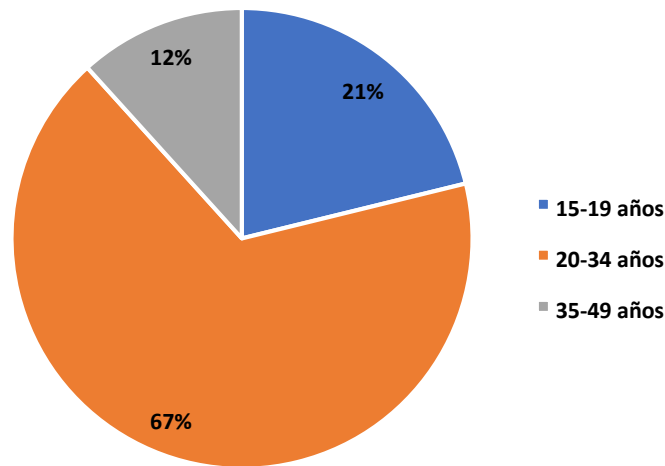
**Interpretación.** - Respecto a la completitud de los controles de mujeres embarazadas realizaron la cuarta consulta prenatal, nuevamente con mayor representación en el grupo de 20-34 años con 72%, seguida en el grupo de 15-19 años 19 %). Y en el grupo de 35- 49 años 9%.

### **5.3. Controles prenatales repetidos**

**Tabla n° 4. Controles prenatales repetidos**

<b>GRUPO ETARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15 – 19 años	27	21%
20 – 34 años	89	67%
35 – 49 años	16	12%
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 4. Controles prenatales repetidos**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

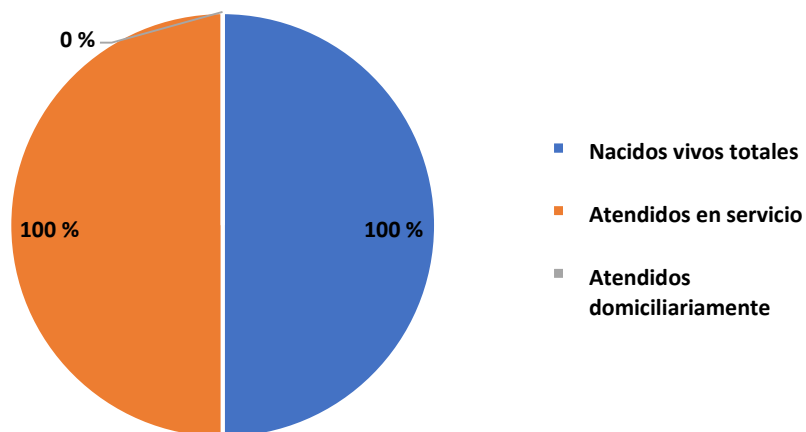
**Interpretación.** - Los datos sugieren una cobertura concentrada en mujeres entre 20-34 años con 67% controles prenatales repetidos, con oportunidades de mejora en la captación temprana y seguimiento de los grupos de 15-19 con un 21% y 12% de 35-49 años en la realización de controles prenatales completos.

#### 5.4. Tipo de atención de partos de los nacidos vivos

##### 5. Distribución de nacidos vivos por tipo de atención

TIPO DE ATENCION DE PARTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Atendidos en el servicio	132	100%
Atendidos domiciliariamente	0	0%
TOTAL	132	100%

