

Propuesta para la atención del parto humanizado en las instituciones de salud del Cauca, desde el enfoque de derechos de la gestante, a partir de la búsqueda bibliográfica, 2010-2019.

Stephanie Andrea Molina Santacruz

Tatiana Andrea Rengifo Arboleda

Martha Natalia Solarte Moncayo

UNIVERSIDAD EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud

Popayán, Colombia

2019

Tabla de contenido

Glosario.....	3
Resumen	5
1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema:.....	8
3. Justificación.....	11
4. Marco teórico	13
4.1. Panorama del parto.	14
4.1.1. Panorama del parto en el mundo.....	14
4.1.2. Panorama del parto en Colombia.	16
4.2 Generalidades del parto humanizado	18
4.2.2. Historia del parto humanizado.....	18
4.2.3. Beneficios del parto humanizado.....	20
4.3. Enfoque de derechos del parto humanizado	22
5. Normatividad del parto en Colombia.....	29
6. Objetivos.....	33
6.1. Objetivo general.....	33
6.2. Objetivos específicos	33
7. Metodología.	34
8. Propuesta para la implementación del parto humanizado	36

Glosario

Parto: El parto se define como el proceso fisiológico por el cual un feto de 22 semanas o más de gestación, o de 500 g o más de peso es expulsado del organismo materno (Rubio-Romero et al., 2014).

Parto normal: Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (Arnau et al., 2012)

Parto natural: La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia mediante la creación del concepto de “parto no intervenido”, definiéndolo como el “trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo” (Arnau et al., 2012).

Trabajo de parto: Es el proceso mediante el cual el feto y la placenta emergen del útero. Puede ser vaginal o por cesárea y se inicia con la presencia de una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) se acompaña de maduración y dilatación cervical (2-3cm) (Gómez, 2018).

Atención del parto: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato (MinSalud, 2000, p. 9).

Parto instrumentado vaginal: Es el parto vaginal de un bebe que se realiza con la ayuda de fórceps o un extractor al vacío (CAOG, 2016, p. 4).

Instituciones prestadoras de servicios de salud: Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. Son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud, que tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera, y deben propender por la libre concurrencia de sus acciones (E. Morales, 2017, p. 1).

Parto institucional: Aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado; en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido (Andrago & Gualán, 2014).

Cesárea: La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que conlleva la realización de una incisión para abrir la matriz y sacar así el feto de su interior (González, 2013, p. 1).

Gestante: Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto (S. Morales, Guibovich, & Yábar, 2014).

Humanización: Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano (ICONTEC, 2016, p. 1).

Resumen

El parto es una de las experiencias más importantes de la mujer, y el parto humanizado es un mecanismo que permite vivir este acontecimiento de manera satisfactoria y brindar una atención basada en derechos, generando impacto en la salud de la mujer y en la calidad de la atención en salud. **Objetivo:** Desarrollar una propuesta para la atención del parto humanizado en las instituciones de salud del Cauca, desde el enfoque de derechos de la gestante.

Metodología: Estudio documental, cualitativo, donde se realizó una búsqueda bibliográfica con las palabras claves conectadas por el operador booleano AND en Google académico y en la base de datos de la universidad EAN. Se utilizó un método de muestreo no probabilístico de juicio con documentos escritos en idioma español, que se analizaron en una matriz de rastreo bibliográfico. **Conclusiones:** Por medio del análisis de la información se creó una propuesta para la atención del parto humanizado, que involucra prácticas dirigidas a la mejora de la calidad de salud materna.

Palabras claves: Parto humanizado, derechos de la gestante, parto normal.

1. Introducción

Esta monografía, tiene como propósito presentar una propuesta para la atención del parto, con el fin de que sus prácticas clínicas estén centradas en la mujer y que la aborden en toda su esfera emocional y biopsicosocial.

Así mismo proporcionar una herramienta para que las instituciones de salud puedan brindarle a la mujer un espacio de tranquilidad y seguridad para dar a luz, donde sea ella la protagonista de su parto, capaz de tomar decisiones informadas y que se empodere totalmente del mismo, como un proceso natural y que al final, esta sea una experiencia positiva con resultados satisfactorios tanto para ella, su recién nacido y las instituciones de salud.

Según García, Guillén y Acevedo, “Toda mujer tiene derecho a recibir atención de calidad durante su trabajo de parto, con sentido humano y con respeto a su dignidad” (2010, p. 152), es decir, que cada mujer es única, con valores, creencias, cultura y unas necesidades particulares, especialmente en el periodo del trabajo del parto.

Cobo en su estudio, manifiesta que “hoy en día se están desarrollando intervenciones de manera rutinaria en la práctica obstétrica” (Cobo, 2016, p. 3), muchas de ellas han demostrado ser inefectivas e incluso a veces perjudiciales para la mujer y el recién nacido, estas actuaciones, están generando que el trabajo de parto pase a ser considerado instrumentalizado e insatisfactorio, en lugar de humanizado y con un impacto emocional positivo.

Por esta razón, la OMS promulgó unas recomendaciones con el fin de evitar prácticas innecesarias y en algunos casos inseguras, las cuales se realizan actualmente de manera rutinaria, por ejemplo:

No recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto, no recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto, tampoco, el uso ampliado de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo, ni la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo entre otras. Este organismo afirma, además, que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales, considerando este tipo de parto como una experiencia positiva. (OMS, 2018)

La afirmación anterior, nos lleva a pensar en el parto humanizado, como un mecanismo que permite vivir este acontecimiento de manera satisfactoria y promulgar la atención basada en derechos, por lo tanto, uno de los grandes retos de las instituciones de salud es mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres durante el trabajo de parto. “Muchas veces se piensa que para lograrlo se debe de mejorar la técnica, pero la realidad del asunto es que se debe humanizar este proceso” (García et al., 2010, p. 152) y generar una atención en torno a los derechos de la gestante.

Debido a la importancia de este tema y la fuerza que ha venido adquiriendo en los últimos años, surge la necesidad de crear una propuesta para la atención del parto humanizado, con un enfoque de derechos y basados en una búsqueda bibliográfica, la cual se convierte en el alcance del presente trabajo, con el propósito de buscar una atención integral para las madres en su trabajo de parto en las instituciones de salud del Cauca.

Esta propuesta está dirigida a las instituciones de salud del Cauca, permitiéndoles desarrollar estrategias y modelos de parto humanizado institucional, con el fin de proporcionar a la materna y su familia, sensación de protección, confianza, tranquilidad, seguridad y disminuir las complicaciones.

2. Planteamiento del problema:

El parto es considerado una de las experiencias vitales más importantes para la vida de la mujer, por esta razón la atención del mismo en las instituciones hospitalarias debe incluir una visión y un enfoque humanista, dando a las personas cruciales de dicho acontecimiento la importancia que requieren.

En Colombia el *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud PNMCS (2016), plan Estratégico 2016-2021*, reconoce a la humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general (MinSalud, 2016, p. 10)

En el anexo técnico, Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes de Colombia, establece que “el concepto de humanización de la atención debe ser entendida como imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana” (MinSalud, 2014, p. 11). Este concepto se encuentra plasmado en el papel y se habla constantemente de humanización en los servicios de salud, específicamente en lo que concierne a la atención del parto, pero no es aplicado en el ámbito intrahospitalario, negando así la importancia que merece.

El parto humanizado es un modelo que pretende priorizar de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir (Vela-Cora, 2015, p. 7).

El concepto anterior deja ver el impacto positivo que genera el parto humanizado, aumentando la satisfacción materna, si se brindan intervenciones que se fundamenten en el respeto y prevalezcan los derechos y la voluntad de la mujer de cómo quiere vivir este momento, afectando de manera indirecta la morbimortalidad materno fetal, relacionadas con intervenciones innecesarias, a veces instrumentalizadas y el estrés derivado propio de este acontecimiento.

Con respecto a la mortalidad materna, hace 20 años, en Colombia estaba en cifras superiores a la de los países de la región; gracias a la política de salud sexual y reproductiva, al concurso de los actores del Sistema y a varias estrategias complementarias, el país logró reducir en los últimos 15 años la mortalidad materna en un 34,8% con una razón de 65,7 por 105 nacidos vivos, cifras inferiores a las de países de la región (J. A. Herrera & Herrera, 2014, p. 1).

Del mismo modo, el 99 % de las muertes maternas se han registrado en los países en desarrollo quienes se caracterizan por mantener profundas inequidades sociales, bajos niveles de vida, bajo nivel educativo, y en donde son difíciles el acceso y la cobertura a los programas de salud, lo que configura una conjunción de determinantes sociales que explican la inequidad (Sandoval-Vargas & Eslava-Schmalbach, 2013, p. 530).

Se conoce por las estadísticas de las Naciones Unidas, que el 98 % de las muertes maternas son evitables con buen uso de conocimientos y tecnologías existentes; además reporta que el 97 % de los partos en Colombia, son atendidos por instituciones de salud, y no en casas o centros diferentes. A pesar de esta afirmación, se siguen presentando cifras muy elevadas de mortalidad materna, al comparar a Colombia con el mundo, y al interior de las regiones colombianas (Sandoval-Vargas & Eslava-Schmalbach, 2013, p. 531).

Por otra parte, según estadísticas de las Naciones Unidas, en nuestro país, las causas más frecuentes de muertes maternas son: la hipertensión dada por el parto, las hemorragias, y el shock séptico, afectando de forma mayor a departamentos alejados de las zonas urbanas como Guaviare, Caquetá, Chocó, Vaupés, Guainía y Vichada (Sandoval-Vargas & Eslava-Schmalbach, 2013, p. 531).

Teniendo en cuenta las estadísticas mencionadas, se evidencia que las altas cifras de mortalidad materna, son el reflejo de las inequidades en el acceso a los servicios de salud, las diferencias entre ricos y pobres, y la falta de cobertura de los programas de salud sexual y reproductiva en zonas alejadas.

Un tema importante que se debe mencionar son las salas de parto, debido a que estos espacios son considerados por las gestantes como ambientes estresantes que producen una gran carga emocional. Las situaciones de tensión que maneja la mujer en el trabajo de parto y su influencia en el control del dolor es argumentada desde la teoría de los síntomas desagradables, la cual considera que el dolor y la fatiga del trabajo de parto repercuten en la

realización del rol, en la resolución de problemas y en la realización de actividades en el postparto (Giraldo, González, & Henao, 2015).

