

# Gestación y parto humanizado

**David Andrés Henao Parra**

Residente de ginecología y obstetricia,  
Universidad de Antioquia

## Introducción

La especie humana ha atravesado múltiples cambios y adaptaciones evolutivas, pero ha prevalecido una característica propia del género y es la conformación de grupos biológicamente afines, emparentados, es decir, es un ser social. Es por lo anterior que la mujer en el parto ha estado acompañada y, el nacimiento de un nuevo individuo en la comunidad es un evento social. A través del tiempo sus lazos se fortalecen y se constituyen en la red de apoyo para la gestación y la crianza del nuevo individuo.

Al final de la edad media y principios del siglo XIX, los colegios médicos se apropiaron de la atención del parto y desde su enfoque de ciencia lo abordaron y lo estudiaron como una enfermedad<sup>(1)</sup>. El modelo convencional de atención del parto facilita las relaciones de poder vertical y desigual entre los profesionales de la salud hacia las gestantes, quienes con actitud pasiva y sumisa han aceptado y reconocido esta conducta. Estas relaciones desiguales en última instancia promueven escenarios de vulneración de los derechos humanos de las gestantes<sup>(2)</sup>. Con la medicalización del parto, el médico tiene el rol protagónico, en la mayoría de los casos dirige de forma exclusiva y toma unitariamente las decisiones sin preguntar la opinión ni discutir las razones, es decir, sin solicitarle consentimiento a la mujer<sup>(3)</sup>.

En las últimas décadas se ha venido demostrando la importancia que tiene para la mujer el acompañamiento por su

red familiar y la necesidad de disminuir las intervenciones médicas para la recuperación de un proceso biológico-natural durante la gestación y el parto. Con la medicalización de la atención, el estado mental y corporal de la mujer se ve alterado. Lo anterior, sumado al exceso de intervenciones durante la conducción del trabajo de parto y parto en algunas ocasiones puede influir en el ambiente fetal y del neonato de manera adversa. Con el fin de mitigar los eventos anteriormente mencionados se están generando transformaciones a nivel mundial con el fin de brindar una atención diferente, como respuesta al modelo convencional medicalizado, reconociendo las necesidades emocionales, culturales y sociales desde una perspectiva de género y entendiendo que el proceso del embarazo, parto y puerperio son de orden natural y con un objetivo fundamental que es vivir el nacimiento como una experiencia positiva, es decir placentera, en condiciones de dignidad humana, protegiendo el derecho de las mujeres para tomar decisiones libres y ser la protagonista del parto. El papel del personal de salud durante la atención del parto será como medio e instrumento para el logro del objetivo mencionado<sup>(1)</sup>.

El concepto de gestación humanizada incluye la atención durante el embarazo hasta el puerperio, es decir, debe estar presente en todas las actividades encaminadas para la atención prenatal, del parto, y también incluye los cuidados del recién nacido, ya que son fundamentales para el desarrollo y el futuro del nuevo individuo. Es característico de este modelo, durante la atención del trabajo de parto y

parto implicar los principios éticos fundamentales: respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia, así como el cumplimiento de los derechos humanos: a la dignidad, la vida, la seguridad, la salud y la igualdad en la atención evitando tratos lesivos.

Humanizar el parto significa comprender que la mujer que da a luz es un ser humano cuya experiencia debe ser satisfactoria y empoderada, si la sociedad logra esto, se fortalece(4).

## Parto humanizado

En el parto la mujer atraviesa la experiencia más universal, pero al mismo tiempo, la más singular de la vida humana. En el parto habrá similitudes, pero cada nacimiento es diferente(5).

En el enfoque de atención centrada en la mujer, son respetadas sus creencias, valores, elecciones, emociones, dignidad, sentimientos, autonomía, y ellas ejercen control sobre su cuerpo y el nacimiento(6).

La humanización es un proceso, una transición para cada mujer, familia y sociedad. En el cuidado humanizado no hay ni un manual ni una guía, no es sistemático, busca una atención diferenciadora para cada mujer y debe adaptarse a ellas. Todo el cuidado debe proporcionar un estado psicológico y físico de satisfacción(6).

El parto humanizado tiene el potencial de combinar las ventajas del nacimiento o parto medicalizado con las ventajas de orientar la atención basada en la naturaleza biológica, social, cultural y espiritual del nacimiento(4).

