IMPLICACIONES DEL PARTO HUMANIZADO EN COLOMBIA

ESTUDIANTES

KELLY DAHIANA LARGO HENAO

LUCY NAYIBE RAMIREZ

FERRER

ASESOR MAURICIO VASCO RAMÍREZ

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

FACULTA DE MEDICINA UNIVERSIDAD CES

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA EMPRESARIAL ALEXANDER VON HUMBOLDT

ARMENIA-QUINDIO

2023

IMPLICACIONES DEL PARTO HUMANIZADO EN COLOMBIA

ESTUDIANTES

KELLY DAHIANA LARGO HENAO

LUCY NAYIBE RAMIREZ

FERRER

ASESOR MAURICIO VASCO RAMÍREZ

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

FACULTA DE MEDICINA UNIVERSIDAD CES

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA EMPRESARIAL ALEXANDER VON HUMBOLDT

ARMENIA-QUINDIO 2023

TABLA DE CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 3
   1.1 Antecedentes y planteamiento del problema 3
   1.2 Justificación 6
2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL 7
   2.1 Salud materno-perinatal: 7
   2.2 Parto: 9
   2.3 Rol del talento humano en salud: 10
   2.4 Normativa para la atención del parto: 11
3. OBJETIVOS 12
   3.1 Objetivo general 12
   3.2 Objetivos específicos 12
4. DISEÑO METODOLÓGICO PRELIMINAR 12
5. BIBLIOGRAFÍA 13

RESUMEN

El parto humanizado es el procedimiento donde se da prioridad a la necesidad de madre y reconoce a los padres como protagonistas en este proceso, la gestante es atendida en un espacio acondicionado para realizar el trabajo de parto, parto y postparto tanto de la madre como del recién nacido, generando vínculos entre los pacientes y el personal que presta el servicio, esto con el fin de reducir el estrés del bebe al llegar al mundo a través de un parto acuático u otra alternativa, también participan el acondicionamiento de las salas al bajar las luces, las voces, poner en contacto piel a piel al recién nacido con la madre, realizar una estimulación adecuada, esto mejora la adaptación neonatal y le da a la madre tranquilidad durante su proceso de trabajo de parto, parto y posparto.

ABSTRAC

The humanization of childbirth must be understood as physiological events in harmony, safety and comfort for the pregnant woman, being a process in which she acts as a protagonist and is respected for her wishes, which contribute to the benefit of childbirth.

Labor and birth are the beginning and starting point of life and are, therefore, processes that affect the rest of human existence. Hence, the humanization of childbirth constitutes an urgent and evident need.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes y planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MINSA) han apoyado prácticas de atención del parto y nacimiento que garanticen una atención materna e infantil calificada, humanizada y segura. La humanización del parto debe ser entendida como hechos fisiológicos en armonía, seguridad y comodidad para la gestante, siendo un proceso en el que ella actúa como protagonista y es respetada ante sus deseos, que contribuyen al beneficio del parto. (1)

La OMS viene promoviendo directrices que modifiquen esas prácticas clínicas injustificables, y para ello recomienda la atención respetuosa de la maternidad, comunicación asertiva, acompañamiento de personas significativas para la mujer, atención por personal capacitado que realmente disfrute del trabajo con ellas. Igualmente hace referencia al evitar procedimientos innecesarios, y al derecho que tiene a parir en la posición que mejor tolere la materna, al contacto piel a piel con su hijo, al inicio de la lactancia materna y que se respeten las opiniones y los aspectos culturalmente importantes en la vida de esa mujer.