Este ambiente estresante hace que resulte poco grato acudir a un centro hospitalario, porque más que un beneficio lo que genera es insatisfacción para las usuarias, por eso la importancia de brindar un trato humano, empático, sensibilizado y aplicar estrategias que promuevan el cuidado integral de la mujer en el parto.

De acuerdo a la importancia que el tema de parto humanizado tiene en la actualidad y su impacto en la satisfacción de la gestante y su familia, en la reducción de las cifras de mortalidad materna y la adherencia por parte de las gestantes al parto institucional, surge la necesidad de hacer el presente estudio y crear una propuesta sobre la atención del parto humanizado, que sirva como referencia para las instituciones de salud.

3. Justificación

El parto constituye un acontecimiento importante en la vida de una mujer, razón por la cual se le debe de atribuir especial interés, procurando calidad en la atención y el entrelazamiento de los adelantos científicos y tecnológicos con el humanismo.

La atención humanizada del parto, como lo menciona (Cáceres-Manrique & Nieves-Cuervo, 2017) es entendida como “la aplicación del conocimiento científico, técnico, vinculado con el respeto por las creencias, costumbres y todos los aspectos socioculturales, únicos de cada mujer en el trabajo de parto” (p. 129), lo cual permite inferir, el impacto exorbitante que tiene en el proceso de nacimiento, en la madre, y en el recién nacido, y la relevancia para disminuir la vulnerabilidad que se vive en esos momentos.

Muestra de lo anteriormente mencionado, es lo descrito por Biurrun Garrido, “en el año 2015 murieron 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto. Asimismo, puntualiza que el 99% de dichas muertes, se producen en países en vías de desarrollo (con 302.000 fallecimientos)”(Biurrun Garrido, 2017, p. 9). Dejando ver las deficiencias que giran en torno a la atención durante el parto, y que afecta el alcance de uno, de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados en el año 2000 por la comunidad internacional, que es la salud materna, donde se planteó la necesidad y el compromiso de “disminuir la mortalidad materna en un 75 % desde 1990 hasta el año 2015. Esta mortalidad continúa siendo inexplicablemente elevada, desde 1990 tan sólo ha disminuido en un 34 % a pesar de los esfuerzos de muchos países” (Sandoval-Vargas & Eslava-Schmalbach, 2013, p. 530).

Por consiguiente, hay que generar acciones basadas en la atención humanizada del parto, que fortalezcan los procesos, mejoren la atención, se brinden más garantías de calidad, ayude a reducir los índices de mortalidad materna fetal y permita alcanzar el objetivo de desarrollo del milenio.

Además de la cuestión planteada anteriormente, se manifiesta otra problemática la cual es el aumento de las prácticas de instrumentalización del parto en Colombia, donde hay una clara tendencia al alza sobre todo de la cesárea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que “la tasa ideal de cesáreas debe de oscilar entre el 10% y el 15%”,(Organización Mundial de la Salud, 2015, p. 2) sin embargo, un estudio realizado por (Rubio-Romero et al., 2014), muestra “un alza de 24,9% en 1998 hasta de 45,7% en el año 2013” (p. 140). Lo cual deja ver que las cesáreas son cada vez más frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. También señalan, que

“algunos autores consideran que no se debería establecer una tasa ideal, ya que la cesárea es consecuencia de una decisión clínica basada en valores y condiciones individuales” (2014, p. 140).

Debido a lo anterior, en distintas partes del mundo se han creado estrategias para disminuir esta práctica, el estudio anteriormente mencionado, evaluó estrategias basadas en la educación continuada, la colaboración institucional y la información a las pacientes y el público en general durante el embarazo acerca de la vía del parto, y demostró una

disminución del porcentaje de cesárea en un 27,3% a un 7,5%, donde una de las estrategias que más impacto, fue “el acompañamiento y el apoyo del compañero sobre los beneficios del parto vaginal, la cual incremento la probabilidad de finalizar el embarazo con este tipo de parto. (Rubio-Romero et al., 2014)

De la misma forma en la que se han creado estrategias para disminuir el parto instrumentalizado, en la actualidad se han establecido guías y protocolos que tratan sobre las condiciones necesarias para atender a la gestante durante el trabajo de parto. Sin embargo, pese a su existencia, la atención para algunas gestantes dista mucho de ser humanizada y en cambio experimentan maltrato, que les crea insatisfacción y sentimientos negativos.

Un estudio realizado por (Mas-Ponsa et al., 2012), manifiesta que “la satisfacción con la experiencia del parto tiene una fuerte asociación con el cumplimiento de las expectativas y el manejo del dolor según las preferencias de las mujeres” (p. 239). Al igual que en estudios previos, “las mujeres cuyo parto fue como ellas esperaban se muestran más satisfechas que aquellas cuyas expectativas no se cumplieron” (2012, p. 239). De modo que, se deben de efectuar acciones que disminuyan sentimientos negativos, y que hagan de esta experiencia algo único y significativo, basado en el respeto, en la toma de decisiones y realización de procedimientos necesarios e informados de sus riesgos y beneficios.

Por los motivos expuestos, se pretende crear una propuesta para las instituciones de salud del Cauca sobre la atención del parto humanizado, donde se planteen acciones como por ejemplo, el empleo de métodos eficaces para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para la monitorización del bienestar fetal, el acompañamiento permanente de las gestantes y un ambiente intrahospitalario agradable para ellas, donde las gestantes reciban la información, ayuda y comprensión que requieren teniendo en cuenta las singularidades y la

autonomía de cada mujer, con el propósito de mejorar la atención en el trabajo de parto basados en la humanización y con enfoque de derechos.

4. Marco teórico

La percepción de la atención del parto es un tema de gran importancia, pues evidencia el nivel de satisfacción de las mujeres con el proceso del mismo y la atención que las instituciones prestadoras de servicios de salud proporcionan en esta etapa del ciclo de vida de la mujer.

Actualmente la percepción en las usuarias y sus familias sobre la atención del parto intrahospitalario es de nivel regular, calificando en la mayoría de casos los cuidados que se le brindan durante este proceso como deshumanizados, así lo demuestra el estudio “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias” realizado por Castellanos C. y col; en el presente estudio se realizaron 425 encuestas a puérperas sobre aspectos relativos a violencia obstétrica, los resultados mostraron que

El 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante y solo un 20,5% percibió trato no violento. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). (Terán, 2013, p. 176)

Estos hallazgos llevaron a concluir que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.

Cuando se trata de dar a la luz, la mayoría de las mujeres acuden inmediatamente a las instituciones de salud, a pesar de la percepción negativa que se tiene sobre la atención, como se evidencia en las cifras del (DANE, 2018, p. 10), para el año 2017, se reportaron 649.401 nacimientos en instituciones de salud en el país, esto significa que el 98,9% de los partos de nacidos vivos son institucionales. Los nacimientos ocurridos en domicilio alcanzaron la cifra de 6.306 casos, equivalentes al 1,0% del total nacional.

Por otra parte, de los nacimientos que hubo en el año 2017, se presentaron 350.576 nacimientos con tipo de parto espontáneo, lo cual equivale al 53,4% del total nacional. Los partos por cesárea alcanzaron los 298.560 casos que equivalen al 45,5% del total de

nacimientos del país (DANE, 2018, p. 10), es decir que actualmente la cantidad de cesáreas que se realizan en las instituciones alcanzan casi el 50%, prácticas que se consideran injustificadas e innecesarias y además ponen en riesgo la salud de la mujer y el recién nacido; por esta razón la Organización Panamericana de Salud afirma que es indispensable disminuir la tasa de cesáreas, para reducir el número de defunciones maternas, ya que se ha visto que una alta tasa de cesáreas que sobrepase el 10%, no mejora las tasas de morbilidad o mortalidad materna (Vargas, 2018, p. 18).

4.1. Panorama del parto.

4.1.1. Panorama del parto en el mundo.

Las gestantes deben pasar por grandes cambios tanto fisiológicos como emocionales, esto las hace más vulnerables a todo lo que sucede en su entorno, sin mencionar que en muchas ocasiones el contexto social y económico de la mujer no es el mejor, sin embargo en el momento del parto estas situaciones parecen no tener importancia para el personal de salud que las atiende, por tal razón algunas mujeres no asisten a los centros hospitalarios para ser atendidas; situación que genera incremento en las cifras de muertes maternas, como lo plantea la OMS, “un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, además de ser mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres” (OMS, 2014).

Por lo anterior, la Política Nacional de Sexualidad y el Ministerio de Salud y Protección Social vienen avanzando en los últimos años en procesos integrales de reconocimiento de los Derechos Humanos y de acuerdo con su misión de garantizar los Derechos a la salud, sexuales y reproductivos para todas las personas, ha formulado políticas y planes que son hitos modernizadores. (Ministerio de salud y protección social, 2019)

Es de vital importancia que las gestantes sean conocedoras de sus derechos, con el propósito de que los hagan respetar y cumplir en cualquier situación, especialmente en el momento de dar a luz, de la misma forma, las instituciones de salud tienen la responsabilidad de educar a la comunidad sobre sus derechos, con el propósito de garantizar una atención segura, humanizada, basada en decisiones informadas y respeto por la integridad humana.

La atención del parto, por su naturaleza, es un proceso que debe garantizar el respeto por los derechos de la mujer, esto se logra por medio del cuidado de la gestante a partir de

la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto, atributos tales como, respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad (Cáceres-Manrique & Nieves-Cuervo, 2017, p. 129).

A escala mundial, alrededor de siete de cada diez partos son atendidos por personal de salud calificado. Sin embargo, la cobertura de este servicio varía mucho según el nivel de ingresos del país, desde casi la totalidad de los partos (99%) en los países de ingresos altos a menos de la mitad de ellos (46%) en los de ingresos bajos (OMS, 2014, p. 14).

Por esta razón los determinantes sociales, como las inequidades económicas, falta educación, falta de acceso a los servicios sanitarios y servicios de salud, hacen que para algunas mujeres sea más difícil tener un parto institucional, lo que genera partos domiciliarios inseguros y finalmente aumentos en las cifras de morbilidad y mortalidad materna, por esta razón en algunos países de América Latina se han implementado diferentes estrategias de atención del parto, y entre estas el parto humanizado y se ha evidenciado disminución de la mortalidad materna desde el periodo de 2.000 a 2.018, logrando dar cumplimiento a los objetivos del milenio e inclusive proteger y satisfacer a la gestante al momento del nacimiento (Vargas, 2018, p. 14).