Una de las estrategias para lograr que la mujer y su familia retomen el control del nacimiento del nuevo ser y, simultáneamente permitir que la mujer crea en sí misma al experimentar lo que su cuerpo puede lograr, es la Educación(4). Con esta, se busca el empoderamiento, al proporcionar a la familia y a la mujer información completa y honesta sobre los posibles resultados de una conducta antes de cualquier procedimiento médico, permite tomar decisiones informadas, generando experiencias liberadoras y brinda a la

gestante la capacidad de comprender lo que ocurre en la gestación y el parto(4).

Las diferencias en el lugar de nacimiento, la raza, la etnia y la religión de las mujeres, desempeñan un papel en la toma de decisiones durante el embarazo y el parto. Por ejemplo, algunas gestantes afroamericanas del sur de los Estados Unidos tienen más deseo de nacimientos medicalizados, debido en parte a su histórica falta de acceso a la adecuada atención médica y a episodios de inequidad por parte de los profesionales(7).

## Recomendaciones de la OMS para el cuidado prenatal

El cuidado prenatal es la oportunidad para realizar importantes actividades de salud pública, como la promoción de la salud, el diagnóstico y la prevención de enfermedades, pero de igual forma, es un momento para construir la confianza de la gestante en el equipo de atención médica a través de la comunicación efectiva y del apoyo continuo de tipo social, cultural y emocional(8).

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del año 2016 sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva priorizan la atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona, el bienestar de las mujeres y sus familias, y el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido.

Es definida como experiencia de embarazo positiva el mantenimiento de la normalidad (física y sociocultural) y de un embarazo saludable, beneficiando a la madre y al recién nacido a través de la prevención de riesgos y el tratamiento de enfermedades, y así lograr la transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo.

Dentro de las recomendaciones para mejorar la satisfacción y la experiencia materna, así como reducir la mortalidad perinatal, la OMS estructura su modelo de atención prenatal en un mínimo de ocho visitas prenatales: un contacto en el primer trimestre, dos contactos en el segundo trimestre y cinco contactos en el tercer trimestre (**tabla 1**).

# Obstetricia

## Gestación y parto humanizado

**Tabla 1. Modelo de Atención Prenatal OMS 2016**

Primer trimestre
Visita 1: hasta las 12 semanas
Segundo trimestre
Visita 2: 20 semanas
Visita 3: 26 semanas
Tercer trimestre
Visita 4: 30 semanas
Visita 5: 34 semanas
Visita 6: 36 semanas
Visita 7: 38 semanas
Visita 8: 40 semanas
Evaluación para el parto: 41 semanas

**Fuente:** tomado de Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (2016).

## Recomendaciones OMS para el cuidado del parto

Son 56 recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con los cuidados y buenas prácticas para un trabajo de parto y parto sin complicaciones, distribuidas en seis momentos relevantes: trabajo de parto, período de dilatación, período expulsivo y parto, alumbramiento, atención del recién nacido y a la mujer inmediatamente después del parto.

Se establece como base de la estrategia, la atención centrada en la mujer, a través de un enfoque holístico basado

en los derechos humanos. Presenta un modelo global, considerando la complejidad y la diversidad de las prácticas en los servicios de atención. Así mismo, requiere profesionales sanitarios amables, competentes, motivados y recursos físicos institucionales esenciales para la atención. En la **figura 1**, se muestra esquemáticamente el modelo con sus principales acciones para lograr una experiencia de parto positiva<sup>(9)</sup>.

El listado completo de recomendaciones puede consultarse en el enlace descrito en la bibliografía.

**Figura 1. Esquema del modelo de cuidados durante el parto OMS**



**Fuente:** tomado de Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (2016).

## Comunicación y acompañamiento

A menudo, unas pocas palabras, mirar o escuchar atentamente las respuestas de las personas que estamos cuidando, hacen la diferencia. El vínculo principal como profesionales es relacionarnos entre nosotros, de humano a humano y respetarnos mutuamente, de forma que mujeres, familia y proveedores de cuidado trabajen juntos en armonía como iguales<sup>(5)</sup>.

A través de la comunicación verbal y no verbal, se desarrolla el principal papel del proveedor con la mujer, ayudarla en

la toma de decisiones mutuas, conscientes e informadas, sin influenciar sus elecciones y evitando que alguien más decida por ellas. Para poder garantizarlo se debe hacer en cada situación, el proceso de explicar con un lenguaje claro, las razones y posibilidades, así como preguntarle acerca de su comprensión y deseos, dar apoyo emocional, mostrar empatía y garantizarle un tiempo de reflexión<sup>(6)</sup>.