**Gráfico 5. Distribución de nacidos vivos por tipo de atención**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

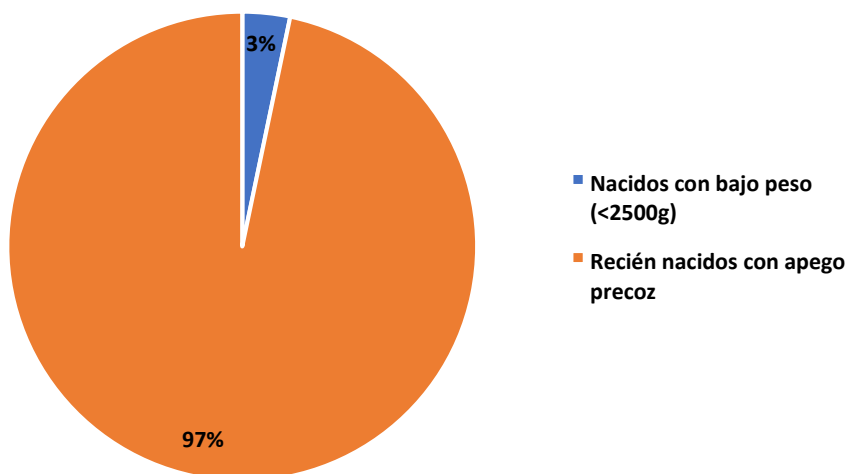
**Interpretación.** - El análisis revela una cobertura institucional absoluta, con 100% nacidos vivos, así como atendidos exclusivamente en el centro de salud, evidenciando una centralización total de la atención perinatal. La ausencia de atenciones domiciliarias sugiere una estrategia institucional de concentración de servicios médicos, posiblemente para garantizar un control profesional más riguroso durante los nacimientos.

### 5.5. Característica neonatal

#### 6. Características Neonatales

CARACTERÍSTICA NEONATAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Nacidos con bajo peso	4	3%
Recien nacidos con peso normal	128	97%
TOTAL	132	100%

**Gráfico 6. Características Neonatales**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

**Interpretación.** - Los datos revelan aspectos críticos de la atención neonatal. Un reducido 3 % (2 casos) de recién nacidos presentó bajo peso, un indicador potencial de riesgos perinatales que requiere seguimiento epidemiológico detallado.

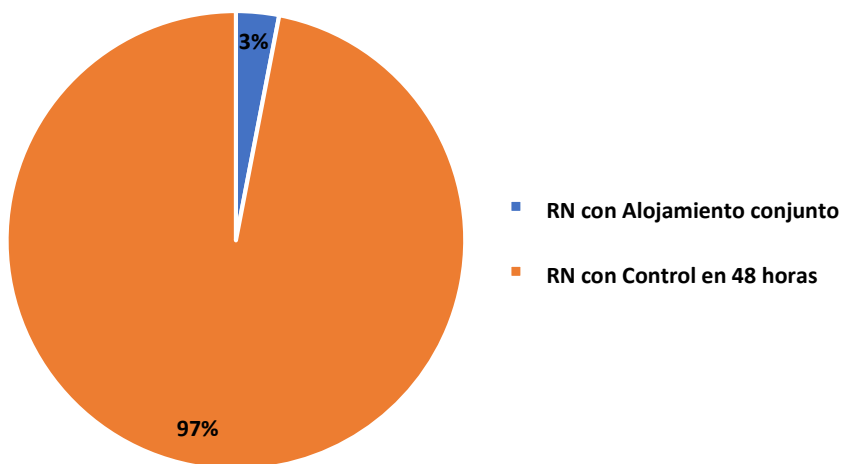
Un dato positivo es el alto porcentaje de apego precoz, con un 97 % de recién nacidos experimentando contacto inmediato madre-hijo, práctica fundamental para el desarrollo neuroemocional temprano y la lactancia materna efectiva.

## 5.6. Seguimiento temprano neonatal

### 7. Seguimiento temprano neonatal

SEGUIMIENTO TEMPRANO NEONATAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
RN con alojamiento conjunto	4	3%
RN con control en 48 horas	128	97%
TOTAL	132	100%

**Gráfico 7. Seguimiento temprano neonatal**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

**Interpretación.** - El seguimiento neonatal presenta resultados heterogéneos. Mientras que el 97% de los recién nacidos recibieron control dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, indicando una vigilancia relativamente consistente, el alojamiento conjunto quedó significativamente relegado, con apenas un 3% de cobertura.