Entre los países, donde se encuentra esta modalidad de atención del parto articulada y reglamentada en las instituciones de salud se encuentra: Uruguay con una disminución de mortalidad materna notoria entre el periodo del 2.000 a 2.015 Según los datos aportados por el Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde nace la mayoría de los niños de este país, en el cual se da un paso de 37 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos a 15 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública en Uruguay, citado por Vargas, 2018); Argentina que redujo a 325 casos de muertes maternas en el año 2.016 vs 605 casos notificados en el año 2.000 (Ministerio de Salud de Argentina, citado por Vargas, 2018); Nicaragua que a través de los diferentes programas del Ministerio de Salud logra una disminución significativa de la mortalidad materna desde 65,4 por 10.000 nacidos vivos en el 2.006 a 27,4 en el 2016 (Ministerio de Salud de Nicaragua, citado por Vargas, 2018); en México la Mortalidad Materna ha disminuido de forma paulatina pasando de 88,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 43 muertes maternas en el 2.011 (Freyermuth, M. y Luna, M., citado por Vargas, 2018) y Perú que

logra pasar de 60 casos por semana en el 2.000 a 47 casos en el año 2.013 con la implementación de la estrategia de atención del parto, a pesar de ello, para el año 2.017 presenta un aumento en la razón de muerte materna de 66 casos (Ministerio de Salud de Perú, citado por Vargas, 2018, p. 15).

4.1.2. Panorama del parto en Colombia.

En Colombia, actualmente está en funcionamiento el “Modelo de Atención Integral en Salud”, definido en la Resolución 429 de 2016, que ordena la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, lo que implica que los aseguradores y prestadores generen estrategias dentro de las cuales se garanticen las buenas prácticas en la atención del parto. Esta propuesta se alinea con la declaración de la OMS y con la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), adoptada por Colombia, cuyo objetivo es:

Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora. (Rocha-Acero, Socarrás-Ronderos, & Rubio-León, 2019, p. 55)

Por esta razón, Colombia durante años, ha intentado a través de su normatividad, dar los parámetros necesarios para hacer del trabajo de parto y el parto una experiencia satisfactoria y humanizada para las gestantes, sin embargo es notorio como los centros de salud y el personal encargado en muchas ocasiones no tienen en cuenta la paciente en sus diferentes contextos: emocional, económico, social e interculturalidad, lo que hace a cada una de las gestantes únicas e irrepetibles, es por esta razón que algunas de las gestantes prefieren tener su parto extra hospitalario, aumentando el riesgo de presentar complicaciones posparto que las pueden llevar a la enfermedades permanentes, tanto para ellas, como para los recién nacidos, incluso la muerte.

Un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), reveló que en Colombia mueren cada año cerca de 500 mujeres por causas relacionadas con su embarazo y parto. Lo más preocupante es que más del 98% de estas muertes podrían evitarse. “En un país con el nivel de desarrollo de Colombia, y donde el 98% de los partos son atendidos en instituciones de salud y no en la casa, no deberían morir casi 500 mujeres cada año, siendo muertes evitables en la mayoría de los casos”, manifestó Jorge Parra, Representante del

UNFPA en Colombia (UNFPA, citado por Gutiérrez, Villamizar, & Villamizar, 2018, p. 7).

La razón de mortalidad materna, es un indicador de desarrollo que en la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que culminó en el año 2015, no fue alcanzado por el país, debido a las brechas que aún existen entre las mujeres por el nivel de riqueza, educación, zona que residen (urbana y rural), pertenencia étnica, entre otras igual de importantes a las violencias de género. Para el año 2030 Colombia propuso para el ODS No. 3 'Salud y Bienestar' como indicador trazador la reducción de la mortalidad materna, para el cual es evidente la necesidad que hay de asegurar la salud materna, entender los contextos y analizar las cifras que revelan las barreras y vacíos que son obstáculo para poner fin a las muertes maternas evitables en todo el territorio nacional (UNFPA, 2018, parr. 4).

Teniendo en cuenta las cifras anteriores, es de vital importancia reconocer que, en las regiones más apartadas del país, algunas de las barreras de acceso a los servicios de salud materna están determinadas, por condiciones geográficas que hacen más largos y difíciles los desplazamientos a las cabeceras municipales o ciudades capitales donde es posible encontrar atención especializada para atender situaciones de riesgo antes, durante y después del parto. Así mismo están los costos de transporte que debe asumir la mujer o su familia para acudir a los controles prenatales, los cuales cumplen una función de seguimiento durante la gestación para garantizar la salud de la madre y el bebé (UNFPA, 2018, parr. 6).

También existen barreras de tipo cultural e institucional, por ejemplo, para el caso de las mujeres indígenas y afrocolombianas, las brechas relacionadas con la adecuación de los servicios de salud institucionales a los saberes ancestrales y tradicionales de sus pueblos, las cuales requieren un entendimiento de prácticas como el parto vertical, la comunicación en su propia lengua y el acompañamiento de la familia durante el proceso de gestación, parto y posparto, entre otras, como parte esencial de la maternidad (UNFPA, 2018, parr. 7).

Es por esto que en Colombia existe una amplia legislación, la cual realiza la inclusión de toda la población que está dentro del territorio nacional, sin embargo, no se realiza una incorporación de las diferentes culturas que se encuentran en el país, haciendo que esta sea una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud a las mujeres

gestantes, aumentando así las posibles complicaciones ya sean durante el parto o en su periodo de puerperio.

Teniendo en cuenta la importancia de la atención del parto y el impacto que genera en la población colombiana, es necesario realizar estudios, estrategias y acciones que generen disminución de las brechas de acceso a los servicios de salud, trabajando por las mujeres más vulnerables y finalmente generar un impacto positivo en la reducción de las cifras de morbilidad materna, proporcionando satisfacción y bienestar para la madre y su familia.

4.2 Generalidades del parto humanizado

4.2.2. Historia del parto humanizado

A lo largo del desarrollo de la humanidad se han evidenciado cambios que han impactado diversos ámbitos incluyendo al sector salud, e inmerso en ellos, se encuentra la atención del parto, que ha pasado desde la menos avanzada hasta la más sofisticada, recorriendo distintas épocas hasta llegar a la actualidad.

Desde el antiguo Egipto, donde tenían curiosas maneras de tratar los asuntos relacionados con el embarazo y el parto, (Lugones & Ramírez, 2012, p. 141) en su estudio, describieron acciones que se realizaban en esa época, como, el lugar donde tenían sus partos, la posición para dar a luz, hasta mencionan mecanismos que utilizaban para mitigar el dolor. En uno de sus apartados señalan, que realizaban cobertizos en el jardín de su vivienda y utilizaban un asiento con un agujero donde se sentaban para dar a luz, además de parir asistidas por comadronas que invocaban dioses. Para el manejo del dolor utilizaban cerveza y en cuanto a la placenta, se la comían, era arrojada al Nilo, o la enterraban en la casa.

Lo expuesto anteriormente, deja ver el claro y determinante mundo lleno de misticismo y magia que giraba en torno al parto en tiempos antiguos, que les ayudaba a superar las dificultades. El uso de rituales era muy común y extendido en aquellos tiempos, que hacían del parto una relación entre la magia y la medicina, entre la ciencia y la superstición.

Durante muchos años, el parto fue realizado generalmente por mujeres. Por lo tanto, la partera, quien era la que atendía los partos, ofrecía la asistencia y eran reconocidas por la comunidad en que vivía, ya que estaban dotadas de mucho conocimiento, debido a su vasta experiencia sobre las gestaciones, el parto y los nacimientos.

En la medicina occidental o biomedicina la asistencia en el parto es relativamente reciente, también el parto era relegado a un plano de mujeres, la partera era la encargada de asistir y ayudar en el trabajo de parto. Posteriormente,

En el siglo XVIII esta hegemonía de las parteras es sustituida de forma progresiva por la de los cirujanos. Esta transición, de la partería femenina no profesionalizada a la obstetricia primordialmente masculina, es un proceso vigente aún en nuestros días. (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014, p. 17)

Con la evolución de la medicina moderna, la etapa de la maternidad en las mujeres se vio relegada cada vez con más fuerza al criterio y rigor médico-científico, con el desarrollo y tecnificación de la medicina, la experiencia individualizada del momento del parto, es objeto de un giro radical. “Desde mediados del siglo diecinueve, emplazan a la parturienta a un lugar de subordinación en relación con los profesionales de la salud encargados, ahora, de dirigir este momento”(Al Adib, Ibañez, Casado, & Santos, 2017, p. 2).

Este progreso de la medicina ha traído beneficios que se han visto reflejados en una disminución en la mortalidad materno-infantil, pero en el logro de esto, ha incurrido en un control exagerado sobre la gestante. La medicina ha adoptado gran cantidad de intervenciones, en algunas ocasiones inoportunas, inapropiadas y también innecesarias al tratar de mejorar los servicios de maternidad.

Desde el momento en que el parto se traslada del hogar al hospital, hace 250 años, éste se medicaliza, lo que significa que, pese a que no existan patologías, la intervención médica está presente de manera decisiva. A medida que se fueron dando los avances tecnológicos y biológicos, el control de todas las etapas de la reproducción fue mayor y más eficaz (García et al., 2010).

Debido a que tomo fuerza la instrumentalización, comenzaron a crearse movimientos orientados a la humanización en la asistencia al parto, los cuales discutieron la excesiva intervención médica y sus efectos sobre el desarrollo del parto.

Fue en la década de los años 70 del siglo XX, *Leboyer*, obstetra francés, considerado el precursor de la humanización del parto, llamaba la atención a la sociedad respecto a la forma en que los seres humanos eran traídos al mundo. Y en el año 2000, donde *Odent M*, comenzó a intencionar la elección de la propia mujer de las posiciones para el parto. Con los autores

mencionados, los términos violencia en la ayuda y humanización se reconocen en la literatura internacional.