Se ha conocido desde los inicios de la historia la asistencia al parto, pese a ser éste un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones. La matrona ha sido la persona encargada de llevar a cabo dicho cometido a lo largo de la historia, manteniendo en la mayor parte de los casos una actitud expectante y no intervencionista. En el periodo clásico y medieval los médicos centraron su interés en el conocimiento teórico del proceso procreativo, actuando únicamente en casos excepcionales, como cuando se necesitaba desmembrar a algún feto muerto para sacarlo del útero. A partir del siglo XVII esta tendencia cambia, debido a la incorporación de los cirujanos en la atención al parto y al uso de la instrumentación con fórceps (inventados por la familia Chamberlain), iniciándose de este modo la tecnificación de la asistencia al nacimiento. (1,2)

Desde finales del siglo XIX, la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales, a los que acuden las mujeres con partos complicados y en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica. Después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo XX, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, aunque las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro debido a componentes culturales, o incluso dentro de una misma zona por las diferencias en las políticas hospitalarias o praxis obstétricas. Es fundamentalmente durante la segunda mitad del siglo XX cuando cambia el escenario de la asistencia al parto normal, al trasladarse éste del interior del hogar a una sala de hospital, justificando en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos. Progresivamente, se va imponiendo un dominio médico del proceso, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo (3).

El poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo biomédico, por lo que comienza a valorarse la gestación desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario. Sin embargo, en la década de 1980 empezaron a cuestionarse las praxis médicas, gracias a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales que influyeron en un cambio de las ideas dominantes y que calaron en el imaginario colectivo, produciéndose cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, y reivindicando un empoderamiento de la mujer. A consecuencia de este cambio de mentalidad, algunos Estados y organismos internacionales iniciaron modificaciones legislativas en esta línea. En 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. (4)

Esta conferencia hizo que la OMS revisará el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía. Por este motivo, la OMS promulgó unas recomendaciones para evitar ciertas prácticas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistemática. Además, este organismo especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística. Estas recomendaciones fueron recogidas en los trabajos posteriores de diversos autores, y proliferaron los estudios que proponían tener en cuenta los factores familiares, psicológicos, sociales, tecnológicos y espirituales de cada mujer y valorar su estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y su autonomía durante el parto. (1)

En el caso de España, la demanda de un número importante de parejas y asociaciones de mujeres fue recogida en el informe institucional del defensor del pueblo de 2006, que en su punto IV, referido a la supervisión de la actividad de las administraciones públicas, recomienda «respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo. Ello con independencia de respetar la voluntad de aquellas madres que deseen que el parto se “dirija médicamente” para evitar el dolor, y de aquellos supuestos en los que existan riesgos que exijan un control más continuado y tecnificado». Este informe, junto con las anteriores recomendaciones de la OMS, hizo que el Ministerio de Sanidad y Consumo y los responsables de salud de las diferentes comunidades autónomas comenzarán a promover líneas de trabajo menos intervencionistas en los embarazos y partos de bajo riesgo. En las últimas décadas se ha producido una cierta polémica entre aquellas visiones tradicionales que contemplaban una atención medicalizada del parto y un nuevo movimiento que defiende su humanización. Son muchos los autores que han reivindicado la

humanización de la atención al parto, relacionando su deshumanización con una alta tecnificación, aunque un parto no tecnificado, por sí solo, no es garantía de un parto humanizado. Todo esto hace necesaria una correcta y detallada definición. (2)

1.2 Justificación

En la vida la mujer el parto es considerado uno de los acontecimientos más importantes por sus aspectos culturales, espirituales y sociales, por tanto, dar a conocer las implicaciones del parto humanizado en la sociedad, será útil para que las instituciones encargadas de brindar la atención en el momento del parto se concienticen de la importancia de este y adopten políticas y estrategias para llevar a cabo un parto humanizado.

El momento del parto es de vital importancia para iniciar y conservar el vínculo madre, padre e hijo fortaleciendo el vínculo familiar desde el primer momento en que es recibido el nuevo miembro de la familia, y aun cuando estamos conscientes que el parto es un proceso natural y fisiológico, por los cuales atraviesan todas las mujeres en edad reproductiva, es importante destacar que las mismas tienen derecho a recibir atención digna sin discriminación de ninguna naturaleza, criterios que coinciden con los declarados por la Organización Mundial de la Salud (2014), que bajo una declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, pretende preservar el carácter natural del proceso del parto y reducir las tasas de cesáreas a menos del 15%,así como evitar el uso inadecuado de la tecnología obstétrica.