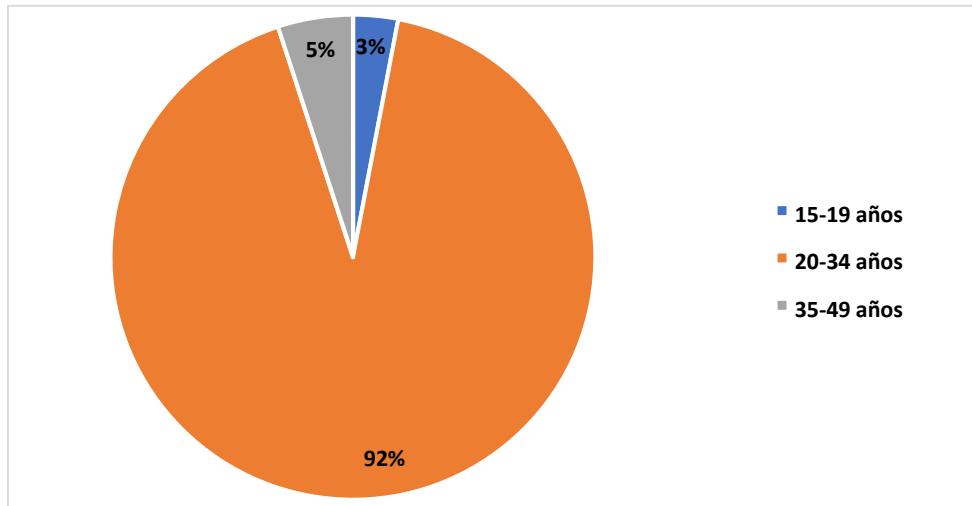
El reducido porcentaje de alojamiento conjunto representa una brecha importante en la atención integral materno-infantil. Esta práctica, crucial para la lactancia, el vínculo emocional y la adaptación del recién nacido.

## 5.7. Atención de Parto y Puerperio en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias

Tabla n°8. Distribución de partos por grupo de edad

GRUPO ETARIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 – 19 años	4	3%
20 – 34 años	122	92%
35 – 49 años	6	5%
TOTAL	132	100%

Gráfico 8. Distribución de partos por grupo de edad



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

**Interpretación.** - El panorama obstétrico del centro de salud evidencia una concentración demográfica extraordinariamente marcada en el grupo etario de 20-34 años, que representa prácticamente la totalidad de la población atendida con 92 % partos registrados.

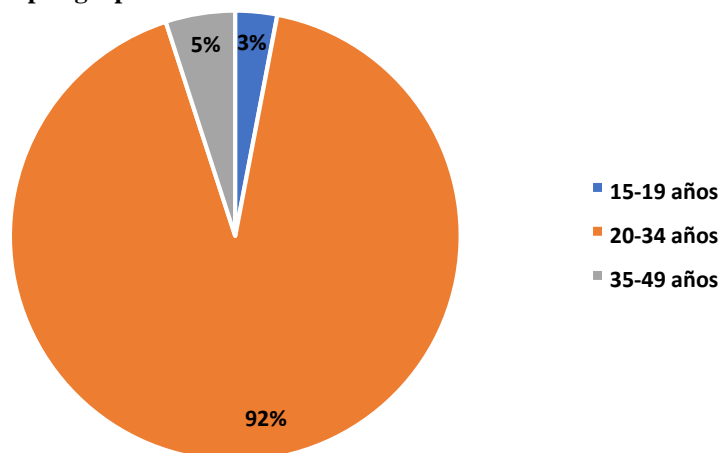
Los grupos de 35-49 años equivalente al 5 %. y 15-19 años emergen como categorías marginales lo que representa un exiguo 3 % en total. Esta distribución sugiere una polarización significativa en la atención reproductiva, concentrando casi exclusivamente los servicios en mujeres en edad reproductiva considerados óptimos, mientras que los grupos en los extremos del rango reproductivo permanecen prácticamente invisibilizados en la atención institucional.

## 5.8. Partos vaginales por grupo etario

Tabla n°9. Partos vaginales por grupo de edad

GRUPO ETARIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 – 19 años	4	3%
20 – 34 años	122	92%
35 – 49 años	6	5%
TOTAL	132	100%

Gráfico 9. Partos vaginales por grupo de edad



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

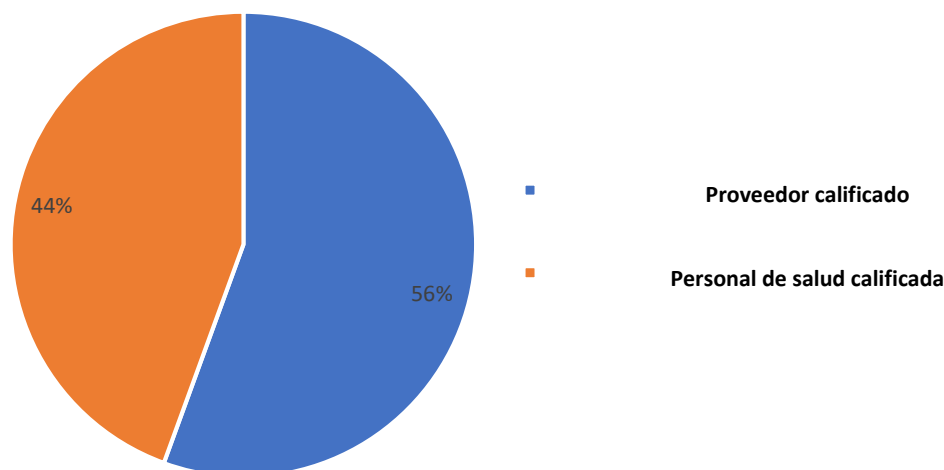
**Interpretación.** - La modalidad de parto vaginal refleja una distribución casi idéntica a la demografía general, con una concentración aplastante del 92% en mujeres de 20-34 años con partos vaginales. Los grupos etarios extremos contribuyen marginalmente representando únicamente el 5% y 3% respectivamente. Esta distribución no solo ratifica la centralidad del grupo de 20-34 años en la atención obstétrica, sino que además sugiere una homogeneidad en la modalidad de parto que podría estar relacionada con factores epidemiológicos, condiciones físicas y protocolos de atención institucionales específicos.

## 5.9. Atención profesional

Tabla n°10. Atención Profesional

ATENCION PROFESIONAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Proveedor calificado	74	56%
Personal de salud Calificado	58	44%
TOTAL	132	100%

**Gráfico 10. Atención Profesional**



Fuente: Elaboración propia, Datos centro de salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias.

### **Interpretación**

La atención profesional presenta indicadores con solo el 44% de partos atendidos por proveedores calificados y un 56 % por personal de salud especializado. Estos porcentajes revelan una brecha significativa en la calidad de la obstétrica, sugiriendo la necesidad de implementar estrategias de capacitación, contratación y especialización del médico personal para garantizar una cobertura profesional más integral y de mayor calidad.

#### **5.10. Interpretation general de los datos**

Los datos del Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias revela una compleja realidad obstétrica caracterizada por una concentración marcada de servicios en el grupo etario de 20-34 años, configurando un escenario de inequidad estructural en la atención reproductiva.

De las 87 mujeres nuevas en el primer trimestre de embarazo, el 64 % pertenece al grupo de 20-34 años, mientras que los grupos de 15-19 y 35-49 años representan únicamente el 26 % y 9% respectivamente, evidenciando una significativa exclusión de los grupos etarios extremos.

La distribución de partos refleja esta misma tendencia, con 92 partos registrados concentrados casi exclusivamente en el grupo de 20-34 años, marginando prácticamente a los grupos de 15-19 años (3%) y 35-49 años (5%). Esta polarización sugiere una invisibilización de las necesidades reproductivas de adolescentes y mujeres en edad reproductiva tardía, generando potenciales riesgos obstétricos para estos grupos tradicionalmente excluidos.

La calidad de la atención profesional presenta desafíos críticos. Únicamente el 44% de los partos son atendidos por proveedores calificados, mientras que el 56% son atendidos por personal de salud especializado. Esta realidad evidencia una brecha significativa en la formación y especialización del personal obstétrico, comprometiendo potencialmente la calidad y seguridad de la atención materna.

No obstante, el estudio también revela aspectos positivos que merecen destacarse. La cobertura institucional es absoluta, con el 100% de nacimientos ocurriendo en el centro de salud. El apego precoz madre-hijo alcanza un impresionante 97%, y el seguimiento neonatal temprano muestra una vigilancia relativamente consistente, con el 97% de los recién nacidos recibiendo control dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento.

Los datos de atención neonatal presentan matices interesantes. Un reducido 3% (dos casos) de recién nacidos se presentaron bajo peso, lo que requiere un seguimiento epidemiológico detallado. Sin embargo, el conjunto de alojamiento quedó significativamente relegado, con apenas un 3% de cobertura, representando una brecha importante en la atención integral materno-infantil.

La modalidad de parto vaginal refleja una distribución casi homogénea, con un 92% concentrado en mujeres de 20-34 años, sugiriendo una posible estandarización de protocolos que podrían estar relacionados con factores epidemiológicos, condiciones físicas y prácticas institucionales específicas.

Esta realidad configura un sistema de salud que, si bien muestra fortalezas institucionales en aspectos como la cobertura y el seguimiento temprano, reproduce inequidades estructurales en la atención obstétrica.

## 6. DISCUSIÓN

### 6.1. Discusión temática

El análisis de los datos del Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias revela profundas tensiones estructurales en la atención obstétrica, que van más allá de simples estadísticas numéricas. La concentración del 92% de los partos en el grupo etario de 20-34 años evidencia un fenómeno crítico de exclusión sistemática que cuestiona los principios de universalidad y equidad en la atención de salud reproductiva.

Esta polarización etaria implica consecuencias multidimensionales para adolescentes (15-19 años), que representan solo el 3% de la atención, la marginación de servicios obstétricos puede traducirse en riesgos significativos de salud sexual y reproductiva. Igualmente, las mujeres entre 35-49 años, con un escaso 5% de representación, enfrentan barreras de acceso que invisibilizan sus necesidades reproductivas específicas, ignorando la complejidad de los embarazos en edades reproductivas no consideradas "óptimas".

Los datos de seguimiento neonatal generan un panorama paradójico mientras el 97% de los recién nacidos reciben el control en las primeras 48 horas, el alojamiento conjunto se reduce al 3%, revelando una comprensión fragmentada de la integralidad de la atención materno-infantil. Esta cifra cuestiona los protocolos institucionales que priorizan intervenciones médicas puntuales sobre procesos de vinculación y cuidado continuo.

La centralización del 100% de nacimientos en el centro de salud sugiere una estrategia de control institucional que, si bien garantiza una atención profesional, puede estar obturando prácticas culturales y tradicionales de atención del parto. Esta decisión institucional implica una relación vertical con la comunidad, donde los saberes locales y las prácticas tradicionales son sistemáticamente desplazados por un modelo biomédico hegemónico.

El reducido 3% de recién nacidos con bajo peso emerge como un indicador sintomático de condiciones sociales más amplias. Más allá de su valor epidemiológico, esta cifra interpela las condiciones nutricionales, socioeconómicas y de acceso a cuidados prenatales que determinan la salud gestacional.

La calidad profesional presenta otro nudo crítico con solo el 44% de partos atendidos por proveedores calificados, el sistema de salud reproduce una lógica de atención precaria que compromete la seguridad materna.

Estos hallazgos interpelan directamente el modelo de atención obstétrica actual. No se trata solo de ampliar coberturas, sino de transformar radicalmente una concepción que reduce la experiencia reproductiva a un grupo etario homogéneo, ignorando la diversidad de trayectorias, necesidades y contextos que atraviesan las mujeres en su proceso reproductivo.

## 7. CONCLUSIONES

- El diagnóstico de la distribución etaria de la atención obstétrica en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias reveló una concentración crítica de servicios en el grupo de 20-34 años, con un 92% de partos registrados, mientras que los grupos etarios de 15-19 y 35-49 años fueron prácticamente marginados, representando únicamente el 3% y 5% respectivamente.

Esta polarización evidencia una inequidad estructural en el acceso a servicios de salud reproductiva que invisibiliza las necesidades de adolescentes y mujeres en edades reproductivas extremas.

- En cuanto a las características clínicas del seguimiento posparto durante el primer trimestre, se identificaron aspectos tanto positivos como críticos. El 97% de los recién nacidos recibieron control en las primeras 48 horas, demostrando una vigilancia relativamente consistente.

Sin embargo, el alojamiento conjunto se reduce a un escaso 3%, revelando una comprensión fragmentada de la atención integral materno-infantil. Además, una reducción del 3% de los recién nacidos se presentó bajo peso, indicador que requiere un seguimiento epidemiológico detallado para comprender sus determinantes sociales y clínicos.

- La evaluación de la cobertura de servicios obstétricos preparto mostró limitaciones significativas. Únicamente el 44% de los partos fueron atendidos por proveedores calificados, con un 56% por personal de salud especializado.

Esta realidad evidencia una brecha crítica en la calidad profesional de la atención obstétrica, sugiriendo la necesidad de estrategias de capacitación y especialización del médico personal para garantizar una cobertura más integral y segura.

## **8. RECOMENDACIONES**

- Para abordar las inequidades identificadas en la atención obstétrica, se recomienda desarrollar un modelo de intervención integral que amplíe la cobertura y calidad de servicios para grupos etarios marginados.

Esto implica diseñar estrategias específicas de captación temprana para adolescentes y mujeres en edades reproductivas tardías, implementando protocolos de atención diferenciados que consideren sus necesidades particulares y vulnerabilidades específicas.

- Se sugiere implementar un sistema de monitoreo y evaluación continua que permita identificar y corregir sistemáticamente las brechas en la atención obstétrica. Este sistema debe considerar indicadores cuantitativos y cualitativos, incluyendo la satisfacción de las usuarias, la calidad de la atención y el impacto de las intervenciones en diferentes grupos poblacionales.
- Es fundamental fortalecer la capacitación profesional del personal de salud, mediante programas de especialización continua en obstetricia que garanticen una atención de alta calidad. Estos programas deben incorporar perspectivas interculturales y de género, reconociendo la diversidad de experiencias reproductivas y promoviendo un enfoque de atención más humanizado e integral.

## **9. APORTE CIENTÍFICO**

El presente trabajo aporta evidencia científica relevante sobre las inequidades y limitaciones en la atención de pre y posparto en el Centro de Salud Tiraque Nuestra Señora de las Angustias, destacando tanto los logros como las áreas críticas que requieren mejora.

Uno de los hallazgos más significativos es la concentración del 92% de los partos en mujeres de 20 a 34 años, lo que evidencia una exclusión sistemática de adolescentes y mujeres mayores, grupos que suelen enfrentar mayores riesgos obstétricos. Este dato subraya la necesidad de diseñar estrategias de captación y atención diferenciadas para garantizar una cobertura más inclusiva y equitativa.

Otro aspecto relevante es la baja cobertura de alojamiento conjunto, que solo alcanzó al 3% de los recién nacidos. Esta práctica es fundamental para fomentar la lactancia materna y fortalecer el vínculo madre-hijo, por lo que su escasa aplicación refleja una debilidad en la implementación de un modelo de atención integral. Además, el hecho de que solo el 44% de los partos fueran atendidos por proveedores calificados pone de manifiesto la urgencia de fortalecer la capacitación del personal sanitario y asegurar la disponibilidad de profesionales especializados.

El estudio también evidencia logros importantes, como la cobertura institucional del 100% de los nacimientos y el apego precoz en el 97% de los casos, prácticas que son esenciales para mejorar los resultados neonatales y reducir la morbilidad materna. Sin embargo, estas fortalezas no compensan las brechas estructurales identificadas, como la exclusión de grupos vulnerables y las limitaciones en la calidad de la atención profesional.

Desde una perspectiva práctica, el trabajo propone estrategias para abordar estas deficiencias, incluyendo la implementación de programas de capacitación continua para el personal de salud, el desarrollo de protocolos interculturales y la integración de tecnologías digitales para el seguimiento de embarazos. Además, se sugiere fortalecer la participación comunitaria a través de iniciativas que promuevan la educación en salud y la sensibilización sobre la importancia de las consultas regulares.

Esta investigación radica en su capacidad para visibilizar las inequidades en la atención obstétrica y proponer soluciones adaptadas al contexto local. Al generar datos concretos y recomendaciones basadas en evidencia, este estudio contribuye al diseño de políticas y estrategias que puedan transformar la salud materno-infantil en regiones rurales como Tiraque, promoviendo un sistema más equitativo y efectivo.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Alves, J., et al. (2019). Disparidades en Salud Reproductiva en Latinoamérica. Revista Panamericana de Salud Pública, Ed. 45 (Nº3), pp. 78-92. <https://www.paho.org/journal/es/articulos/disparidades-salud-reproductivalatinoamerica>
- Bocoum, F. (2021). Utilización de servicios de salud materna y factores asociados con visitas postnatales en zonas rurales: Un estudio transversal en Burkina Faso. BMC Embarazo y parto, Ed. 21 (3), pp. 78-92. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03645-3>
- Cecatti, J. G. (2021). Disparidades en el acceso a la atención materna: Un análisis de los determinantes sociales. Revista Panamericana de Salud Pública, Ed. 45(2), pp. 145-160. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.123>
- CEPAL. (2021). Panorama Social de América Latina. Serie Estudios y Perspectivas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47718-panorama-social-america-latina-2021>
- Choque, L. (2022). Atención obstétrica en Tiraque: Un estudio local. Tiraque: Centro de Salud. <https://bolivia.unfpa.org/es/news/en-cochabamba-el-unfpa-presenta-el-programapa%C3%ADs-para-bolivia-que-abarca-del-2023-al-2027>
- Conde, A. (2020). Factores de riesgo y beneficios de las consultas prenatales en la prevención de la mortalidad materna. Revista de Salud Pública, Ed. 15(4), pp. 234-250. <https://doi.org/10.1007/s10350-020-01121-4>
- Khan, K. S. (2021). Análisis de la OMS sobre las causas de muerte materna: una revisión sistemática. The Lancet, Ed. 367(9516), pp. 1066-1074. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(21\)68886-9](https://doi.org/10.1016/S01406736(21)68886-9)
- Lawn, J. E. (2022). Nacimientos prematuros y estrategias para la reducción de la mortalidad neonatal. Revista de medicina materno-fetal y neonatal, Ed. 36 (2), pp. 123-140. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1982379>

Mendoza, R., y Huanca, M. (2020). Barreras de Acceso en Salud Reproductiva Boliviana. La Paz: Editorial Universitaria.  
<https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/foronacional-salud-sexual-evalua-temas-maternidad-abortootros/20230316215319900501.html>

Ministerio de Salud de Bolivia. (2023). Informe Nacional de Salud Materna. La Paz, Bolivia.  
<https://www.minsalud.gob.bo/>

OMS. (2022). Mortalidad Materna. Informe Global de Salud Reproductiva.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Recomendaciones sobre el cuidado prenatal para un embarazo positivo. OMS. Recuperado de  
<https://www.who.int/publicationsdetail/recommendations-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>

Ríos, P. (2021). Análisis de Cobertura Obstétrica en Cochabamba. Centro de Investigaciones en Salud.  
[https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss\\_acion\\_NORMA\\_NACIONAL\\_DE\\_VIGILANCIA.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss_acion_NORMA_NACIONAL_DE_VIGILANCIA.pdf)

SEDES Cochabamba. (2022). Informe de Salud Reproductiva. Cochabamba, Bolivia.  
<https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/121-mortalidad-materna>

## 11. ANEXO FOTOGRAFICOS



**IMAGENA 1:** Atención de parto conducido de 39,4 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo masculino, G2, P1, A1, C0



**IMAGEN 2:** Atención de parto expulsivo de 38 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo masculino, G4, P4, A0, C0



**IMAGENA 3:** Atención de parto conducido de 38,2 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo Femenino, G1, P1, A0, C0



**IMAGENA 4:** Atención de parto conducido de 39 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo masculino, G3, P1, A2, C0



**IMAGENA 5:** Recoger y Traslado de paciente de su domicilio al centro para la Atención de parto conducido de 38 semanas obteniendo a RN único vivo de sexo femenino, G3, P1, A2, C0



**IMAGENA 6:** Atención de parto expulsivo de 40 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo masculino, G7, P5, A2, C0



**IMAGENA 7:** Atención de parto conducido de 38,5 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo masculino, G5, P5, A0, C0



**IMAGENA 8:** Atención de parto conducido de 37,4 semanas en el CS. Tiraque obteniendo a RN único vivo de sexo Femenino, G2, P2, A0, C0