Para fortalecer la atención continua se debe construir relaciones de confianza con las personas que la cuidan, conocer sus esperanzas, sus sueños y el historial médico de la mujer. De esta forma, cuando pensamos en el apoyo durante el nacimiento mostramos a través del cuidado la compasión hacia las mujeres y las habilidades técnicas, pero también estamos generando conexión, que es crucial para la satisfacción y la seguridad de la mujer al reducir su ansiedad, incomodidad y miedo ante los procedimientos médicos<sup>(5)</sup>.

Es importante destacar como protagonista importante, el acompañamiento por la pareja, siendo una oportunidad de crecimiento como persona, una posibilidad de relacionarse con la mujer de manera profunda y de establecer las bases para una crianza afectiva, presente y gozosa<sup>(10)</sup>.

Se ha descrito que la ansiedad materna se asocia con altos niveles de epinefrina que puede ocasionar una disminución en la contractibilidad uterina, prolongación del trabajo de parto y complicaciones obstétricas por estimular la vasoconstricción, reduciendo la perfusión del espacio intervelloso causando bradicardia e hipoperfusión fetal<sup>(11)</sup>.

Una revisión sistemática que incluyó 12.791 mujeres concluyó que las que recibieron apoyo continuo intraparto presentaron 10% menos partos por cesárea, requirieron menos analgesia, hubo menos partos instrumentados y manifestaron mayor satisfacción con la experiencia del parto<sup>(12)</sup>.

## Monitoreo fetal continuo

En Inglaterra el 80% de las mujeres en trabajo de parto se encuentran con monitoreo fetal continuo, y no ha demostrado ser la estrategia más segura, ni mejorar los desenlaces perinatales, además de generar incremento en las tasas de

cesáreas y partos instrumentados según una revisión sistemática con 13.000 gestantes<sup>(13)</sup>, así como perpetúa el sentimiento de distanciamiento y soledad en la gestante. Esta intervención originada en la visión técnica del nacimiento persiste mientras que otras formas de cuidado más humanas y efectivas no son usadas, como la monitoria intermitente cada 15 a 30 minutos según la fase del trabajo de parto<sup>(5)</sup>.

## Embarazos de alto riesgo

Cuando una mujer se presenta en los servicios hospitalarios con un embarazo de alto riesgo, los proveedores además de realizar la evaluación técnica deben evaluar lo que siente la mujer, las percepciones con respecto a: sus diagnósticos, los procedimientos, los riesgos y sus sentimientos sobre su seguridad y la del bebé. De esta forma no serán miradas solo como pacientes graves y ellas se percibirán aceptadas como embarazadas y futuras madres a pasar de sus complicaciones, evitando sentirse psicológicamente frágiles, físicamente vulnerables e impotentes<sup>(6)</sup>.

En las mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico, se presentan niveles más altos de incertidumbre que se correlacionan con mayores niveles de estrés, ansiedad, emociones negativas y dificultades con relación a su embarazo, comparado con el resto de la población gestante<sup>(6)</sup>.

El embarazo de alto riesgo no se percibe como una restricción para el nacimiento humanizado, sino más bien requiere un sano equilibrio entre la intervención médica y la normalidad psicológica a través de métodos de cuidados emocionales, apoyo continuo, y una buena relación del profesional con la gestante, para entender completamente los sentimientos, creencias, opiniones y ansiedades de las mujeres y así responderles adecuadamente. En casos de complicaciones severas, las intervenciones médicas como una cesárea pueden ser difíciles de evitar, por eso es importante la preparación previa para fortalecer la confianza, la comunicación, escucharlas e involucrarlas en la toma de decisiones, ofreciendo opciones y explicación de los procedimientos, garantizando la atención humanizada<sup>(6)</sup>.

La propuesta de separar las áreas de atención para los casos de embarazos de menor gravedad de los de alto riesgo, serviría en la disminución de los niveles de ansiedad, el manejo del estrés, mejorar el control sobre la situación y lograr una experiencia agradable de parto por la gestante de alto riesgo(6).