En Colombia, dentro del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se han definido Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para 16 grupos poblacionales con riesgos diferentes que fluyen por las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y entre los que se encuentra la población en estado materno-perinatal. Este grupo, de acuerdo con cifras de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Consejería Presidencial para la Primera Infancia, es uno de los que tienen mayores problemáticas para acceder a servicios de salud y más aún en las zonas rurales. (4,5). Este desempeño se ve influenciado por una serie de factores relacionados con la decisión de buscar la atención y los tiempos que toma alcanzar y esperar la recepción de un adecuado y apropiado servicio (5), generando fallas en la atención en salud para madres gestantes y ocasionando que indicadores de morbilidad materna extrema y mortalidad estén por debajo de las metas definidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

2. OBJETIVOS

2.1Objetivo general

Consolidar la información sobre el parto humanizado en Colombia, según publicaciones realizadas entre los años 2000 y 2022.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión de la bibliografía científica sobre implicaciones del parto humanizado en Colombia.
- Analizar los aspectos relacionados con talento humano en salud frente a la atención del parto humanizado en Colombia.
- Argumentar una postura crítica acerca de la literatura que existe sobre la atención del parto humanizado en Colombia

Definición:

La salud materna es el adecuado desarrollo de control prenatal y perinatal es decir antes, durante y después de los 40 días de nacido el bebé, dicho control debe ser precoz, periódico, completo, de calidad, de amplia cobertura; siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizándole su fácil accesibilidad.

Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo al parto hasta el posparto, es decir, brindar Servicios de Salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades para el crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días de vida (1,6)

Comportamiento epidemiológico:

La mortalidad neonatal constituye un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal (inadecuado control prenatal da como resultado prematuridad y bajo peso) y del recién nacido en una región. Dentro de las medidas para disminuir la mortalidad neonatal, podemos intervenir en la salud materna, neonatal y desarrollo de redes de contención neonatal. La intervención en la salud materna debe partir desde el inicio de la edad reproductiva de la mujer, con enfoque intersectorial y corresponden a resultados a mediano y largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte fetal intrauterina (MFIU) como la muerte que ocurre antes del nacimiento (es decir, expulsión y/o extracción del bebé del vientre materno), a cualquier edad gestacional.(7) En un intento por separar las pérdidas gestacionales tempranas (abortos espontáneos) de la pérdidas gestacionales tardías, tanto la OMS como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan que las estadísticas de muerte fetal incluyan solo las muertes ocurridas in útero, en la cual el feto o neonato pese 500 gramos o más.

Factores asociados:

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. El control prenatal involucra un conjunto de acciones en visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (8,9)**.** Entre los factores asociados a la salud materno perinatal se destacan: 1. La Dieta, Se debe insistir acerca de la preparación higiénica de los alimentos, evaluar y corregir la alimentación, teniendo impacto en el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional (hasta en un 30%). La dieta debe ser balanceada. Sólo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. 2. Higiene personal, Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo, lo esencial del lavado de manos, el aseo personal y la vestimenta. 3. Actividad física, El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada, e incluso las caminatas, el balanceo, la natación, son aconsejados en la Estimulación prenatal y la gimnasia obstétrica es aconsejada para la Psicoprofilaxis obstétrica. 4. Educación materna, Ofrecer información veraz acerca de su condición y de los aspectos biológicos del embarazo. 5. Psicoprofilaxis obstétrica, Implica la preparación física y mental de la gestante y pareja, para permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental. Se ha identificado que la aplicación de la Psicoprofilaxis en el periodo prenatal a través de rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, relajación corporal y mental, técnicas de ventilación, posición de decúbito lateral izquierdo, extensión abdominal, simulacro de trabajo de parto, explicación de la rutina hospitalaria para parto, consejos sobre atención al recién nacido, pláticas sobre

La lactancia materna, cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo son muy recomendables para las embarazadas. 6. Medicamentos, Se recomienda suspender la administración de medicamentos; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a dosis bajas. 7. Consejería, Incluir temas específicos, guía y pautas de alarma. Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma, evitando conductas sobreprotectoras o de descuido. 8. Relaciones Sexuales, La normalidad respecto a este tema, es lo que cada pareja esté en condiciones de aceptar. A lo largo del embarazo existen variaciones en la líbido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios, informar que las relaciones sexuales no dañan al feto y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja. 9. Tabaquismo y alcohol, El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer. El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación. 10. Genética, Existen pruebas para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con Alfafetoproteína baja, estriol no conjugado bajo, y Gonadotrofina coriónica humana aumentada, entre la semana 10 a 12 de gestación, identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos.