Otro acontecimiento importante que permitió la conceptualización de la humanización de la atención del parto fue en una conferencia internacional en el año 1985 en Fortaleza, Brasil, donde la OMS hizo una declaración con 16 recomendaciones basándose en el derecho de cada mujer de tener un papel central en todos los aspectos de la atención, incluso en la planeación, realización y evaluación de la atención (Silin, 2010, p. 4).

La organización mundial de la salud además subraya que se debe enfatizar en la necesidad de que la mujer elija cómo quiere dar a luz, su posición más cómoda, y señala que el verdadero desafío de los profesionales de la salud es brindarles a las mujeres información imparcial en la cual basar las opciones de las posiciones para el parto y consejos sobre cómo prepararse para tener el parto en la posición elegida (Lugones & Ramírez, 2012, p. 142).

Por lo tanto, la humanización no implica solamente acciones para mejorar la calidad de la atención, debe de retomar un poco de la medicina tradicional y vincularlo con rasgos humanísticos, tales como acompañamiento, compasión y afecto, que el uso desmedido de la tecnología.

En este sentido, la humanización aparece como alternativa al exceso de intervencionismo médico, patologización y medicalización construida alrededor de estos procesos, que ha tendido a generar una cultura del nacimiento estandarizada, homogénea, tecnologizada, supeditada a protocolos clínicos e institucionales, y desvinculada de los derechos y necesidades de las mujeres que paren (Castrillo, 2016, p. 6).

4.2.3. Beneficios del parto humanizado

Para poder llevar a cabo el parto de forma natural, la mujer tiene mecanismos en su cuerpo que lo desencadenan. Incentivar a la mujer a confiar en su cuerpo y su capacidad natural de dar a luz, creando un entorno basado en el respeto y la tranquilidad por parte del personal de salud, permitiendo la escogencia de la forma en que quiere controlar el dolor y la posición en la que se sienta más cómoda durante el trabajo de parto, ayuda a la mujer a que se empodere y sea protagonista de este acontecimiento, siendo algunas de las acciones del parto humanizado.

Las prácticas que se realizan en pro de brindar un ambiente tranquilo y empoderar a la mujer antes, durante y después del trabajo de parto, trae beneficios emocionales como físicos,

así lo describen (Macías et al., 2018), cuando habla de una posición adecuada para dar a luz, manifiesta que: “La adopción de una posición vertical de la mujer durante el parto, favorece el flujo de oxígeno y nutrientes hacia la placenta, y por lo tanto, hacia el bebé, evitando el sufrimiento fetal” (p. 410).

El proceso del parto humanizado, brinda momentos emotivos para la madre como es el contacto piel a piel con su hijo y así mismo trae beneficios para el recién nacido, “Está científicamente comprobado que el contacto precoz piel con piel estabiliza la respiración y la oxigenación del bebé, mantiene sus niveles de glucemia, estabiliza la presión arterial, disminuye el llanto e incrementa el estado de alerta y tranquilidad” (Macías et al., 2018, p. 407), además, la lactancia precoz del bebé es otro factor que ayuda a estrechar el vínculo entre ambos y favorece desde las primeras horas del nacimiento “el traspaso de los nutrientes para su crecimiento y desarrollo” (Macías et al., 2018, p. 393).

Es importante resaltar que el acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto por una persona que ellas consideren importante en su vida, es otra forma de intervenir positivamente, ya que permite crear un clima de confianza y seguridad, como lo menciona (Silin, 2010) en el II congreso virtual sobre historia de las mujeres, quien concluyó que el acompañamiento se relaciona con:

Menores tasas de partos operatorios (cesáreas y fórceps), menor necesidad de uso de analgesia durante el trabajo de parto y parto, menor duración del trabajo de parto, mejor percepción de la vivencia del parto, mayor autoestima y menores tasas de depresión postparto e incluso se vio que ayuda a mejorar el apego madre hijo y las tasas de lactancia materna. (pp. 8-9)

Otros beneficios que se ha observado de la influencia del apoyo del acompañante en el trabajo de parto en gestantes, es un estudio realizado por (Aguilar & Rosas, 2013), donde se asoció con “el inicio espontáneo del trabajo de parto; disminución del promedio en el tiempo del trabajo de parto, disminución de los procesos de inducción y acentuación” (p. 16).

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto de que dar a luz es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir alteraciones de la normalidad, y que el personal de salud que participa atendiendo el parto deben favorecerlo, brindando privacidad, un ambiente digno y confidencial, proporcionándole toda la información de lo que sucede durante el parto y brindarle una constante presencia cariñosa y amable, como

frotarle la espalda a la madre, sostenerle las manos, que está comprobado por medio de estudios, como el realizado por (Borges, Sánchez, Domínguez, & Sixto, 2018), donde encontraron que el contacto físico y el apoyo reconfortante del personal de la salud, “reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado” (p. 9).

La atención de parto humanizado ha demostrado mejores resultados respecto de la satisfacción y uso de técnicas. Son diversos los beneficios que se obtienen al realizar una atención de parto humanizado como

La reducción del tiempo en el trabajo de parto, disminución en las tasas de cesáreas, mejor desarrollo y desenvolvimiento de parte de la madre en este proceso, disminución de la percepción de dolor de trabajo de parto, inicio de manera espontánea del trabajo de parto sin la necesidad de intervención farmacológica, mayor participación del padre en el cuidado del recién nacido, lactancia más exitosa durante todo el primer año. (Sevillano Roque, 2016, p. 19)

Cuando la mujer y su pareja conocen los beneficios y riesgos para la madre como para él bebe’, cuando los partos naturales sean respetuosos con las necesidades de la pareja y del recién nacido, donde se establezca una comunicación afectuosa entre la pareja, él bebe’ y el personal de salud, se logrará el parto humanizado donde se considera tanto los derechos de la madre como los del bebé a ser cuidado y asistido con todos los conocimientos, trayendo consigo beneficios físicos y emocionales.

4.3. Enfoque de derechos del parto humanizado

La humanización de la atención del parto va más allá del seguimiento de protocolos, los cursos de Medicina basada en la evidencia científica y Perinatología, del Programa de Psicoprofilaxis o el de maternidad y paternidad responsables; significa el conjunto de elementos necesarios, basados en los conocimientos científico/tecnológicos, las actitudes y convicciones , para lograr que el proceso del parto constituya un acontecimiento trascendental en la vida de la mujer con el cúmulo de sensaciones, percepciones y sentimientos mediados mayoritariamente por la autorrealización personal y la satisfacción de sus necesidades humanas (Borges et al., 2018).

La mujer embarazada tiene derecho a tener una experiencia positiva y maravillosa de su parto, por esta razón la legislación protege la dignidad e intimidad de las

usuarias, de aquí la importancia de dar a conocer los derechos de los pacientes y en especial de la gestante y su especial transcendencia en la atención al parto.

A continuación, se dan a conocer los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto, establecidos en el proyecto de ley no. 063 de 2017 (Cámara-de-Representantes, 2017):

- El derecho a ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica comprenderá, como mínimo, la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención.
- A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad. Para garantizar este derecho, solo estarán presentes en el parto las personas necesarias (Cámara-de-Representantes, 2017).
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias. Es de vital importancia resaltar el consentimiento, que debe obtenerse después de que la usuaria reciba una información adecuada (“Consentimiento informado”), se hará por escrito cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, la aplicación de procedimientos que pudieran suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre su salud (Jefatura-del-Estado, 2002)
- A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los usuarios. Han de evitarse por tanto los juicios morales: “En el

ejercicio de su profesión el médico respetará las decisiones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias” (CGCOM, 2011)

- A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica
- A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.
- A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica

En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones que los hombres. En específico, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979 (General, 1979), establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto (OACDDHH, 1999). En esta línea de ideas, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

Por otra parte, El Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas presentó a la Asamblea General el 12 de junio de 2012 el documento A/HRC/21/22: “Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General”, titulado: “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad”. Entre otros elementos se establece:

- Un enfoque basado en los derechos humanos se ocupa de la salud en general y no de enfermedades aisladas; la premisa es que es necesario empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad maternas. En este enfoque es esencial el reconocimiento expreso del derecho a la salud, con una comprensión completa de la salud sexual y reproductiva, en las constituciones y/o la legislación, junto con el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas para la reivindicación de esos derechos
- Deben adoptarse medidas para abordar los factores sociales que influyen en la salud de la mujer y que afectan al disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. En todos los países, las pautas de mortalidad y morbilidad maternas reflejan con frecuencia las diferencias de poder en la sociedad y la distribución del poder entre hombres y mujeres. La pobreza y la desigualdad de ingresos, la discriminación de género en la ley y en la práctica y la marginación basada en la etnia, la raza, la casta, el origen nacional y otros motivos son manifestaciones de factores determinantes de carácter social que influyen en múltiples derechos
- En un marco de derechos humanos, las mujeres son agentes activas facultadas para participar en las decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva. Para ser eficaz, la participación debe permitir a las mujeres cuestionar la exclusión política y de otra índole que les impide ejercer poder sobre las decisiones y los procesos que influyen en su vida, incluida su salud sexual y reproductiva. Para ello se requiere una participación significativa en la determinación de los problemas, la concepción de las políticas y la asignación de los presupuestos, y en la evaluación de la ejecución de los programas y las políticas. (Humanos, 2012, p. 9)

Dentro del enfoque de derechos de la gestante es indispensable reconocer los derechos que ellas tienen como pacientes, los cuales en Colombia se establecen en la ley estatutaria 1751 del 2015, en su artículo 10° se establece que, las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud (Congreso-de-la-República, 2015):

- A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;
- A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;
- A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

- A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad, de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;
- A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.
- A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.
- A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.
- A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento
- A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio
- Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Del mismo modo, La XXII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, CEPAL-ONU conocida como Consenso de Santo Domingo, en la cual participó México, celebrada del 15 al 18 de octubre de 2013, señala entre otros, los siguientes numerales relacionados con la mujer:

69. Promover, proteger y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, de todos los grupos poblacionales y a lo largo de todo el ciclo de vida, mediante la implementación de leyes, políticas, normas, reglamentos y programas incorporados a los presupuestos nacionales y subnacionales, por cuanto la autonomía física es una dimensión fundamental para el empoderamiento de las mujeres y su participación en la sociedad de la información y el conocimiento en igualdad de condiciones.