Teniendo en cuenta la mayor tendencia a la hospitalización durante los embarazos de alto riesgo y por largos periodos, en ocasiones estar aisladas y expuestas al ambiente tenso de las unidades de cuidados intensivos puede generar una experiencia traumática para las pacientes. Es allí donde el apoyo familiar y emocional se convierte en un factor muy importante para ayudar a la gestante(6).

## Posición y caminar

El trabajo de parto se favorece con métodos no farmacológicos, que incluyen la deambulación durante el período de dilatación, mejorando la calidad de las contracciones y acortando la duración del trabajo de parto, de igual forma hace más tolerable el dolor(4).

Según una revisión sistemática que incluyó 9.015 gestantes, las mujeres que tienen su parto en posición de litotomía experimentan más dolor, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, necesidad de parto asistido con fórceps y episiotomía. Sugieren menores pérdidas sanguíneas que en la posición vertical, en la cual aumenta el riesgo de pérdida sanguínea >500 mL, pero lo relacionan con necesitar formas más precisas para medir las pérdidas(14).

Así mismo, se han estudiado numerosas ventajas fisiológicas para las diferentes posiciones y en especial para la posición vertical durante el trabajo de parto y el parto, algunas se describen en la **tabla 2 y 3**.

**Tabla 2. Principales ventajas de las distintas posturas**

Posición	Ventajas
Decúbito supino	Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragia posparto. Más cómoda para el obstetra.
De pie	Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías.
Decúbito lateral	Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.
Sedestación	Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. Alivia el dolor de la parte baja de la espalda.
Cuadrúpeda	Menos trauma perineal, ya que la gravedad aleja la presión sobre el periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.
Cuclillas	Diámetros pélvicos aumentados. Necesita menos estimulación por la oxitocina, menos partos instrumentados. Disminuyen las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del piso pélvico).

**Fuente:** adaptado de Lugones, M.B. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 38(1), 134-145.

**Tabla 3. Ventajas de la posición vertical**

Posición	Ventajas
Efectos respiratorios	El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, ayudan a que el útero descienda y no ejerza presión sobre los pulmones, aumentando la relajación, la capacidad respiratoria y la oxigenación de la madre y el bebé.
Efectos mecánicos	La fuerza de gravedad favorece el posicionamiento, encajamiento y descenso del feto a través del canal del parto, con menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones en los latidos cardíacos fetales, de igual forma disminuye la duración del trabajo de parto.  Por otra parte, el útero al no comprimir los grandes vasos evita alteraciones en la circulación materna y placentaria
Oxigenación fetal	Un mejor equilibrio ácido-base fetal.
Vía de parto	La terminación espontánea es más frecuente y se reduce la necesidad de episiotomías y fórceps.
Tejidos perineales	Menos trauma perineal y desgarros profundos grado 3 y 4; la elasticidad perineal es mayor en esta postura, y la gravedad aleja la presión del feto sobre el periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal.
Psicoafectivo	Beneficios importantes en la reducción del dolor, mayores sensaciones de libertad, de control, de participación, de mayor rol protagónico, mayor satisfacción durante y después del parto.

**Fuente:** adaptado de Lugones, M.B. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(1). 2012; 134-145.

## Epidural

El dolor ha tenido en los hospitales una concepción de ser un mal que debe eliminarse principalmente con medicamentos. Pero en el parto humanizado se entiende que el dolor del parto tiene una función fisiológica y se puede aliviar con métodos no farmacológicos comprobados, como el baño en agua tibia, el cambio de posición, el movimiento, masaje y la compañía de un familiar o incluso la presencia continua del proveedor de salud<sup>(4)</sup>.

Su presencia en los servicios está influenciada por la cultura, es así como las mujeres japonesas no reciben la epidural, no porque esta sea su decisión, sino por su cultura local. En Bélgica y Canadá, se les aplica la epidural, de igual forma, no por su propia decisión, sino porque a todas las gestantes se les administra<sup>(6)</sup>. Por esto, se resalta la impor-

tancia de realizar decisiones conscientes sobre el cuidado que va a recibir la mujer. La decisión de cómo aliviar su dolor debe ser tomada por ella y es deber del profesional proveer los medios disponibles para su alivio.

En ocasiones antes de elegir la analgesia epidural, se pueden usar otros métodos para aliviar el dolor, como medicamentos opioides venosos, caminar, cambiar de posición, técnicas de respiración y baños con agua tibia logrando niveles de control y tolerancia para una experiencia satisfactoria.