Parto:

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) definen el Parto Normal, como aquel que cursa con “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. (10)

Parto humanizado:

La atención del parto humanizado consiste en brindar un cuidado integral, a partir de un conjunto de acciones encaminadas a una experiencia satisfactoria durante el trabajo de parto y parto. Respecto al término Humanización del parto, se contempla por primera vez en Ceará (Brasil) en el año 2000, recogido en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, el cual fue instituido por el Ministerio de Salud de Brasil, con base en los análisis de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) es asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía. En la Declaración de Ceará en torno a la Humanización se pone de manifiesto la

trascendental importancia de esta nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”. La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. (11,12)

Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que, aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrea mayores riesgos para ambos. Además, dignificar a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción. (13)

Rol del talento humano en salud:

El talento humano en salud tiene la responsabilidad de garantizar la calidad en la prestación de servicios de forma humanizada para un mejor desempeño profesional, prioriza la voluntad de la gestante, respeta los tiempos fisiológicos personales y la interculturalidad. Implica la atención de calidad proporcionada por el personal de salud al binomio madre-hijo, por tanto, se resalta que las intervenciones de enfermería van encaminadas a un cuidado oportuno, seguro, humanizado de forma holística, basado en la actitud, valores y principios, que permite la libre expresión de la mujer, mismos que son importantes para una evolución favorable. (14)

Percepción del personal de salud en la atención del parto humanizado:

Según las percepciones de los ginecólogos y enfermeras profesionales existen barreras para el acompañamiento de la gestante tanto del sistema de salud como de los profesionales, sin embargo, la promoción del acompañamiento en la institución marca un punto de partida para la implementación de estrategias como capacitación, cambio en el pensamiento, actitud y mejora en la infraestructura, para optimizar la implementación del acompañamiento durante el trabajo de parto.

Algunas barreras que refiere el personal de salud para la atención del parto humanizado son: Ausencia o baja capacitación e información a acompañantes. Baja capacitación a personal de salud, Falta de infraestructura adecuada, Falta de personal y recursos idóneos, Ausencia de analgesia, Tipo de aseguramiento. Estrato socioeconómico, Falla de comunicación profesional de salud-paciente/acompañante, Acompañamiento durante el parto y visitas durante el trabajo de parto por horario y según disponibilidad, Ausencia de acompañamiento durante puerperio inmediato, No posibilidad de privacidad, Actitud de profesionales. (14)

Normativa para la atención del parto:

La normativa tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos. La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

Es importante mencionar que el trabajo de parto es un proceso natural por medio del cual nacen los bebés, por lo tanto, no es solo un derecho sino un deber que las mujeres reciban servicios sanitarios precisos, atenciones especiales y demás, a lo largo de la historia se ha evidenciado que las mujeres dan a luz en compañía de otras mujeres llamadas parteras tradicionales o comadronas, muy común aun en las comunidades indígenas y a esto se asocia una alta tasa de muerte dado que no cuentan con el material y elementos necesarios para la atención del mismo, por lo que en contraste se encuentra el parto medicalizado que es donde intervienen tecnologías, medicamentos y procedimientos para darle seguridad al parto, sin embargo a esta práctica se le atribuye el hecho de ser despersonalizado.