82. Asegurar en los servicios de salud que todas las mujeres sean atendidas sin ninguna violencia, en particular la violencia que ocurre durante los partos conocida como violencia obstétrica.(Comisión & Caribe, 2013)

Finalmente, desde un enfoque de derechos, para considerar que el parto y nacimiento humanizados sean posibles, se deben de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades). Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios

5. Normatividad del parto en Colombia

La legislación colombiana otorga la máxima protección a la dignidad e intimidad de los usuarios y su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles. Por esta razón es indispensable que los profesionales de la salud conozcan y eduquen a las gestantes sobre sus derechos, garantizando el respeto por los mismos, por medio de la prestación de servicios seguros y humanizados.

Existe gran cantidad de normatividad relacionada con los derechos de la gestante, la atención del parto y los cuidados del recién nacido; en este capítulo, se dan a conocer las normas más importantes relacionadas con la atención del parto humanizado.

- Proyecto de ley 063 de 2017 - Ley de parto humanizado: por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones. Esta norma tiene por objeto garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y postparto con libertad de decisión conciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos (Cámara-de-Representantes, 2017).

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer.

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto, entre ellas (OMS, 2018):

- Atención respetuosa a la maternidad.
- Comunicación efectiva
- Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.
- Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.

- Para las mujeres sin o con anestesia epidural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.

- Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia

- Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos

- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (Congreso-de-la-República, 1993).

- Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios (Congreso-de-la-República, 2007).

- Ley estatutaria número 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Congreso-de-la-República, 2015).

- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El presente decreto define la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Presidente-de-la-República, 2006).

- El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021: en su dimensión prioritaria, derechos y sexualidad, establece que se garantizara las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas.

En su componente prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos, establece como uno de sus objetivos específicos, desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, de aborto seguro, del parto y del puerperio de todas las mujeres gestantes del país, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

Se proponen además una serie de estrategias para garantizar el cumplimiento de los objetivos mencionados, entre ellas (MinSalud, 2013):

- Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.
- Implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres, el Plan integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias, el Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y los Lineamientos de política pública para la garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado
- Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema y del modelo de seguridad clínica para la atención segura de la mujer durante un evento obstétrico.

- Cero barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de Redes integradas e integrales que incluya: aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutive de las IPS y transporte efectivo.
- Incorporar en la Política Nacional de humanización de los servicios de salud los enfoques de derechos, género y diferencial y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio.
- Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico y de sus hijos e hijas.
- En la Declaración del Milenio se recogieron ocho Objetivos, dentro de ellos se establecen promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y mejorar la salud materna, esto evidencia la importancia del papel que juega la mujer en la sociedad, además, orienta las políticas colombianas hacia el mejoramiento y mantenimiento de la salud de la mujer (PNUD, 2015).

Como se evidencia en este capítulo, la normatividad en Colombia protege a la mujer, dándole especial importancia en la etapa de la gestación, lo que significa que los profesionales de la salud deben hacer cumplir la ley, garantizando los derechos de las gestantes, brindando una atención, segura, humanizada y de calidad, que promueva el bienestar maternofetal y del mismo modo genere un impacto positivo en la salud de la mujer y se reduzcan los costos para las instituciones de salud.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Desarrollar una propuesta para la atención del parto humanizado en las instituciones de salud del Cauca, desde el enfoque de derechos de la gestante, a partir de la búsqueda bibliográfica, 2010-2019, con el fin de mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el parto.

6.2. Objetivos específicos

- Identificar los documentos científicos con mejor evidencia científica mediante la realización de una búsqueda bibliográfica rápida, con el propósito de determinar los requisitos normativos y éticos de la atención del parto humanizado, en el marco del enfoque de derechos.
- Definir una propuesta para la atención del parto humanizado utilizando el enfoque de derechos de la gestante, a partir de la búsqueda de literatura realizada con el fin de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

7. Metodología.

Se desarrolló un estudio cualitativo, porque se observa la realidad a través de un enfoque interpretativo, se estudia las características y cualidades de un fenómeno. “La investigación cualitativa es aquella que utiliza preferente o exclusivamente información de tipo cualitativo y cuyo análisis se dirige a lograr descripciones detalladas de los fenómenos estudiados.” (Cauas) Este es un estudio también de tipo documental, porque trata de interpretar la realidad a través de documentos y otras fuentes de información. “La investigación documental es una técnica que consiste en la selección y compilación de información a través de la lectura crítica de documentos y materiales bibliográficos” (Restrepo, p.1),⁹ es decir, estudia un fenómeno a través del análisis, la crítica y la comparación de diversas fuentes de información.

Se realizó una búsqueda bibliográfica donde se observó y reflexiono a partir de documentos relacionados con la atención del parto humanizado, donde se interpretaron los datos e información, para obtener resultados que pudieran ser la base para el desarrollo del estudio. La investigación se desarrolló en términos descriptivos, ya que “es el procedimiento usado en ciencia para describir las características del fenómeno, sujeto o población a estudiar.” (Morales, 2010, p.3)¹⁰ Al contrario que el método analítico, no describe por qué ocurre un fenómeno, sino que se limita a observar lo que ocurre sin buscar una explicación. Este tipo de estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se sometido a análisis.

Este tipo de investigación no comprende el empleo de hipótesis ni predicciones, sino la búsqueda de las características del fenómeno estudiado que le interesan al investigador. Se

interpretaron acciones, lenguajes, hechos funcionalmente relevantes, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos.

La estrategia de búsqueda adoptada fue la utilización de las palabras clave o descriptores, conectados por intermedio del operador booleano AND.

Las palabras clave empleadas fueron: parto humanizado, derechos de la gestante, parto normal. De esta forma, fueron utilizadas para la búsqueda de artículos referidos descriptores en idioma español. La investigación fue realizada en la base de datos Google académico y en las bases de datos de la universidad ean, en otras bases de datos como, dialnet, Scielo, Redalyc y medigraphic.

En primer lugar, en la base de datos google académico se realizó la búsqueda con la palabra clave parto humanizado, obteniendo aproximadamente 11.000 resultados, con la palabra clave parto normal se obtuvo aproximadamente 17.400 y con la palabra clave derechos de la gestante 15.600 resultados. Posteriormente, en la base de datos de la universidad EAN, con la palabra clave parto humanizado se encontraron 88 resultados, con parto normal, se encontraron 311, y con la palabra clave derechos de la gestante, 57 resultados. En la base de datos dialnet al realizar la búsqueda se obtuvo como resultado con la palabra clave parto humanizado 374 artículos, con la palabra parto normal 4335 resultados, con la palabra derechos de la gestante 94 documentos. En Scielo se obtuvo con la palabra clave parto humanizado 228 resultados, con parto normal 780 resultados. En redalyc se encontraron 544 resultados con la palabra parto humanizado, 9817 con parto normal. En la base de datos medigraphic al realizar la investigación con cada palabra clave se limita la búsqueda a máximo 100 resultados.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: artículos en español disponibles en los portales de datos seleccionados que presentaban adherencia a la temática, publicados entre el año 2010 y 2019, que presentaran de manera clara la metodología o referencial teórico seleccionado. Los criterios de exclusión fueron las pesquisas que se encontraron repetidas en las bases de datos. Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron todos los casos que no procedía realizar un parto normal y espontáneo. Se trataban de casos en los que había necesidad de instrumental o bien de intervención de emergencia. Estos

criterios sirvieron para discernir artículos que contenían evidencia sobre la materia de estudio de esta revisión.

Se emplearon fuentes secundarias de información, como, artículos, bibliografías, revistas, obtenidas por medio de la búsqueda en internet; para la elección pertinente de la información se utilizó un método de muestreo no probabilístico de juicio, con el fin de seleccionar la información con base en el conocimiento y criterio del profesional.

Tras la identificación de los estudios por medio de la matriz, además de la relevancia que se determinó por las veces en que habían citado dichos documentos. Se llevó a cabo la lectura de los títulos de las publicaciones, resúmenes y palabras clave, comprobando la pertinencia con el estudio, debiendo estar adherido a la temática abordada. Posteriormente fueron seleccionados 60 estudios que cumplían con los criterios planteados.

A continuación, se describen de manera breve las variables empleadas en la investigación:

- Género (mujer): se tuvo en cuenta a la población femenina.
- Trabajo de parto: se incluyeron artículos que abordaron el tercer trimestre de gestación, el trabajo de parto y nacimiento.
- Parto: se incluyeron artículos enfocados en la culminación del embarazo.
- Derechos: se tuvieron en cuenta los derechos del paciente, derechos de la mujer y específicamente de la gestante.

Para realizar el análisis de la información se empleó la matriz de rastreo bibliográfico, por medio de esta herramienta se facilitó el entendimiento, síntesis y análisis de la información obtenida, además, permitió llevar un orden lógico de la referenciación bibliográfica.

8. Propuesta para la implementación del parto humanizado

La Organización Mundial de la Salud refiere que los siguientes elementos son indispensables para mejorar el trabajo de parto y reducir los resultados adversos del nacimiento:

8.1 Apoyo psicoemocional

El acompañamiento a la mujer durante el proceso de parto por una persona de confianza, es la base de la humanización del parto y consta del apoyo físico, emocional y también profesional que va a ayudar a la gestante a vivir este momento de la mejor forma posible.

Se ha demostrado la eficacia del apoyo como alivio durante el parto, ya que mejora aspectos de la fisiología del proceso de parto generando efectos gratos para la materna. En el estudio realizado por (Moreno, 2019) menciona que el acompañamiento, “reduce la sensación de ansiedad producida por las catecolaminas, que se asocian a: vasoconstricción, disminución de flujo materno-fetal, disminución de la contractibilidad uterina, entre otros” (p. 21). Al reducir la situación de estrés del organismo, se ayuda al progreso adecuado del proceso de parto, además de aumentar la satisfacción materna.

Para que el proceso de apoyo sea efectivo, en el estudio aludido anteriormente, nombran unas características que debe cumplir:

la primera es el apoyo informativo, que hace referencia a dar información y consejo sobre el proceso, la evolución, decisiones a tomar y situación actual, el segundo es el apoyo físico, consiste en ofrecer medidas para la comodidad de la madre y el alivio del discomfort durante el proceso de parto, el tercero es el apoyo emocional, que consiste en acompañar de forma continua durante el transcurso del parto, con actitud amable y empática, y por último, también hay que tener en cuenta la representación de la gestante en el parto, hacerle partícipe a la gestante sobre las decisiones y deseos a lo largo del parto (Moreno, 2019, pp. 21-22).

