



ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO. DIFERENCIAL SEGÚN CONDICIÓN CLÍNICA Y SOCIAL DE LA MATERNA

Humanized care in childbirth. Difference according to maternal clinical and social conditions

Flor de María Cáceres-Manrique, PhD¹; Giselly Mayerly Nieves-Cuervo²

Recibido: mayo 31/16 – Aceptado: mayo 12/17

RESUMEN

Objetivo: hacer una reflexión sobre el concepto de la atención humanizada del parto (AHP) y el desempeño diferencial del personal y las instituciones de salud según las condiciones clínicas y socioeconómicas de las maternas. Bajo la tesis de que la vivencia de la AHP es menos frecuente en gestantes adolescentes, de alto riesgo o de bajo nivel socioeconómico, se plantean una serie de preguntas que permiten al abordaje de los diferentes aspectos del AHP mediante una revisión de la literatura mundial que aborda este tema. Se encuentra que la AHP, no obstante estar definida y contenida en documentos y guías de atención de organizaciones internacionales y nacionales que proclaman su aplicación en toda gestante durante el control prenatal, el trabajo de parto y parto, no beneficia de igual manera a todas las mujeres. Se presentan estudios que aportan ejemplos en los cuales la vivencia de la AHP es menos frecuente en gestantes adolescentes, de alto riesgo o de bajo nivel socioeconómico. Estas desigualdades podrían configurar o agudizar

inequidades, en detrimento de la salud de mujeres en desventaja, quienes deberían ser objeto de mayor cuidado dadas sus condiciones de vulnerabilidad.

Conclusiones: la desigualdad en la vivencia de la AHP según edad, riesgo y nivel socioeconómico evidencia inequidad en la atención de salud a mujeres en condiciones de pobreza y marginación. Se requiere el compromiso de los profesionales de la salud y las instituciones para construir escenarios equitativos de AHP.

Palabras clave: trabajo de parto, parto humanizado, factores socioeconómicos, desigualdades en salud, inequidad social.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the concept of humanised childbirth and the differential performance of healthcare staff and institutions according to the clinical, social and economic conditions of the mothers. A set of questions are asked by means of a review of the world literature on this topic, based on the premise that the experience of humanised childbirth is less frequent in adolescents, high-risk pregnancies or mothers of low socioeconomic condition. It has been found that, although humanised childbirth has been defined and appears in documents and care guidelines of international

1 Doctora en Salud Pública, Universidad Industrial de Santander, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Bucaramanga (Colombia). fmcacer@uis.edu.co

2 Estudiante de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga (Colombia).

organisations proclaiming its application in every pregnant patient during prenatal follow-up, labour and delivery, it does not benefit all women equally. Studies are presented that provide examples where the experience of humanised childbirth is less frequent among adolescents, high risk pregnancies, or mothers of low socioeconomic level. These differences might constitute inequity, or worsen it, and they play out against the health of disadvantaged women who should in fact be subject to greater care, given their vulnerability.

Conclusions: Inequalities in the experience of humanized birth depending on age, risk and socioeconomic level may be additional proof of inequity in healthcare for women in a situation of poverty and marginalization. Commitment on the part of healthcare practitioners and institutions alike is required in order to build equitable humanized childbirth conditions.

Key words: Labour, delivery, humanized childbirth, socioeconomic factors, healthcare inequalities, social inequity.

INTRODUCCIÓN

La atención humanizada del parto (AHP) comprende el 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. Entre dichos atributos se cuentan: 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 (1).

Con el avance del conocimiento y la tecnología se han establecido guías y protocolos, además de las condiciones necesarias para atender a la gestante durante el trabajo de parto y el parto, garantizando AHP (2, 3). Sin embargo, se ha encontrado que para algunas maternas, la atención dista mucho de ser humanizada y, en cambio, experimentan maltrato (4), que les puede generar sentimientos de pérdida de la autonomía, soledad, incompreensión y per-

cepción de peligro durante su trabajo de parto o al momento de este (2).

De ahí que surgen las preguntas: ¿Cómo se desarrolla la AHP? ¿Qué es el maltrato obstétrico? ¿La AHP es igual para todas las gestantes? ¿Cuáles son los grupos más afectados por falta de AHP? ¿En qué otros momentos de la gestación puede haber ausencia de AHP? A partir de estas preguntas, este documento tiene como objetivo de reflexionar sobre el disfrute de la atención humanizada del parto según las condiciones clínicas y socioeconómicas de las maternas. Se defiende la tesis de que la AHP es diferencial según la edad, la clasificación del riesgo y el nivel socioeconómico de la gestante. Se intenta dar respuesta a las preguntas antes formuladas, con base en la revisión de la literatura relacionada con las teorías y la normatividad que la soporta.

Teorías que subyacen al concepto de atención humanizada o a su ausencia

Humanizar la asistencia en salud durante el parto se entiende como aplicar el conocimiento técnico-científico y, simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia. Es decir, que a partir del conocimiento del proceso fisiológico, se procure intervenir solo en caso necesario, partiendo de la comprensión y el respeto de las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones, propios e individuales, de cada mujer durante el trabajo de parto y el parto (1). No se trata de dejar de tomar decisiones o de dejar de realizar procedimientos necesarios, sino de que la materna sea informada de manera clara y oportuna sobre los procedimientos que se van a realizar, las razones para hacerlos, sus riesgos y beneficios (3).

Desde el punto de vista de salud pública, el parto es un proceso fisiológico (4) de alta vulnerabilidad para la madre y el recién nacido (5), razón por la cual se han implementado políticas tendientes a la prevención y el tratamiento oportuno de las situaciones de riesgo, que han llevado a la reducción de

la morbimortalidad perinatal y materna (6). En ese mismo sentido, el trato que recibe la mujer durante el trabajo de parto y el parto es de tal importancia, que interfiere en la satisfacción y en los aspectos psicosociales de la maternidad (7), y puede constituir un recuerdo de vida para la madre.

Es así como la atención durante el trabajo de parto y el parto lleva implícita la observancia de los principios éticos fundamentales para la atención a las personas: respeto por su autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (8), en armonía con el cumplimiento de los derechos humanos a la dignidad, la vida, la seguridad; la salud y la igualdad en la atención, y a no ser sometidas a tratos inhumanos (9).

En contraposición a la AHP, el maltrato o la violencia obstétrica se ha definido como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que lleva a la pérdida de la autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (10).

Con miras a garantizar la AHP, se han logrado acuerdos desde los organismos internacionales rectores de la salud. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró la Declaración de Fortaleza en 1985, revisada en 1992, que indica que: “la mujer tiene derecho a atención prenatal adecuada y a participar en la planificación, ejecución y evaluación de la atención” (11, 12). En 1996, la OMS publicó la Guía de Atención del Parto Normal, en la que establece que durante el trabajo de parto y parto las mujeres tienen derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado, a estar acompañadas, a tener libertad de movimiento y posición, a tomar líquidos y alimentos, a que no se les practique de rutina: episiotomía, rasurado, enema ni monitoreo fetal electrónico; así como a recibir analgesia y a limitar el número de cesáreas (13). En 2011, se publicaron los derechos universales de la mujer en

edad fértil, donde se sustenta que la inequidad y la violencia de género impactan la maternidad, y se recomienda considerar aspectos biopsicosociales de la materna (14).

A pesar de los anteriores acuerdos, los derechos de las mujeres se ven vulnerados por las conductas de quienes las atienden, tanto por la revisión repetitiva de sus órganos genitales sin su consentimiento, como por la exhibición a la que se ven obligadas en las salas de partos (15). Es frecuente la falta de sensibilidad ante el dolor (16), o el hecho de silenciar, insultar o hacer burlas de la materna (17). Así como la realización de exámenes e intervenciones que tienen efecto limitado o nulo sobre los desenlaces fetales y maternos (18).

¿Es la AHP es igual para todas las gestantes? ¿Cuáles son los grupos más afectados?

La falta de humanización es diferencial según algunas condiciones de las gestantes, en primer lugar, las adolescentes. Algunos estudios dan cuenta de que la violencia verbal, el regaño y la ejecución de procedimientos sin consentimiento informado, es mayor en ellas que en embarazadas adultas (15). El maltrato se agudiza, en parte, porque el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo (19), y porque es visto como un problema de salud pública con consecuencias evitables que interfieren los ámbitos social, económico, cultural y político del desarrollo de la adolescente (20), o, como una forma de perpetuar el círculo de la pobreza (21). Por su parte, las adolescentes sienten que son tratadas de manera diferente por su condición y que reciben menos apoyo del personal de salud (20). De hecho, hay estudios que muestran que a ellas se les brindan servicios precarios y menos dedicados que a las gestantes mayores (22).

El segundo grupo donde más falla la AHP es durante la atención de partos de alto riesgo. En este caso aumenta la oportunidad de maltrato, en parte debido a que el personal de salud enfrenta la presión de la responsabilidad, lo cual no solo disminuye la posibilidad de que la madre pueda participar en la

toma de decisiones sobre sí misma, sino que afecta la conducta de quien la atiende, ante la posibilidad de demandas legales en caso de un mal desenlace (23, 24). La falta de AHP se ve agravada porque las mujeres con embarazo de alto riesgo experimentan más emociones negativas (25), ansiedad, incertidumbre y fragilidad psicológica (26), y con ello una disminución de su autonomía y su capacidad de exigir sus derechos.

El tercer grupo de gestantes más propensas a recibir maltrato son quienes tienen bajos ingresos, habitan en estrato socioeconómico bajo, o quienes están obligadas a recibir subsidios para atención en salud. Para algunas de ellas, las posibilidades de acompañamiento por parte del familiar durante el trabajo de parto están limitadas; hay instituciones que han configurado servicios diferenciales para gestantes de estrato socioeconómico alto, donde se cumplen la mayoría de los atributos de la AHP, mientras que las gestantes de bajos ingresos tienen limitadas las visitas, los espacios físicos de deambulación, el personal asignado a su cuidado, la atención por especialistas y la analgesia durante el parto, entre otras (23). También son más propensas a recibir maltrato quienes han hecho uso de medicinas tradicionales, quienes son multíparas o quienes han tenido un parto anterior en casa (27). La mayoría de ellas cuentan con menores ingresos, menor escolaridad o pertenecen al estrato socioeconómico más bajo (20). En ocasiones, las tres condiciones se conjugan y los efectos de la falta de AHP se potencian.

La falta de AHP conlleva el denominado maltrato o violencia obstétrica (28), que produce en las gestantes temor a ser ignoradas, descuidadas, o a ser forzadas a hacer cosas sin su consentimiento (29). Como resultado de esto, algunas deciden regresar a casa y evitan usar los servicios de salud (28), lo cual hace que se pierda la continuidad en la atención, con las consabidas consecuencias para madre e hijo. Como circunstancias agravantes, en algunas instituciones el maltrato se ve como algo normal

(30), hay profesionales que lo han aprendido durante su entrenamiento (28), otros tienen sobrecarga de trabajo, limitados recursos, pobre motivación o cultura machista y de violencia de género (31, 32) que dificulta la AHP.

¿En qué otros momentos de la gestación puede haber ausencia de AHP?

Se han encontrado dificultades para llevar a la práctica la AHP en la atención de la gestante desde el parto, atención que empieza por propiciar el inicio temprano del contacto madre-hijo y permitir el acompañamiento o suministro de información a los familiares (33). Algunas instituciones promueven capacitación sobre humanización, pero focalizada en el personal auxiliar, sin incluir a profesionales como los médicos o las enfermeras (34), lo cual puede propiciar mal manejo de las relaciones de poder y la adopción de conductas como evaluación innecesaria del trabajo de parto o aumento de cesáreas sin indicación (35). En ocasiones, el personal de salud propone medidas para alcanzar la AHP, pero encuentra dificultades como deficiencias en estructura física, falta de insumos, sobrecarga de trabajo, falta de organización institucional, desinterés y falta de preparación sobre el tema (33). Algunos autores han propuesto intervenciones estratégicas para incrementar la AHP, tales como la implementación de métodos de mejoramiento de la calidad en los servicios de atención del parto (36) y promoción y empoderamiento de las gestantes con sus derechos (32).

CONCLUSIONES

La AHP implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. La AHP aboga por una experiencia agradable en el parto, donde la gestante reciba la información, ayuda y comprensión que requiere. El parto debe ser atendido teniendo en cuenta las singularidades y la autonomía de cada mujer,

evitando intervenciones rutinarias y mejorando el vínculo entre ella, el bebé, la familia y el personal de salud. Se requiere explorar intervenciones en el personal de la salud y las instituciones que redunden en beneficio de la AHP.

Es evidente que la vivencia de la AHP es diferencial según edad, riesgo y estrato socioeconómico. Es decir, el maltrato en salas de partos es más frecuente con gestantes adolescentes, de alto riesgo obstétrico y bajo nivel socioeconómico. Estas diferencias van en detrimento de la salud de este grupo de mujeres en condiciones de desventaja. Por otra parte, las desigualdades en el trato configuran inequidades y son una muestra de las diferencias en la calidad de atención en salud para mujeres en condiciones de pobreza y marginación. Se requiere el compromiso de los profesionales de salud y las instituciones para construir escenarios equitativos de AHP sin distinción de ninguna índole, para lo cual es necesario adelantar estrategias que permitan la reflexión, la autocrítica y la realimentación constantes, en un ambiente de trabajo digno, y en instituciones con procesos incluyentes que apoyen la AHP.

FINANCIACIÓN

Universidad Industrial de Santander.

REFERENCIAS

- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TD. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. *Cad Saude Publica*. 2004;20:1281-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>.
- OMS. Care in normal birth. A practice guide. WHO/FRH; 1996. p. 1-37.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Centro Nacional en Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). Guías de atención Integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para uso de profesionales de la salud. 2013 – Guía 11-15 [visitado 2016 may 20]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)
- Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. They treat you like you are not a human being: maltreatment during labor and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. 2014;30:262-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.006>.
- Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2007;25:e1-e9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>.
- Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10:699-705. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>.
- OPS, OMS. Más allá de la supervivencia: prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: OPS, OMS; 2013.
- van den Broek NR, Falconer AD. Maternal mortality and the Millennium, Development Goal 5. *Br Med Bull*. 2011;99:25-38. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr033>.
- Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc Sci Med*. 1994;38:1069-73. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90224-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90224-0).
- Puyol A. Hay bioética más allá de la autonomía. *Rev Bioética y Derecho* 2012;25:45-58. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000200005>.
- Nieto AJ. Fundación Valle del Lili. Parto Humanizado [visitado 2017 abr 23]. Disponible en: http://www.valledellili.org/sites/default/files/files/03_%20PARTO%20HUMANIZADO.pdf.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). República de Venezuela, Instituto Nacional de la Mujer. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas; 2007 [visitado 2016 jun 1];30. Disponible en: <http://www.minmujer.gob.ve/?q=descargas/leyes/ley-organica-sobre-el-derechos-de-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia>.

13. Moore B. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;326:787-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90673-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90673-7).
14. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynecol*. 1992;99:709-10. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb13867.x>
15. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The universal rights of childbearing women. Washington, DC: White Ribbon Alliance; 2011. [visitado 2017 may 8]. Disponible en: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf.
16. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73:171-80.
17. D'Ambruso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*. 2005;5:140. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-140>.
18. Villar J, Carroli G, Gulmezoglu AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001;75:s47-s54.
19. Belém-Buendgens B, Mota-Zampieri MF. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Esc Anna Nery*. 2012;16:64-72. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>.
20. Brand G, Morrison P, Down B. How do health professionals support pregnant and young mothers in the community? A selective review of the research literature. *Women Birth*. 2014;27:174-8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.004>.
21. Soto VI, Durán de Villalobos MM. Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. *Av Enferm*. 2008;26:98-106.
22. Beeber LS, Canuso R. Strengthening social support for the low-income mother: Five critical questions and a guide for intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:769-76. <https://doi.org/10.1177/0884217505281885>.
23. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: Barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*. 2010;13:49-58. <https://doi.org/10.1007/s11019-009-9220-0>.
24. Berg M, Dahlberg K. A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*. 1998;14:23-9. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90111-5](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90111-5).
25. Gupton A, Heaman M, Cheung LW. Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001;30:192-201. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01535.x>.
26. Lindsay P. Creating normality in a high risk pregnancy. *Pract Midwife*. 2006;9:16-20.
27. Breheny M, Stephens C. Irreconcilable differences: Health professionals' constructions of adolescence and motherhood. *SocSci Med*. 2007;64:112-24. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.026>.
28. McMahan SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RN, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:268-72. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>.
29. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *Lancet*. 2002;359:1681-5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6).
30. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *SocSci Med*. 1998;47:1781-95. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00240-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00240-8).
31. Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-Snyder N, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*. 2006;48:s250-8. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800005>.

32. Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13:21. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-21>.
33. de Souza TG, Gaíva MA, Modes PS. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32:479-86. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>.
34. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de México*. 2003;45:472-82. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000600007>.
35. Wagner M. Fish can't see water: The need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75:S25-S37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7).
36. Seclen-Palacín JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16:149-57. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000900001>.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.