Dado lo anterior es importante tener en cuenta que en estos procesos hospitalarios se incluyen prácticas de rutina como la episiotomía, el rasurado, enemas, estimulación del parto, sin un aval para usarlos de manera rutinaria, haciendo que el parto se considere como una enfermedad, por ende se trata a la mujer embarazada como una mujer enferma que requiere de atención médica especializada; en el año 1985 la OMS sugirió que “el nacimiento no es una enfermedad” e introdujo el concepto de parto humanizado a través de un proceso de transformación de la atención del parto. en el cual la mujer debe elegir el tipo de parto que desea, por lo que en el año 1996 la OMS publica una guía “cuidado en el parto normal: una guía práctica”, con el fin de normalizar el parto y dar una atención de calidad e integralidad.
Lo anterior justificándose con medicina basada en la evidencia que manifiesta un uso inadecuado de las tecnologías para el parto, volviéndolas inseguras, aumentando la iatrogenia, la tasa de cesáreas y partos instrumentados.

El parto humanizado es el procedimiento donde se da prioridad a la necesidad de madre y reconoce a los padres como protagonistas en este proceso, la gestante es atendida en un espacio acondicionado para realizar el trabajo de parto, parto y posparto tanto de la madre como del recién nacido, generando vínculos entre los pacientes y el personal que presta el servicio, esto con el fin de reducir el estrés del bebe al llegar al mundo a través de un parto acuático u otra alternativa, también participan el acondicionamiento de las salas al bajar las luces, las voces, poner en contacto piel a piel al recién nacido con la madre, realizar una estimulación adecuada, esto mejora la adaptación neonatal y le da a la madre tranquilidad durante su proceso de trabajo de parto, parto y postparto.

Pero el concepto de parto humanizado es complejo, también puede plantearse como la intervención únicamente en lo necesario respecto al trabajo de parto fisiológico o también identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de las gestantes y brindar apoyo emocional para definir y garantizar un trabajo de parto con autonomía y privacidad, esto conlleva múltiples beneficios como disminución de la inducción del trabajo de parto, disminución de
la frecuencia de cesáreas, menor uso de analgésicos, episiotomías, un inicio espontáneo del trabajo de parto, fortalece las relaciones prestadores de servicio madre y a su vez madre e hijo, todo lo anterior con el fin de evitar algo que conocemos como “violencia obstétrica” que ocurre cuando hay situaciones en la atención a las gestantes que no cumplen los criterios de parto humanizado, en otras palabras cuando el personal de salud toca o manipula el cuerpo de una mujer sin su consentimiento, cuando se realizan comentarios o expresiones agresivas o amenazantes que la hagan sentir culpable, cuando se hacen comentarios que van en contra la dignidad de la mujer, cuando se hacen tactos vaginales innecesarios, repetitivos o episiotomía de rutina, todo esto conlleva a vulneración, violencia y discriminación social.

Para hablar de Colombia específicamente, la introducción de dichas recomendaciones ha sido lenta respecto a otros países, dado que aquí no hay una ley de parto humanizado, aunque si hay un proyecto desde el 2012 aún no ha sido aprobado, sin embargo, se dispone de políticas que buscan que la atención del embarazo sea de calidad y con enfoque de derecho, para evitar precisamente la violencia obstétrica.
El gobierno a través de la resolución 429 de 2016 busca una alternativa para la solución de problemas y se retoman estrategias de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo con enfoque diferencial y articulación de aseguramiento, la prestación de servicios de salud y desarrollo de políticas y programas garantizando la salud con equidad, centrada

en las personas, con estándares de oportunidad, sin embargo, hay muchas dudas respecto a la implementación de las mismas, donde se considera que la salud es un derecho fundamental que no basta con explicitar es necesario hacerlo trascender como se mencionó antes bajo el concepto de oportunidad, equidad e igualdad.

Pero todo este proceso del parto necesita un adecuado acompañamiento y seguimiento de la etapa materna perinatal, brindándole a la futura madre una guía de los cuidados de la gestación hasta el nacimiento de su hijo, estudiando todos los antecedentes ginecobstetricos y de esta manera poder darle un enfoque individualizado, todo esto bajo el fundamento del amor por la asistencia y los cuidados de las mujeres embarazadas, esto lo que nos permite es una mejor adaptación de la materna a los cuidados de salud cosa que es muy importante dado que de esto dependen muchos de los desenlaces respecto a la salud propia de la madre como del bebe y al hacer este acompañamiento de manera temprana podría ayudar a la madre a decidir la manera en la cual desea traer a su hijo al mundo junto con el apoyo del equipo asistencial.

Con esto se busca disminuir desenlaces como la muerte fetal in útero que es uno de los principales temores de los padres durante este periodo de gestación, científicamente se ha evidenciado que los controles prenatales, el seguimiento del embarazo y control de patologías ha disminuido la incidencia de estos, sin embargo hay otro grupo que son las muertes fetales “inexplicables” que aunque su incidencia ha disminuido en los últimos años, sigue presentándose, aquí tenemos una clasificación que es muy importante recordar y son las perdidas según la edad gestacional, por lo que la OMS y la ACOG indican que las muertes fetales incluyen únicamente las muertes ocurridas in útero en el cual el feto o neonato pese 500 gramos o más, una perdida por debajo de este se considera como un aborto y no entra en la clasificación. Esto se menciona porque es importante recalcar que la muerte fetal in útero es el mayor miedo de las gestantes y que se puede evitar haciendo un adecuado control prenatal, un seguimiento y acompañamiento del personal de salud en esta etapa de las mujeres y finalizando con un parto humanizado.

Promover que el parto no es una enfermedad, por el contrario es una experiencia positiva y deseada por los padres, que la gestante es quien decide sobre este proceso y deben ser respetados sus valores, creencias y sentimientos, acompañada por asesoría médica profesional, que es necesario que en Colombia el parto humanizado sea un hecho generando guías de práctica clínica que sean eficaces y humanas para transformar la experiencia de las mujeres durante esta etapa de sus vidas, permitiendo elegir el cómo desea traer a su hijo al mundo, permitir el acompañamiento durante el proceso, disminuyendo la vulnerabilidad de la misma y evitando por completo la violencia obstétrica, recordemos que es

necesario generar lazos de confianza con las pacientes de esta manera pueden hacer un adecuado seguimiento de su gestación y podrán llegar a mayoría a la finalización satisfactoria de sus embarazos.

5.BIBLIOGRAFÍA

1. Castañeda NC, Arenas JAA, Prada JYC, Morales MNP. Derechos durante el parto, según recomendaciones OMS (2018): Percepción de las mujeres. Cuad Investig Semilleros Andina. 2020;(13):239-51.

2. Damas LB, Machado RS, Hernández RD, Pérez AS. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2018;44(3):1-12.

3. Plata GEZ. Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna perinatal durante la etapa gestacional. Rev Cienc Cuid. 2006;3(3):43-52.

4. Garre JMH. El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad. 2011;

5. Moreno Gomez GA. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud-MIAS-para Colombia.¿ La solución a los problemas del sistema. Rev Médica Risaralda. 2016;22(2):73-4.

6. Intriago MGM, Alvarado JIH, Gómez FEP, Soledispa GLG, Molina M del CQ, Vera BNT. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio Las Cienc. 2018;4(3):392-415.

7. Huertas-Tacchino E. Epidemiología de las muertes fetales ocurridas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, 2003. Rev Peru Ginecol Obstet. 2007;53(3):199-202.

8. Munares García OF. Factores asociados al abandono al control prenatal–Instituto Nacional Materno Perinatal-2011. 2014;

9. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev Peru Epidemiol. 2013;17(2):1-8.

10. Casás SI, García MC, Salgado SG. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Prof. 2009;10(2):5-11.

11. de Cássia Versiani C, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. Significado de parto humanizado para gestantes. Rev Pesqui Cuid É Fundam Online. 2015;7(1):1927-35.

12. de María Cáceres-Manrique F, Camargo-Figuera F, Ruiz-Rodríguez M, Guerrero-Rodríguez NM, Rodríguez-Alfonso YC. Validez facial y de contenido de un instrumento para identificar parto humanizado. Salud UIS. 2022;54.

13. Casás SI, García MC, Salgado SG. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Prof. 2009;10(2):5-11.

14. Vela Coral G del P. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. 2015;