La importancia del apoyo continuo durante el parto, radica en que es una intervención que ayuda a disminuir la ansiedad o depresión de las mujeres, así como para aumentar sentimientos positivos durante este proceso. El estudio realizado por (Ramírez & Rodríguez, 2014) cita que “el apoyo recibido de las mujeres por parte de la pareja era más satisfactorio y suponía menores niveles de ansiedad o depresión, así como un mayor grado de apoyo posnatal que si estuviera acompañada de una amiga o no tuviera apoyo” (p. 4). Lo cual pone de manifiesto la importancia del acompañamiento que proporcionan los padres.

El acompañamiento materno por parte de la pareja o el familiar es una práctica positiva que debería de realizarse por sus efectos favorables en la madre y el recién nacido. El estudio de (Giraldo et al., 2015) señalan que “el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de

parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas” (p. 1).

El estudio encontró también, “que las mujeres que recibieron apoyo continuo y personal tuvieron menos probabilidad de necesitar analgesia, tener un parto vaginal instrumentado, tener un parto por cesárea, informar insatisfacción o una valoración negativa en relación con la experiencia del parto” (Giraldo et al., 2015, p. 2). Por lo anterior se puede decir que el respaldo de las madres, la presencia de un familiar, el aporte de información y el uso de palabras amables fueron considerados elementos fundamentales para la mujer en trabajo de parto.

Frente al acompañamiento del personal de la salud, se debe hacer todo tipo de esfuerzo para asegurarse de que todas las mujeres reciban apoyo, no sólo de las personas allegadas, sino también de acompañantes profesionales. Este apoyo debe incluir la presencia constante, que se otorguen medidas de alivio y confort y que se brinde aliento continuo. Los profesionales de enfermería deben ser percibidos por las gestantes como confortables, en la medida en que son delicados en el trato, ayudan, sonrían y brindan un cuidado adecuado.

8.2 Posición durante el trabajo de parto

El parto, como proceso natural y fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno ha tenido en diferentes épocas y momentos de la historia diversas formas en las que ha ocurrido, las cuales se describen a continuación.

Desde la antigüedad se conoce que los partos eran asistidos por matronas y la posición utilizada era la vertical, para conocer un poco más de la historia se va a mencionar de manera breve las posiciones adoptadas para parir en algunas etapas de esta época (Serrano, S. f.):

En la etapa bíblica se evidencia que hubo abundantes conocimientos médicos, y existían comadronas dedicadas a las enfermedades de la mujer y alumbramientos. En el Talmud judío hay referencia a que las comadronas asistían los partos normales y que la posición principal era con la mujer sentada o en cuclillas

En Egipto, Se observa en las imágenes que parían de rodillas, o sentadas en sillas especiales; en los jeroglíficos se observa a las mujeres también pariendo de cuclillas o agachadas sobre ladrillos como apoyo para empujar. En estas fuentes iconográficas la posición más representada es la de la parturienta sentada.

En Grecia durante la época de Hipócrates y Sócrates existían sillas de parto con asiento abierto y respaldo inclinado, del mismo modo, en el Imperio Romano las matronas y médicos pensaban que parir sentada era más fácil, por lo que llevaban un taburete a las casas donde se iba a producir el alumbramiento. Se realizaba en una silla en la que en el asiento había un agujero en forma de luna creciente por el cual el recién nacido pasaba en el momento del parto.

Como se ha podido identificar, en la antigüedad la postura de la mujer para dar a luz fue primordialmente la posición vertical, sin embargo, durante la historia de la humanidad, las diferentes posiciones adoptadas en el parto por las mujeres han ido cambiando hasta la posición que más se practica en la actualidad. Antes, durante el parto la mujer tenía mucha movilidad previamente y durante el período expulsivo, y la mayoría, como muestran en las imágenes de pinturas y figuras de la antigüedad, eran partos donde abundaba la verticalidad. Con el desarrollo de la ciencia, durante los últimos años, la mayoría de las mujeres adoptan la posición de litotomía durante el parto ya que es la posición más cómoda para los asistentes al mismo (personal sanitario) con el fin de garantizar el control del bienestar fetal (Makuch, 2010).

Debido a los cambios que se han presentado a lo largo de la historia, se va a realizar una descripción breve de las ventajas y desventajas entre la posición vertical adoptada durante la antigüedad y la horizontal, la cual se ha establecido en la práctica clínica, durante los últimos años, esto con el fin de que las instituciones de salud pongan en práctica la mejor posición para la materna.

El parto en posición de Decúbito dorsal (litotomía)

El proceso del parto se ha venido transformando en las últimas décadas, pues la asistencia del mismo se ha estado realizando en un medio hospitalario y con personal especializado. En la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así, un parto seguro para garantizar el bienestar del mismo. De esta

manera, se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad (Lugones & Ramírez, 2012).

Del mismo modo al ser asimilada la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción de este concepto, a ser considerado como una enfermedad que requería ser atendida por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital. El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico (Bernardo, 2004).

Históricamente fueron importantes los escritos del médico francés François Mauriceau, quién argumentó en el siglo XVII, sobre la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, para facilitar la exploración y la asistencia obstétrica con la utilización de los fórceps.

La posición supina o en semidecúbito para el nacimiento se usa ampliamente en la práctica obstétrica contemporánea, debido a que la principal ventaja señalada es el fácil acceso del obstetra al abdomen de la mujer para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, así mismo quienes cuidan de las mujeres en trabajo de parto se sienten cómodos con la posición dorsal porque es la posición en la que habitualmente reciben capacitación para atender los partos, incluyendo los partos vaginales (Lugones & Ramírez, 2012).

Como se ha visto, en la antigüedad durante el parto la mujer elegía la posición más cómoda permitiendo su movilidad y la posición vertical. Los servicios de atención al parto han cambiado mucho en los últimos años por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque en la actualidad la asistencia al parto se centra en la pasividad y horizontalidad, posición considerada muy medicalizada. Este tipo de asistencia se quiere cambiar, por eso la OMS propone las nuevas recomendaciones y así, que la posición del parto sea de nuevo elegida por la mujer.

Como se expone en el estudio “comparación de los beneficios de la posición vertical durante el parto frente a otras posiciones” Ana Paniagua Torres (2016), se plantean las ventajas de la posición horizontal:

- Menor riesgo de pérdida de sangrado intraparto y hemorragias posparto.
- Favorece la comodidad del personal médico en la atención del parto. Algunas posiciones tradicionales verticales son incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos y médicas).
- Favorece la revisión médica.

Del mismo modo se describen de manera breve las desventajas de la posición horizontal teniendo en cuenta el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, enfoque humanizado, intercultural y seguro (Secretaría-de-Salud, 2018).

- Efectos respiratorios: La posición horizontal de la mujer favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo úteroplacentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.

- Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. Se disminuye el gasto cardiaco y se depleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural).

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, contribuyendo con la hipoxia fetal.

- Efectos mecánicos: La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna de la mujer, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas, además de disminuir los diámetros pélvicos

- Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- Efectos psicológicos. Cuando la mujer en trabajo de parto se encuentra acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. La experiencia negativa y traumática del parto puede generar depresión posparto y rechazo de la madre hacia su hijo.
- Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la mujer, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no participación de la mujer, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

Posición vertical (Secretaría-de-Salud, 2018):

Ventajas del parto vertical:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la mujer gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección").
- Efectos musculares. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.

- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácidobase en los recién nacidos
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo
- Disminuye la posibilidad de prolapso de cordón

Desventajas del parto vertical

- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para el personal médico.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo

Finalmente se puede evidenciar que la posición vertical en el parto favorece la salud mental y física de la mujer, tiene menos riesgos de presentar complicaciones, agiliza y facilita el proceso del parto y le permiten a la mujer empoderarse de su cuerpo y de su parto, así mismo hace de esta una experiencia maravillosa para la mujer y su familia.

8.3. Contacto madre/hijo piel a piel y lactancia materna inmediata al nacimiento

El contacto madre-hijo/a piel a piel irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.

El contacto piel con piel (CPP) temprano, consiste en colocar al recién nacido (RN) desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después (OMS, citado por A. Herrera, 2013, p. 1). Esto con el fin de que la madre y el bebe tengan su primer contacto y se inicie su vínculo afectivo.

En las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la

adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo (OMS, citado por A. Herrera, 2013, p. 1).

El contacto que se realiza apenas nace el bebé con su madre, es un factor protector para los dos y genera un vínculo inigualable, además la madre siente gran satisfacción y las experiencias de dolor durante el parto tienden a desaparecer luego de que tiene el contacto directo con su bebé.

Según el Comité de Lactancia Materna (CLM, 2017) de la Asociación Española de Pediatría La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados

- Permite una adecuada transición del recién nacido favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con rápida mejoría de la oxigenación, regulación de su temperatura corporal y disminución del gasto energético.
- Confiere una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna.
- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro
- Mejora el vínculo afectivo madre/hijo.
- Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo (p. 2).

Así mismo otros de los beneficios encontrados para la madre y el recién nacido son: favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos, favorece la adaptación a la vida extrauterina: o disminuye los niveles de estrés en el bebé (disminución de cortisol en sangre), disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando

la adaptación metabólica, mejora la estabilidad cardiorespiratoria, disminuye el tiempo de llanto, favorece el agarre correcto al pecho, disminuye la ansiedad materna y el dolor por ingurgitación mamaria, además de aumenta la frecuencia y duración de la lactancia materna. (Herrera Gómez, A. 2013, pp 4-5).

Es notorio que la cantidad de beneficios que tiene el contacto piel a piel (CPP) tanto para la madre como para el recién nacido, son fundamentales para la adecuada adaptación de ambos a sus nuevos roles y funciones, así como disminuye los factores estresantes para el binomio madre/hijo.

De modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas. Además, en un estudio reciente realizado en Ghana, mostró que el fomento del inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la sobrevivencia del niño. Se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amantara a todos los neonatos a partir del 1er día de vida y el 22% si se lo hiciera dentro de la primera hora (Secretaría-de-Salud, 2018, p. 49).