## Ligadura del cordón

La primera intervención médica experimentada en la vida del ser humano es la ligadura del cordón. Retrasar la ligadura y corte del cordón mejora la adaptación cardiopulmo-

nar neonatal, aumenta la presión sanguínea, el transporte de oxígeno, el flujo sanguíneo, y disminuye la anemia, además en los neonatos enfermos y pretérmino reduce el número de días de ventilación mecánica y la necesidad de transfusiones por hipovolemia (**tabla 4**). Todo lo anterior es basado en el cambio circulatorio intracardiaco que sucede luego del parto, que, por un momento, el cuerpo y cerebro

del neonato obtienen oxígeno desde dos fuentes directas, una desde el flujo del cordón y la otra con el inicio de la ventilación pulmonar, por lo cual la ligadura inmediata causa que se desvíe el flujo de otros órganos y cerebro para el llenado vascular de los pulmones generando una disminución en el flujo sanguíneo y asfixia en cierto grado<sup>(16)</sup>.

**Tabla 4. Ventajas de la ligadura tardía de cordón umbilical**

Aspecto	Ventajas
Depósitos de hierro	El volumen sanguíneo disponible para el neonato con el flujo del cordón es entre 10 a 60 mL/kg, lo que representa aumento en la volemia de 20 a 60%, reduciendo la hipovolemia, mejorando los depósitos de hierro y disminuyendo la anemia.
Menor necesidad de transfusiones	El cordón tiene una reserva de sangre fetal alojada desde la placenta, por lo que con la ligadura inmediata se restringe el paso de sangre de esta reserva hasta un 40% (trasfusión placentaria) y disminuye el aporte de oxígeno, lo que produce sobre todo en el neonato pretérmino: hipovolemia, disminución en la presión sanguínea e hipoxia, con riesgo de daño multi orgánico y cerebral por isquemia. Efectos que aumentan las necesidades de transfusiones posteriormente.
Oxigenación en reanimación	Retrasar la ligadura del cordón es benéfico en los neonatos con dificultad en la adaptación respiratoria e incluso al iniciar la reanimación, por continuar aportando oxígeno a la circulación. Además, mejora la función cerebral al aumentar la oxigenación, disminuyendo las tasas de parálisis cerebral, autismo y esquizofrenia, desórdenes con origen directo o exacerbación por hipoxemia.  Mejora la función renal al aumentar la volemia y reducir la deshidratación.
Mayores niveles de anticuerpos, hormonas maternas, células madre y micronutrientes	Aumento en el paso de anticuerpos desde la placenta, generando mayor protección inmune del neonato. Algunos anticuerpos son para: Bordetella pertussis, Haemophilus influenza tipo b (Hib), Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis.  El aumento en el paso de hormonas maternas ayuda a normalizar los niveles de tiroxina mejorando el metabolismo basal del neonato.  El cordón umbilical contiene células T, con propiedades anticancerosas y útiles en el manejo del cáncer hematológico.  Así mismo aumentan las reservas de vitaminas y minerales, en especial los niveles de vitamina K y cobre. El primero por su importancia para disminuir el riesgo de sangrado por su privación, y el segundo, por mejorar la sensibilidad a la insulina, controlando los niveles de glucosa y reduciendo la necesidad de producción de insulina.

**Fuente:** adaptado de: Edmonds, P. Premature Ligation of the Umbilical Cord. Midwifery Today, (108). 2013; 58-62.

## Luego del parto: neonato y lactancia

El acompañamiento por los proveedores de atención debe continuar su apoyo a las mujeres y su familia después del parto. Una revisión que incluyó 17 estudios encontró efectos positivos y estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel sobre la lactancia materna uno y tres meses después del parto y sobre la duración de la lactancia. El contacto piel a piel de la madre con su bebé inmediatamente después del nacimiento, hace que el neonato se calme al sentir el calor de su madre, sienta alivio, seguridad, conexión, mitigando el sufrimiento del parto y le ayuda a desarrollar un vínculo de reconocimiento con la madre(18).

Un RCT encontró que 63% de las mujeres con un parto humanizado tenían un aumento en la autoestima, mientras que el 18% lo manifestaron luego de un parto medicalizado(4).

Estudios en los Estados Unidos, Dinamarca y Suecia encontraron tasas significativamente mayores de lactancia materna exitosa luego del parto humanizado, dado que el contacto físico con la madre aumenta el nivel de prolactina. En estas situaciones el contacto piel a piel, el tacto, el olor, la tibieza del cuerpo y los estímulos auditivos y visuales se combinan para promover el apego entre los dos, lo cual es una contribución al niño para su propia supervivencia(17).

## Institucionalidad

Para el logro de la atención humanizada, es necesario el compromiso y el esfuerzo de las instituciones prestadoras del servicio obstétrico. En algunas, se ha venido desarrollando uno de los pilares del proceso de atención, que es la política de permitir un acompañante permanente a la gestante, participando de las decisiones, colaborando con la compañía y cuidados, e incluso asistiendo a las intervenciones médicas (analgesia epidural, instrumentación y cesárea), dando la oportunidad para la mujer y su familia de crecer, aprender y adaptarse de acuerdo con el propio potencial y experiencia(7).

Se han propuesto y desarrollado adaptaciones estructurales en las instituciones buscando generar un espacio íntimo

y agradable en compañía de la familia para el trabajo de parto, parto y post parto, son las habitaciones TPR (*labor, delivery, and recovery room*, en inglés), diseñadas para la atención de partos de bajo riesgo de complicaciones, sin embargo, es posible realizar allí procedimientos como la aplicación de anestesia epidural y la instrumentación del parto. Luego del nacimiento, se inicia el contacto piel a piel y la lactancia sin necesidad de traslado a otras habitaciones por las primeras dos horas de vigilancia postparto. Estas estrategias podrían llevar a la sensación de normalidad de un entorno tan especializado, así como aliviar el estrés al ayudar en el cuidado más humanizado para las mujeres(7).

Así mismo, se debe trabajar en el mejoramiento de aspectos que generan niveles de estrés, incomodidad y ansiedad, como la espera por periodos prolongados antes del ingreso para la atención, la posibilidad de no tener la opción de un proveedor por dificultades en aseguramiento, carencia de trabajo en equipo, insuficiente personal asistencial, el ambiente académico que puede generar pérdida de la intimidad por exceso de personal en formación y, finalmente, el alta hospitalaria pronta sin garantizar la aceptable recuperación física y psicológica(7).

Desde la academia, liderada por las universidades, se debe generar el liderazgo en la transformación de la atención del parto, a través de los docentes, quienes son modelos de aprendizaje y motivación para los estudiantes y futuros profesionales de la salud(21).

## Política pública

El nacimiento tiene un componente político. La construcción y defensa de la estrategia del nacimiento humanizado requiere ser políticamente activo, porque el Estado toma decisiones cruciales sobre el cuidado de la maternidad y su participación es esencial para la estructuración y expansión del proceso de humanización(4).

Proyecto de ley no. 063 de 2017: "Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado".



El objeto de la ley es *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*<sup>(19)</sup>.

Esta iniciativa se ha presentado en varias oportunidades ante el Congreso de la República:

1. Fue radicado ante el Senado de la República en la legislatura 2012-2013, alcanzando solo tres debates de los cuatro reglamentarios por la ley 5 de 1992.
2. En la legislatura 2016-2017, fue radicada la iniciativa en marzo de 2017, pero fue archivada por no alcanzar primer debate.
3. En la legislatura 2017-2018, nuevamente se radica la iniciativa, la cual fue aprobada en primer debate en la Comisión Séptima el 17 de mayo de 2018 y continúa su gestión en la legislatura 2018-2019.

Actualmente, el proyecto se encuentra en trámite en la Plenaria de la Cámara de Representantes para segundo debate y fue publicado en la Gaceta del Congreso número 664 del 2017<sup>(19)</sup>.

Debido a la complejidad del tema, se solicitó a la Comisión realizar una Audiencia Pública con el fin de escuchar a todos los actores involucrados y especialistas en el tema de parto humanizado: realizada el 22 de agosto de 2018 donde participaron el Ministerio de Salud y Protección Social, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, PROFAMILIA, las universidades Nacional, de la Sabana y organizaciones sociales que expusieron sus diversos puntos de vista y recomendaciones ante los ponentes.

## Conclusiones

El parto tiene un componente social y cultural que le aportan al nacimiento la diversidad en creencias, prácticas y experiencias.

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos, acontecimientos naturales, para los que el cuerpo de la mujer está

preparado y capacitado, y en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico<sup>(20)</sup>.

La forma humanizada de nacimiento es la más segura, respaldada por la evidencia.

El proceso de humanización de la gestación inicia desde las actividades prenatales y continúan hasta el periodo postparto, asegurando el bienestar del nuevo individuo y la maternidad placentera y satisfactoria.

Una experiencia de parto positiva se define como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye: dar a luz a un bebé sano, en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, estar acompañada en el momento del nacimiento con apoyo emocional continuo y ser asistida por personal amable con competencias técnicas y humanas idóneas.

Una de las estrategias más importantes en el proceso de humanización durante la hospitalización, trabajo de parto y parto, demostrando su efecto en disminuir la tensión, la ansiedad, mantener la mente clara de complicaciones y el dolor, es acompañar a la mujer, brindarle una presencia constante, calmarla con un contacto reconfortante y darle palabras de aliento y tranquilidad.

Las dimensiones externas del proceso, como la historia, la sociedad, la cultura, la estructura y los individuos del entorno pueden afectar las prácticas para la humanización de la gestación, tanto si actúan de forma independiente como en conjunto.

Empoderar a las mujeres durante su embarazo y el parto, brindar apoyo psicológico a las madres independiente del riesgo, modificar las reglas y regulaciones institucionales para brindar mayor acompañamiento y continuidad en la atención, aumentar el número de personal asistencial, y proponer la cooperación estrecha con mejor comunicación entre los profesionales, son todos factores importantes que podrían promoverse en las instituciones hospitalarias para lograr el enfoque humanizado del cuidado de la gestación.

Los mayores objetivos de la humanización de la gestación son lograr que las mujeres tengan confianza en el parto vaginal, que no teman al dolor, que solo se les realice la cesárea cuando realmente lo necesitan. Todo parte desde la autonomía como principio ético, la información como

derecho, el respeto de las particularidades como virtud y la posibilidad de discusión igualitaria de las opciones con quienes cuidan a la gestante. Por esto es necesario que el personal asistente del parto sea destacado no solo por sus conocimientos sino por su alta sensibilidad ante la madre y su hijo.

## Referencias bibliográficas

1. González JA. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud*. 2012;10(2-3):44-59.
2. Briceño X. Ni la medicina ni los profesionales de la salud son violentos por naturaleza. La violencia obstétrica desde una perspectiva interaccionista [trabajo de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia.
3. Basso, JF, Monticeli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2010;18(3):390-7.
4. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(supl. 1):25-37.
5. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(supl. 1):55-8.
6. 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(1):49-58.
7. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: A conceptual framework. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):205-25.
8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: autor; 2016.
9. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra: autor; 2018.
10. Vela G. 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 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
11. Samar Quintanilla DA. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011

12. Hodnett E, Gates S, Homeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Revisión traducida. *Cochrane Plus*. 2008;(2):1-57.
13. Devane D. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD005122.
14. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(5):CD002006.
15. Lugones MB, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012;38(1):134-5.16. Lugones MB, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012;38(1):134-5.
16. Edmonds P. Premature ligation of the umbilical cord. *Midwifery Today Int Midwife*. 2013;(108):60-1.
17. De Monterrosa E, Zuleta JJ, Rojas Higuera R. Prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto, puerperio y recién nacido. *Av Enferm*. 2006;24(1):43-52.
18. Medeiros RMK, Texeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Correa AC, Martins D. Humanized Care: Insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. *Rev Bras Enfermagem*. 2016;69(6):1029-36.
19. Proyecto de 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 (Gaceta n.o 664 de 2017).
20. Darra, S. 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts. *Nurs Inq*. 2009;16(4):297-305.
21. Urrego MA. El caminar del docente obstetra hacia la humanización del parto [tesis de maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2019.
22. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let's think differently. *Health Care Women Int*. 2014;35(2):127-48.
23. Charles S. Obstetricians and violence against women. *Am J Bioeth*. 2011;11(12):51-6.
24. Fernández I. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enferm Glob*. 2014;13(33):400-6.
25. Silva RC, Soares MC, Muniz RM, Andrade FP, Torres AAP, Gomes V. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. *Enferm Glob*. 2011;10(24):331-40.
26. Urrego MA. El caminar del docente obstetra hacia la humanización del parto [tesis de maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2019.
27. Vela G. 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 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.

28. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75(supl. 1):25-37.