Claramente son varios los beneficios que trae el contacto piel a piel entre la madre y el hijo, los cuales nos confirman que todas las instituciones que atienden a las gestantes en su parto deben de contar con políticas de humanización en su atención, donde el primer paso a realizar después del parto sea que el recién nacido tenga contacto con su madre. Claro está que para este contacto temprano deben estar unas características que debe tener el recién nacido tales como “RN a término o en el pretérmino tardío (35-37 semanas), con líquido amniótico claro, respira o llora sin dificultad y que presenta buen tono muscular” (Herrera

Gómez, A., 2013, pp. 4-5). Estos son algunos de los aspectos que debe tener el recién nacido para que se coloque en CPP con su madre, claro está que es el personal de salud el que debe valorar las condiciones del menor para definir después del nacimiento cual es el siguiente paso a realizar.

Dentro de las principales ventajas que encontramos en el CPP, es el inicio temprano de la lactancia materna (CLM) que trae beneficios para la supervivencia y desarrollo. La LM promueve la supervivencia infantil, la salud y el desarrollo cerebral y motor. Si bien la LM brinda beneficios de por vida tanto a la madre como al niño, los riesgos de no recibirla son mucho más pronunciados en la infancia. El inicio temprano de la LM y su empleo exclusivo durante los primeros seis meses de vida previenen la mortalidad, en gran medida porque reducen el riesgo de contraer enfermedades infecciosas (OMS, 2010, p. 1).

Cómo debe realizarse el contacto piel a piel entre la madre y su hijo:

- Ponga el recién nacido en decúbito prono (acostado boca abajo) sobre el abdomen de la madre y seque con toallas o paños tibios de forma céfalo-caudal. Poco a poco el recién nacido se desplazará y llegará al pecho materno, a través de estímulos táctiles y de olor.
- Ponga gorro y ofrezca opción de pañal según los deseos de la madre.
- Identifique al recién nacido sin separarlo de la madre y muestre identificación a la madre.
- Confirme adecuada técnica de amamantamiento.
- Posponga las medidas antropométricas, las maniobras preventivas (aplicación de vitamina K, profilaxis oftálmica) y la exploración completa.
- El proceso de contacto piel a piel debe ser supervisado y controlado por un profesional de la salud. Se debe verificar el estado de la madre.

- En casos en que la madre y el recién nacido deban ser separados inicialmente, si en pocos minutos se comprueba que la situación de ambos es adecuada, se debe iniciar el contacto piel con piel lo antes posible.
- Si la madre, por su estado de salud, no puede estar en contacto piel con piel con su hijo, se recomienda el contacto piel con piel con el padre.
- Aprenda a valorar al recién nacido sobre el pecho materno y a adjudicar el test de Apgar sin separar al niño de su madre. Esto requiere de un entrenamiento progresivo hasta que poco a poco adquiera la destreza en esta valoración. (Primaria, 2014)

Con estos sencillos pasos se fortalece el vínculo entre madre e hijo y aportar grandes beneficios como los mencionados anteriormente. Es aquí donde el personal de salud tiene un papel fundamental, en primer lugar, en la educación temprana sobre el CPP y la importancia de lactancia materna para el recién nacido, contribuyendo así al inicio temprano de la lactancia materna y a disminuir la mortalidad neonatal.

8.4. Elementos operativos para facilitar las condiciones de aplicación e implementación de la atención del parto humanizado en las instituciones de salud:

La Secretaría de Salud de México, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), definieron diferentes implementos que facilitarían la atención humanizada de las mujeres en el parto con el enfoque de la humanización, respondiendo tanto a las expectativas de las mujeres —indígenas y no indígenas—, como a las del personal de salud y las de parteras tradicionales.

Según un estudio realizado por las entidades mencionadas en conjunto con un equipo obstétrico, se definió que el elemento para atender los partos de manera humanizada debía cumplir con los siguientes criterios:

- Debía de facilitar por lo menos las posiciones de sentada e hincada
- Que incorporara o permitiera elementos para que las mujeres se pudieran sostener con un punto de apoyo en las manos y abrir su capacidad pulmonar.
- Que tuviera elementos para que los talones tuvieran un punto de apoyo y así poder facilitar el trabajo de los músculos abductores y facilitar la apertura del canal del parto.
- Que permitiera la participación del familiar como sostén físico y emocional, atrás de la mujer.
- Que la mujer pueda estar cómoda y cambiar de posición.
- Que también el personal de salud que atienda el parto se encuentre cómodo.
- Debía de poder utilizarse con éxito tanto en regiones urbanas, como en rurales e indígenas, tomando en cuenta las diferentes expresiones culturales
- El costo debía estar dentro de lo presupuestado por la institución.

Al final de una rigurosa búsqueda, establecen en este estudio que la mesa obstétrica era ideal para facilitar la atención en posición vertical por personal médico de hospitales y centros de salud. Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el péndulo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales, sentada, en cuclillas o hincada. A continuación, se observa la mesa obstétrica.



Figura 1. Mesa obstétrica para la atención del parto humanizado intercultural en posición vertical. Tomado de: (Secretaría-de-Salud, 2018)

Además de la mesa obstétrica, establecen la necesidad de implementar el banco obstétrico en forma de “U”, similar a algunos banquitos que las parteras utilizan, que permite la posición sentada de la mujer en trabajo de parto, con la posibilidad de que su acompañante esté detrás sentado/a cómodamente en una silla. Este elemento se puede observar a continuación.



Figura 2..Banco obstétrico en forma de “U ”Tomado de: (Secretaría-de-Salud, 2018)

Se establece también la necesidad de implementar el banco obstétrico ergonómico, que permite varias alturas y posiciones para el parto, permite las posiciones: hincada, por delante y por detrás; sentada, sentada acucillada, en cuclillas y en cuatro puntos. Este elemento se observa a continuación.



Figura 3. Banco obstétrico ergonómico Tomado de: (Secretaría-de-Salud, 2018)

Para la comodidad del personal de salud, se propone además la implementación del banco “kanché”, que facilita la atención del parto en los bancos obstétricos, de manera que la persona que atiende se sienta cómoda, debido a que cuenta con una curvatura propia del cuerpo y lleva un cojín desprendible, además, posterior al parto se puede utilizar para que la mujer descansa sus pies.



Figura 4. Banco “kanché” Tomado de: (Secretaría-de-Salud, 2018)

Del mismo modo se evidenció en el estudio, que las mujeres usuarias de los servicios de salud, relataban sus experiencias en la atención en los hospitales y centros de salud, expresando el haberse sentido avergonzadas, intimidadas y humilladas por utilizar las batas convencionales que se ofrecen regularmente en los servicios, las cuales como no compensan

la gravidez, se suben como minifaldas y que se abren fácilmente de atrás. Además, no facilita el apego inmediato al nacimiento, por lo que prácticamente hay que desnudar a la mujer. Por esta razón se recomienda utilizar la bata humanizada para facilitar el apego inmediato, esta es una bata un poco más larga y amplia que la estándar para compensar la gravidez y que facilite que cubra más el frente. Tiene mayor traslape atrás y listón seguro, para cubrir más a la persona, es una bata que puede desprender cada lado del pecho de manera independiente o conjunta para facilitar el apego inmediato al nacimiento y la lactancia. (Secretaría-de-Salud, 2018).



Figura 5. Bata humanizada. Tomado de: (Secretaría-de-Salud, 2018)

8.5. La música como una estrategia de humanización durante el trabajo de parto:

Para llegar a una humanización del parto efectiva entre las dos partes, un ejemplo de las alternativas que se pueden implementar en su atención es la utilización de la música en el servicio como nueva forma de cuidar, pues esta facilita la concientización de emociones, la comunicación interpersonal, y la posibilidad de concentrarse en aspectos saludables del paciente internado (Vargas, 2018).

Este es un instrumento importante en la reducción del sufrimiento causado por la internación y en la promoción de la salud y mejoría de la calidad de vida del paciente, de la familia y del propio equipo de salud, puesto que, cuando es elegida correctamente, con ritmo y melodía armoniosos, la música es capaz de estimular el hipotálamo para que libere endorfina y funciona como un sedativo muy eficaz, además de propiciar reacciones como reducción de latidos cardiacos, disminución de la tensión arterial, mejoría de la expresión de los sentimientos y de la comunicación entre el profesional y el paciente (Correa, citado por Vargas, 2018).

En el campo de la obstetricia también se puede aplicar la musicoterapia: en el embarazo, durante el trabajo de parto, etc., para fortalecer el vínculo prenatal y permitirle a la madre vivenciar más placenteramente su embarazo, tanto física como psicológicamente, esta estrategia produce beneficios importantes para la madre, su familia y el equipo de salud, tales como (Minaya, 2015):

- Reducir ansiedad antes y durante la cirugía u otros procedimientos médicos.
- Facilitar la anestesia y el recobro de la conciencia.
- Brindar diversión y distracción durante el procedimiento médico. - Incrementan la autoestima. - Estimulan a formar nuevas relaciones sociales.
- Maximizar los efectos de la medicación contra el dolor.
- Facilitar la relajación durante el trabajo de parto y el alumbramiento.
- Brindar asistencia en el monitoreo y control de respuestas fisiológicas durante el procedimiento médico.

Al respecto de la musicoterapia en el embarazo, debe incluirse dentro de un equipo interdisciplinario y compartir su trabajo con el Médico, obstetra, el anestesista, el

neonatólogo, etc. Las ventajas y beneficios que brinda la musicoterapia durante el embarazo son (Minaya, 2015):

- Mejora la calidad del embarazo, del trabajo de parto y el nacimiento del bebé, reduciendo el nivel de ansiedad de la futura mamá y el stress neonatal.
- Favorece el control del dolor que sufre la futura mamá durante las contracciones propias del trabajo de parto y del parto por medio de la mejora de las condiciones funcionales, hormonales, y psico-emocionales de la embarazada y parturientas.
- Reduce la cantidad de analgésicos administrados.
- La mamá se compenetra en el área física, psíquica y emocional.
- El feto se relaciona con melodías que reconocerá dentro del útero y estimularan su sistema neurovegetativo, ya que la música opera como neurotransmisor interactivo actuando directamente sobre el sistema celular e hipofisario del feto, dejando grabadas diversas sensaciones que vivió durante la gestación.

9. Conclusiones

- La salud de la gestante es considerada a nivel mundial como un indicador de desarrollo humano y por tanto de alto impacto social, por esto, se han establecido medidas para asegurar un cuidado según las necesidades identificadas en su contexto, como asignar personal calificado, mejorar el acceso a los servicios de salud, educar a la gestante y su familia, así como el establecimiento de normas nacionales e internacionales que mejoren la calidad del cuidado, las cuales incluyen humanizar la atención como elemento indispensable.
- El período de trabajo de parto, parto y posparto, requieren de una labor rigurosa e integral por parte del personal de salud hacia la gestante y su familia. Esta labor debe incluir prácticas clínicas basadas en evidencia científica, aplicación de principios éticos y morales, privilegiando el papel la gestante como protagonista en

este proceso, además, emplear intervenciones eficientes que incluyan apoyo emocional y espiritual, con el fin de promover la calidad de la atención.

- Se deben impulsar prácticas que estén dirigidas al logro de la mejor calidad de salud materna; por ejemplo, permitir la movilidad sin restricciones durante el trabajo de parto normal; permitir la posición deseada por la gestante al momento del parto; promover el contacto piel a piel y la lactancia materna; facilitar el acompañamiento de un ser querido; utilizar anestesia y cesáreas solo en los casos estrictamente necesarios; promover una fisiología del parto y posparto para que sean atendidos como procesos naturales que solo se cuidan, no se curan.

- La revisión bibliográfica realizada, permitió seleccionar información confiable, generada por investigaciones clínicas relacionadas con el tema desarrollado, por medio de la aplicación de criterios de selección, valoración de las características y pertinencia de los estudios, esta técnica facilitó la síntesis e interpretación de los resultados y finalmente la construcción de la propuesta.

10. Recomendaciones

- Las futuras investigaciones que aborden el tema de parto humanizado, deberían incluir estudios que permitan evaluar la costoefectividad de implementar un modelo de parto humanizado en las instituciones de salud, además, los obstáculos en la adopción de tales intervenciones y aquellas estrategias a emplear para superarlos.

- Se requieren estudios que evalúen la adherencia al modelo que asegura la atención del parto humanizado y las barreras en el acceso, en la estructura, en los procesos de atención que limitan su aplicación, así como, la evaluación de indicadores que permitan verificar el cumplimiento de los estándares de la atención de trabajo de parto con excelencia.

- Seguir fomentando la humanización en la atención del parto, haciendo énfasis en las recomendaciones planteadas, como la elección de la posición del parto, el acompañamiento del parto y el apoyo emocional.

Referencias

- Aguilar, N., & Rosas, D. (2013). *Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el hospital de la unión, durante el segundo trimestre del 2013*. (Obstetricia y Puericultura Trabajo de grado). Universidad Austral de Chile, Retrieved from <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fma283i/doc/fma283i.pdf>
- Al Adib, M., Ibañez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med. leg. Costa Rica*, 34(1).
- Andrago, J., & Gualán, P. (2014). *Índice de cobertura en atención del parto institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el período enero 2013 a septiembre 2013* (Obstetricia Trabajo de investigación). Universidad Central del Ecuador, Quito. Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4465/1/T-UCE-0006-93.pdf>
- Argüello-Avenidaño, H., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 13-29.
- Arnau, J., Martínez, M., Nicolás, M., Bas, E., Morales, R., & Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7, 225-247.
- Bernardo, A. (2004). Parir como diosas: recuperando el parto vertical. *Triple Jornada*, 69.
- Biurrun Garrido, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y autocontrol*. (Doctorado en Ciencias Enfermeras). Universidad de Barcelona, Barcelona. Retrieved from https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R., & Sixto, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-16.
- CAOG. (2016). Parto vaginal asistido. In A. C. o. O. a. Gynecologists (Ed.), (pp. 1-4). Washington DC.
- Castrillo, B. (2016). *Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales*. Paper presented at the II Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS), La Plata.
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis_de_la_atencion_medica_de_embarazos_y_partos_aportes_conceptuales.pdf
- Cauas, D. Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. . In.
- CGCOM. (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*. In C. G. d. C. O. d. Médicos (Ed.), (pp. 58).
- CLM. (2017). *Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha*. Retrieved from España:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
- Cobo, C. (2016). *La violencia obstétrica*. (Enfermería Trabajo de grado). Universidad de Cantabria, Retrieved from
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=4>
- Comisión, & Caribe, e. p. A. L. y. e. (2013). *Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Congreso de Santo Domingo*. . In. Santo Domingo.
- Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, 100 C.F.R. (1993).

- Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, 112 C.F.R. (2007).
- Ley estatutaria No. 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, No. 1751 C.F.R. (2015).
- Cáceres-Manrique, F. M., & Nieves-Cuervo, G. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128-134. doi:DOI:
<http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>
- Ley 063 de 2017, por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado, Ley 063 C.F.R. § XXVI (2017).
- DANE. (2018). *Estadísticas vitales. Cifras Definitivas 2017*. Retrieved from Bogotá:
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2017.pdf>
- García, Z., Guillén, C., & Acevedo, P. (2010). Humanismo durante la atención del trabajo de parto. *Rev CONAMED*, 15(3), 152-154.
- Resolución 34/180. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, (1979).
- Giraldo, D. I., González, E., & Henao, C. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av Enferm*, 33(2), 271-281.
doi:<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
- González, I. (2013). La cesárea. *Revista Digital de Iconografía Medieval*, V(10), 1-15.
- Gutiérrez, A. M., Villamizar, E., & Villamizar, S. (2018). *Percepción que tienen las gestantes sobre el autocuidado*. (Enfermería Trabajo de grado). Universidad Cooperativa de Colombia, Retrieved from
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8934/4/2018_Percep%C3%B3n_Gestantes_Autocuidado.pdf

- Gómez, L. (2018). *Factores de riesgo de parto instrumentado en el Complejo Hospitalario Universitario de la Coruña*. (Enfermería Trabajo de grado). Universidad de la Coruña, Retrieved from https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/20885/G%C3%B3mezVi%C3%A9itez_Laura_TFG_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 79-82. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>
- Herrera, J. A., & Herrera, J. P. (2014). Mortalidad materna evitable: meta del milenio como propósito nacional. *Superintendencia Nacional De Salud*, 6, 4-9.
- Humanos, O. d. A. C. p. l. D. (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*. In (pp. 1 - 22). 2 de julio de 2012.
- ICONTEC. (2016). Humanización de la atención. Retrieved from <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, § 274 (2002).
- Lugones, M., & Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 38(1), 134-145.
- Macías, M., Alvarado, J., Piloso, F., Galarza, G., Quishpe, M. C., & Triviño, B. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415.
- Makuch, M. (2010). Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto. In OMS (Ed.): OMS.

- Mas-Ponsa, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., & Escrivà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*, 26(3).
- Minaya, M. (2015). *Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante abril – junio 2015*. (Obstetricia Trabajo de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4360/Minaya_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de salud y protección social, M. (2019). *Marco político de la salud y derechos sexuales y reproductivos*. . In. Colombia
- Resolución 412. Norma técnica para la atención del parto, (2000).
- MinSalud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- MinSalud. (2014). Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. In M. d. S. y. P. Social (Ed.). Bogotá.
- MinSalud. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Morales, E. (2017). *Estado actual de su solicitud radicada bajo el No. 201742302282172*. Retrieved from Bogotá: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201711602255421%20de%202017.pdf
- Morales, S., Guibovich, A., & Yábar, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos *Horiz Med*, 14(4), 53-57.
- Moreno, A. (2019). *Propuesta de mejora para la atención al parto humanizado: adecuación del espacio de la unidad de partos del complejo hospitalario de navarra - b y*

ampliación de la oferta de métodos alternativos a la anestesia epidural para el alivio del dolor de parto. (Enfermería Trabajo de grado). Universidad Pública de Navarra, Navarra, España. Retrieved from https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/33371/moreno_112146_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Recomendación general No. 24. La mujer y la Salud, Recomendación general No. 24

C.F.R. (1999).

OMS. (2010). ¡El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo! In OMS (Ed.).

OMS. (2014). Mortalidad materna. In OMS (Ed.): OMS.

OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. In OMS (Ed.). Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, O. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasa de cesáreas.* In (pp. 8).

Paniagua, A. (2016). *Comparación de los beneficios de la posición vertical durante el parto frente a otras posiciones.* (Enfermería Trabajo de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid. Retrieved from <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17722/TFG-H447.pdf;jsessionid=A1435F152D8DA6DB61129533AF0A0875?sequence=1>

PNUD. (2015). *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2015.* Retrieved from <https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinformedoc-2015.pdf>

Decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud 1011 C.F.R. (2006).

- Primaria, S. E. d. P. E. y. A. (2014). *Simulación avanzada de asistencia y estabilización del recién nacido en sala de parto*. . In (pp. 1 - 84).
- Ramírez, H., & Rodríguez, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. *Matronas Profesionales*, 15(4), e1 - e6.
- Rocha-Acero, M., Socarrás-Ronderos, F., & Rubio-León, D. (2019). Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 37(1), 53-65.
- Rubio-Romero, J., Fonseca-Pérez, J., Molina, S., Buitrago Leal, M., Zuleta, J., Ángel-Müller, E., . . . Sánchez, A. (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 139-151.
- Sandoval-Vargas, Y., & Eslava-Schmalbach, J. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009). *Rev. salud pública*, 15(4), 577-588.
- Secretaría-de-Salud. (2018). Guía de implementación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. In S. d. Salud (Ed.).
- Serrano, I. (S. f.). *Apuntes históricos de la profesión de matrona a propósito de la exposición de "matronas y mujeres en la historia"*.
- Sevillano Roque, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016*. (Obstetricia Trabajo de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4741/Sevillano_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Silin, J. (2010). *De mujeres, matronas, doulas y partos*. Paper presented at the II Congreso virtual sobre historia de las mujeres, España.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4095877>

Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias . . *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 73 171 -180.

UNFPA. (2018). Por el derecho a una maternidad deseada, saludable y segura. Retrieved from <https://colombia.unfpa.org/es/news/por-el-derecho-una-maternidad-deseada-saludable-y-segura>

Vargas, J. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica*. (Enfermería Trabajo de grado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Retrieved from

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/926/1/Monograf%C3%ADa%20Atencion%20del%20parto%20Humanizado.pdf>

Vela-Cora, G. P. (2015). *Percepción del paciente sobre la atención humanitaria en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período marzo-abril de 2015*. (Obstetricia Trabajo de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Retrieved from

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf