

Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión

Humanization of Reproductive Health Services based on Women's Experiences: Contributions to Reflection

Humanização dos serviços reprodutivos a partir das experiências das mulheres: contribuições para a reflexão

Diana Paola Ospina Vanegas¹, Sandra Milena Cristancho Gómez²,
María Mercedes Lafaurie Villami³, Diana Carolina Rubio León⁴

Histórico

Recibido:

23 de octubre de 2019

Aceptado:

22 de febrero de 2020

1 Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia E-mail: dospinav@unbosque.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2060-0690>

2 Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia E-mail: scristanchog@unbosque.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1022-0424>

3 Universidad El Bosque Bogotá, Colombia. E-mail: lafauriemaria@unbosque.edu.co
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5993-740X>

4 Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia Email: drubiol@unbosque.edu.co
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7672-9776>

Resumen

Introducción: La atención humanizada del parto observa atributos en el cuidado a la gestante, orientados a hacer satisfactoria la experiencia reproductiva. **Objetivos:** Recoger, a partir de la voz de las mujeres, y analizar, desde una perspectiva de humanización, experiencias con la atención del embarazo y parto y sugerencias para fortalecer el parto humanizado en una subred integrada de servicios de salud de Bogotá. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico, basado en entrevistas semiestructuradas y grupos focales, que exploraron experiencias de embarazo y parto con 16 participantes. Se implementó un análisis temático. **Resultados:** La falta de oportunidad y falencias en la coordinación, información y trato a las usuarias afectan la atención del embarazo. En el trabajo de parto y parto, se relatan experiencias de desconocimiento de la privacidad, sentirse “conejiños de indias”, intervenciones no informadas y ejercicio autoritario de las relaciones de poder profesionales-usuarias. **Discusión:** Se evidencia la necesidad de garantizar la atención prioritaria a las gestantes, eliminando barreras y mejorando la información y trato a las usuarias. En el parto, se reconoce la existencia de prácticas de deshumanización, naturalizadas en la atención reproductiva, que deben ser erradicadas. **Conclusiones:** Se requiere romper paradigmas culturales y de género que afectan la humanización en la atención al embarazo y parto mediante formación al personal, reconociendo las necesidades de las usuarias y cualificando la organización institucional para la atención del parto. El respeto a los derechos de las gestantes debe primar en procesos formativos con estudiantes. El acompañamiento permanente a las usuarias es crucial. **Palabras clave:** Embarazo; Parto Humanizado; Género; Derechos de la Mujer.

Abstract

Introduction: Humanized care at childbirth observes attributes in the care of pregnant women aimed at making the reproductive experience satisfactory. **Objectives:** This study is aimed to hear the experiences related to pregnancy and childbirth care as well as the suggestions to strengthen humanized childbirth in an integrated healthcare subnetwork in Bogotá from the voice of women and to analyze them from a humanization perspective. **Materials and Methods:** A qualitative phenomenological study was conducted based on semi-structured interviews and focus groups in 16 participants to explore the experiences of pregnancy and childbirth. A thematic analysis was implemented. **Results:** Lack of opportunities and deficiencies in the coordination, information and treatment of patients affect pregnancy care. In labor and delivery, experiences related to the lack of knowledge of patient privacy, feeling like “guinea pigs”, uninformed interventions, and authoritarian exercise of healthcare professional-patient power relations are reported. **Discussion:** The need to ensure priority attention to pregnant women, eliminating barriers and improving information and treatment of patients is evident. In childbirth, the existence of dehumanizing practices, which have been naturalized in reproductive healthcare, is recognized and must be eradicated. **Conclusions:** It is necessary to break cultural and gender paradigms that affect the humanization of pregnancy and childbirth care by providing staff training, recognizing the needs of patients and qualifying the institutional organization for childbirth care. Respect for the rights of pregnant women should be a priority in student training. Permanent support to patients is crucial.

Key words: Pregnancy; Humanizing Delivery ; Gender; Women's Rights.

Resumo

Introdução: O cuidado humanizado ao parto observa atributos no cuidado à gestante, orientados a tornar satisfatória a experiência reprodutiva. **Objetivos:** Reunir, a partir da voz das mulheres, e analisar, do ponto de vista da humanização, experiências com os cuidados com a gravidez e o parto e sugestões para fortalecer o parto humanizado em uma sub-rede integrada de serviços de saúde em Bogotá. **Materiais e Métodos:** Estudo fenomenológico qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas e grupos focais, que explorou experiências de gravidez e parto com 16 participantes. Uma análise temática foi implementada. **Resultados:** A falta de oportunidade e falhas na coordenação, informação e tratamento das usuárias afetam o cuidado da gravidez. No trabalho de parto e parto, são relatadas experiências de ignorância da privacidade, sentimento de “cobaias”, intervenções desinformadas e exercício autoritário de relações de poder entre usuários profissionais. **Discussão:** É evidente a necessidade de garantir atendimento prioritário às gestantes, removendo barreiras e melhorando as informações e o tratamento para as usuárias. No parto, é reconhecida a existência de práticas de desumanização, naturalizadas no cuidado reprodutivo, que devem ser erradicadas. **Conclusões:** É necessário romper os paradigmas culturais e de gênero que afetam a humanização no cuidado com a gravidez e o parto, por meio da capacitação da equipe, reconhecendo as necessidades das usuárias e qualificando a organização institucional para o cuidado ao parto. O respeito pelos direitos das mulheres grávidas deve ter precedência nos processos de treinamento com as estudantes. O acompanhamento permanente dos usuários é crucial.

Palavras chave: Gravidez; Parto Humanizado; Género; Direitos da Mulher.

Como citar este artículo: Ospina Vanegas Diana Paola, Cristancho Gómez Sandra Milena, Lafaurie Villamil María Mercedes, Rubio León Diana Carolina. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. Revista Cuidarte. 2020; 11(2): e1005. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1005>



INTRODUCCIÓN

La humanización en salud reproductiva responde a la necesidad de hacerle frente a una realidad inocultable que afecta los derechos de las mujeres y sus familias y que desdibuja los procesos asistenciales. Ampliar y generar un cambio urgente en cuanto a conocimientos y prácticas orientadas a promover la humanización del embarazo, parto y parto, es un aspecto que cobra hoy una importancia crucial.¹

La naturalización de los procesos reproductivos desestima las diferencias generando una homogeneización de las gestantes.² Se ha creado un patrón cultural de atención centrado en la mecanización de los procesos, en que las mujeres se han convertido en sujetos pasivos de sus propios partos.³⁻⁴ Este fenómeno, conocido como violencia obstétrica, es atribuido a la complejidad de las relaciones de poder que se desarrollan en el ámbito de la salud, las cuales se ven reflejadas en la discriminación e inequidad social y de género que viven las gestantes, sobre todo las más pobres, aunada a falencias en el sistema de salud, donde son frecuentes las extensas jornadas laborales y la carencia de insumos requeridos, lo que deriva en situaciones de negligencia médica y en expresiones de violencia institucional.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó, en 2014, la Declaración sobre la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, en que reclama acciones más energéticas, diálogo, investigación y apoyo relacionado con este relevante problema de salud pública que afecta los derechos humanos de las mujeres.⁶ Esta declaratoria reitera que el personal de salud tiene un rol central en el trato hacia las mujeres atendidas como condición de una experiencia positiva durante el parto.²⁻⁴

Recientemente, en Latinoamérica se ha consolidado un cuerpo de evidencias sobre la humanización del parto.⁴⁻⁸ Los estudios abordan desde la revisión del cumplimiento de las recomendaciones de la OMS,⁽¹⁾ hasta la valoración de la atención inadecuada del parto como una forma de violencia estructural y de género.⁹⁻¹⁰ En Colombia los estudios han abordado la perspectiva de las mujeres sobre el trato recibido.^{5,11-12} las inequidades sociales y su relación con la atención durante el parto,¹³ el seguimiento de las recomendaciones de la OMS¹⁴ y el abordaje del tema tanto en la literatura científica latinoamericana¹⁵ como en la prensa en la región¹⁶. En el país se han realizado por parte de algunas congresistas esfuerzos legislativos orientados a mejorar la salud materna, a erradicar la violencia obstétrica y a proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.¹⁶ Sin embargo, hasta el momento ninguna de estas iniciativas ha logrado avanzar hasta convertirse en Ley de la República.

La atención de salud, desde el enfoque de derechos, se reconoce como parte del derecho a la salud en el contexto colombiano. El Estado es responsable de “respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los que de este se deriven”.¹⁷ La humanización de la atención en salud es un pilar de la política pública colombiana en salud sexual y reproductiva, la cual se rige por un enfoque de derechos, género e intersectorialidad.¹⁷⁻¹⁸ El Ministerio de Salud y Protección Social establece recomendaciones centradas en el parto humanizado como forma de minimizar complicaciones en la gestación, parto y puerperio.¹⁸ La atención humanizada del parto (AHP) implica observar una serie de atributos en el cuidado a la gestante con el fin de permitirle una experiencia reproductiva satisfactoria. Se orienta, entre otras, a respetar la fisiología del embarazo y parto, interviniendo únicamente lo necesario, reconocer aspectos socioculturales de las gestantes, ofrecerles apoyo emocional y garantizar su privacidad y autonomía.¹³

Aproximarse a las necesidades de las mujeres favorece la toma de decisiones y aporta al mejoramiento

de los servicios de salud materna.¹⁹ Reconocer la mirada de las usuarias ayuda a consolidar el parto humanizado. Es por ello por lo que este estudio estuvo orientado a recoger, a partir de la voz de las mujeres, y analizar, desde una perspectiva de humanización, experiencias con la atención del embarazo y parto y sugerencias para fortalecer el parto humanizado en una subred pública de servicios de salud de Bogotá.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio realizado estuvo enmarcado bajo el paradigma cualitativo de la investigación con enfoque fenomenológico, por cuanto profundizó en las experiencias vividas por las mujeres, a partir de sus relatos, y realiza un ejercicio de interpretación sobre las mismas siguiendo una línea hermenéutica en que se interroga el cómo, cuándo y dónde y el horizonte que se desea develar, tras el contexto a ser descubierto.²⁰

Se procedió a recoger la experiencia vivida por las participantes mediante la utilización de dos técnicas: la entrevista semiestructurada, y el grupo focal. La entrevista semiestructurada utiliza preguntas abiertas mediante las que el participante puede expresar sus opiniones y matizar sus respuestas.²¹

En la entrevista de grupos focales se facilita la interacción y el diálogo grupal sobre asuntos que son comunes a los participantes.²² Con el grupo focal se buscó triangular la información ofrecida en las entrevistas. Tanto en las entrevistas como en los grupos focales se realizaron inicialmente preguntas abiertas sobre dos tópicos centrales: cómo fue la experiencia con la atención (en el embarazo o en el parto, según el momento) y qué se mejoraría para fortalecer la humanización de los servicios. Se partió de guiones previamente elaborados que orientaron, además, sobre aspectos a profundizar en la interacción con las participantes, los cuales fueron los siguientes: quién las atendió, en qué momento y dónde; cómo valoran la atención recibida; cómo se sintieron tratadas; cómo sería, según su criterio, la atención ideal a la gestante; qué sería necesario mejorar para hacer más humana la atención y qué aspectos sería importante que tuviera en cuenta el sistema de salud para la atención a las gestantes (todo lo anterior, en el embarazo o en el parto, según el caso). Se realizó una prueba piloto del instrumento de entrevista previo a su implementación definitiva.

La muestra considerada fue captada de manera intencional o selectiva. Se tuvo en cuenta un muestreo homogéneo, buscando seleccionar mujeres con un perfil similar, siendo el interés del estudio descubrir situaciones que puedan ser comunes a un grupo humano específico. Se entrevistaron participantes hasta la saturación de la muestra.²³

Se vincularon al estudio 16 gestantes atendidas por una subred integrada de servicios de salud de Bogotá, ubicadas en tres unidades de atención e invitadas previamente a participar. Las participantes fueron captadas en el embarazo a través del programa de preparación para la maternidad y paternidad de las unidades de salud. Se les presentaron los objetivos y las condiciones del estudio y, con quienes aceptaron participar, se acordó el día, hora y lugar de encuentro. Como criterios de inclusión, se tuvo en cuenta que las mujeres fueran atendidas por la subred, que ya hubieran iniciado control prenatal y fueran mayores de 18 años. Se entrevistaron mujeres en la etapa prenatal y después del parto (ver [Tabla 1](#)). Se realizaron 10 entrevistas y un grupo focal con seis mujeres en el embarazo y cuatro entrevistas y un grupo focal con cuatro mujeres, después del parto. Para las entrevistas posteriores al parto, se localizaron nuevamente mujeres que habían sido entrevistadas en el embarazo. Ocho de las gestantes participaron en ambos momentos. En el abordaje durante el embarazo, se negaron a participar tres gestantes en el grupo focal, argumentando razones de tiempo limitado; en el grupo abordado posterior al parto, cuatro gestantes rehusaron a ser entrevistadas, dos por no hallarse en

la ciudad y dos porque consideraron haber mencionado todo lo que tenían por decir en la entrevista realizada a ellas en el embarazo. Varias participantes del grupo abordado en el embarazo no pudieron ser localizadas después del parto. Para controlar sesgos, en el caso del abordaje posterior al parto se consideró que las gestantes no superaran los tres meses de haber dado a luz. postgrado

El equipo de investigación, de corte multidisciplinario, está constituido por una médica y una enfermera candidatas a magister en Salud Sexual y Reproductiva además de dos psicólogas, una magister en Igualdad y Género y otra doctora en Salud Pública, docentes de postgrado y con amplia trayectoria en estudios de género y salud de las mujeres; las cuatro investigadoras cuentan con formación en el modelo cualitativo de investigación. Las investigadoras no poseen relación alguna con los servicios de salud donde fueron atendidas las mujeres. En las entrevistas y los grupos focales tuvieron amplia participación las dos candidatas a magister en Salud Sexual y Reproductiva. Las entrevistas y grupo focal fueron realizados en espacios privados en las unidades de salud y en algunos casos en los hogares de las entrevistadas. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos; los grupos focales, entre 90 y 120 minutos.

Se llevó a cabo un análisis temático aplicable a estudios fenomenológicos a través del que se definen unidades temáticas particulares y generales como producto de una aproximación selectiva, a partir de la lectura y relectura juiciosa de la información. Este proceso, descrito por las Miele y colegas, partiendo de la secuencia propuesta por Braun y Clarke para fortalecer el rigor científico en estudios de esta índole, implica las siguientes etapas: 1) Familiarización con los datos, 2) Generación de categorías o códigos iniciales, 3) Búsqueda de temas, 4) Revisión de temas, 5) Definición y denominación de temas y 6) Producción del informe final²⁴. Mediante un proceso inductivo, con apoyo del software NVivo® se orientó el proceso de codificación. Para fortalecer la confiabilidad del estudio, además de considerar el criterio de saturación de la muestra y el uso de dos técnicas para triangular resultados, el análisis se realizó por acuerdo entre investigadoras, tal cual lo propone Peña y Lillo²⁵. Participaron las cuatro autoras en el proceso de codificación el cual fue realizado mediante duplas, de manera independiente, para posteriormente verificar conjuntamente los resultados y llegar a acuerdos. En la misma línea, se procedió al contrastar la información obtenida en el estudio con la literatura científica.

El protocolo del proyecto dentro del cual se inscribe este artículo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque mediante el Acta 015-2017. En el estudio se observaron los principios de dignidad, integridad, autodeterminación, privacidad y confidencialidad, requeridos en las investigaciones con seres humanos, contenidos en la Declaración de Helsinki 2013²⁶ y se tuvieron en cuenta las normas técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud de la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.²⁷ Se utilizó consentimiento informado de tipo escrito. Se hace uso de seudónimos para preservar la confidencialidad de las participantes.

Como limitación de este estudio debe señalarse que, por ser de tipo cualitativo, los hallazgos no pueden generalizarse más allá del grupo humano abordado; por ello, en la lectura de este trabajo es necesario considerar los contextos específicos que envuelven las experiencias de las participantes.

RESULTADOS

Los resultados se desarrollan a partir de tres aspectos generales: Caracterización de las participantes, experiencias con la atención del embarazo y parto y propuestas para fortalecer la humanización.

Caracterización de las participantes

A continuación, se presenta la [Tabla 1](#), que permite caracterizar el grupo de participantes en el estudio y que incluye la actividad dentro de la cual participaron.

Tabla 1. Caracterización participantes

Nombre*	Edad	Escolaridad	Convivencia en pareja	Procedencia	Hijos nacidos vivos**	Participación en el estudio
Katherine	23	Secundaria incompleta	No	Bogotá	2	Entrevista embarazo
Laura	19	Bachillerato incompleto	Si	Mosquera, Cundinamarca	1	Entrevista embarazo
Ruby	40	Primaria Incompleta	Si	Chimichagua, Cesar	3	Entrevista embarazo
Eliana	36	Secundaria Incompleta	Si	El Banco, Magdalena	2	Entrevista embarazo
Mariana	22	Técnico	Si	Bogotá	2	Entrevista embarazo
Sara	31	Secundaria Incompleta	No	Villavicencio, Meta	3	Entrevista embarazo
Denisse	20	Secundaria completa	Si	Bogotá	2	Entrevista embarazo y posterior al parto
Dalia	20	Secundaria completa	Si	Bogotá	1	Entrevista embarazo y posterior al parto
Zaira	27	Secundaria completa	No	Bogotá	1	Entrevista embarazo y posterior al parto
Karina	30	Superior completa	Si	Sincelejo, Sucre	1	Entrevista embarazo y posterior al parto
Paula	18	Secundaria Incompleta	Si	Bogotá	0	Focal embarazo
Talía	22	Secundaria Incompleta	No	Bogotá	2	Focal embarazo
Elizabeth	25	Secundaria completa	Si	Montería, Córdoba	1	Focal embarazo/ Focal posterior al parto
Diana	18	Secundaria Incompleta	Si	Ubalá, Boyacá	1	Focal embarazo/ Focal posterior al parto
Karla	22	Secundaria completa	Si	Bogotá	1	Focal embarazo/ Focal posterior al parto
Lina	18	Secundaria completa	Si	Bogotá	1	Focal embarazo/ Focal posterior al parto

Fuente: La investigación

* El nombre no corresponde al nombre real de las participantes.

** En el momento de la entrevista

Al revisar los datos, se observa que tres cuartas partes de las participantes conviven con sus parejas, superando el promedio general para Colombia en que únicamente el 49.7% de las mujeres en edad reproductiva están unidas.²⁸ Nueve mujeres han terminado la secundaria o han alcanzado un nivel superior, lo cual resulta más bajo que el promedio educativo del país para las mujeres en edad reproductiva en que el 88% han logrado terminar la secundaria o superar ese nivel de educación.²⁸ Es de notar que 10 de las participantes están entre los 18 y 23 años y cinco de estas jóvenes son multigestantes.

Experiencias con la atención del embarazo y parto

Se obtuvieron relatos sobre la atención en el embarazo y en el parto que dieron origen a un análisis temático el cual dio como resultado el árbol de codificación que se presenta en el [Gráfico 1](#).

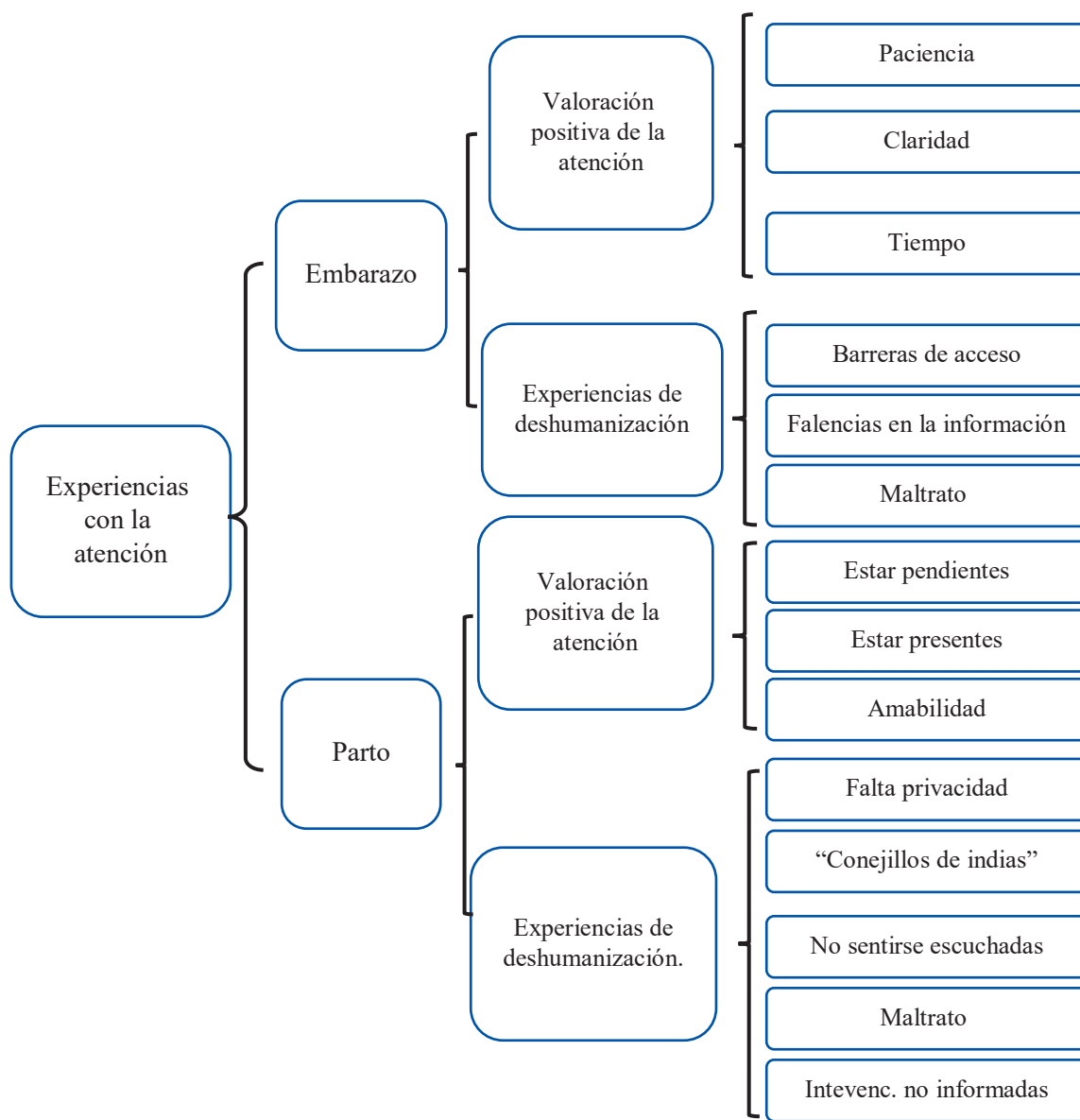


Gráfico 1. Árbol de categorías experiencias con la atención del embarazo y parto

Se presentan a continuación los aspectos más destacados que surgen del análisis temático sobre las experiencias de las participantes con la atención en salud materna, tanto en el embarazo como en el parto.

Experiencias con la atención del embarazo

En su gran mayoría las participantes tienen un buen concepto acerca de la atención que han recibido en la subred durante el embarazo; destacan la paciencia, la claridad, el tiempo que les han dedicado y los consejos recibidos de parte de los profesionales que las han atendido, como lo hace Lina: *Aquí lo atienden a uno bien, pero como le digo esa confianza me la inspira es la doctora en sí. Uno pregunta y le dan la respuesta o lo ayudan con esto.*

Elizabeth describe de este modo su experiencia: *Tuve diez controles de mi embarazo, cuatro ecografías, medicamentos, todo lo que son las vitaminas; la atención siempre ha sido muy buena. Si yo quería escuchar el corazón del bebé para saber si había complicaciones, me lo dejaban escuchar.*

Ahora bien, entre los aspectos más relevantes que afectan la atención, según la perspectiva de las participantes, están la tramitología y las demoras en los procesos de atención. A ello se le añaden algunas falencias en la información y coordinación y aspectos relacionados con el trato a las usuarias en los procesos administrativos.

En este relato se describe el proceso burocrático al que se ha visto enfrentada Eliana: *Allá, lo demorado son las citas y para facturar (...) que toca llamar al call center (...) hay veces que uno llama y le dan una cita con el doctor que no es.*

La falta de coordinación que dificulta la atención prioritaria a las gestantes se observa en este relato de Ruby: *Que no dejen a las embarazadas de último (...) yo, ayer, desde las 2:00 y a las 3:00 cuando ya pasé me dijo la muchacha: “Yo esperándola a usted”.*

Se describen barreras de acceso, como lo menciona Karla: *Es mi primera ecografía y no me la han querido hacer (...) yo tuve una orden y me la hicieron mal.*

En ocasiones, se responsabiliza a la gestante de los errores institucionales, se le maltrata y no se le apoya en la solución de problemas, como le sucedió a Laura: *La señora me levantó la voz, que yo no aparecía en el sistema y que ella no me podía pasar para que me hicieran la ecografía.*

Experiencias con la atención del parto

En lo relacionado con el trabajo de parto y parto, los relatos sobre las experiencias de las participantes con la atención se centran sobre todo en haber percibido o no que los miembros del equipo de salud estuvieron pendientes de ellas. Se refieren a “estar pendientes” para describir el estar presentes y otorgarles un cuidado amable y comprometido.

Esta es la intervención de Karla, sobre la atención que recibió durante el parto: *Un doctor que no sé si es doctor o enfermero, la atención de él fue muy chévere, porque estuvo muy pendiente de mí, desde que estuve en el hospital, estuvo muy pendiente de mí y de mi bebé y pues me trató muy bien.*

Entre los aspectos que afectan la experiencia de las participantes, que se vieron expresados en siete de ocho casos, se encuentran: sentirse descuidadas y solas en circunstancias para ellas determinantes, ver desconocida su privacidad, sentirse objetos de aprendizaje, no sentirse escuchadas, haberse visto maltratadas por parte de miembros del equipo de salud y haber sido objeto de intervenciones no informadas o sin el consentimiento requerido.

Diana, como otras de las participantes, durante el trabajo de parto se vio a solas enfrentándose a sus circunstancias:

Solamente hubo un descuido que fue del practicante que estaba en el momento (...) Yo ya tenía los dolores y no sabía ni qué hacer y fue súper complicado. Ya, cuando el jefe de turno llegó y me revisó, entraron en acción.

Denisse vio afectada su privacidad durante el trabajo de parto, lo cual fue reportado también por otras participantes en el estudio: *Hay un cuarto como éste donde hay muchas mamás. A las que ya va a tener el bebé, las ponen a pujar delante de todas las demás, desnudas, o sea, no tienen la privacidad del espacio.*

La realización de procedimientos repetitivos e innecesarios con fines didácticos, como los tactos vaginales, es otro aspecto que describió Denisse y que fue mencionado por varias de las mujeres entre sus experiencias: *Que vengan tres o cuatro personas a hacer lo mismo, pues es más incómodo y va a doler más. Ponen a que venga el otro, y el otro, para que vengan a aprender con uno.*

Este es el relato que hace Elizabeth de su experiencia durante el parto:

Porque eso de que lo coloquen a uno de conejillo de indias es tenaz. Horrible el trabajo de parto, horrible (...) cuando llegamos allá, que me hicieron tenerlo, eran dos muchachas, y una de ellas cogió las tijeras y me quería rasgar con una tijera y la tijera no le cortaba; no me pusieron ningún anestésico y, aun así, seguía haciéndome y no le cortaba y yo sentía el dolor (...) Le comentaba a la otra: “¡ay!, yo les dije que me cambiaran esta tijera que no corta”.

Lina, adolescente primigestante, narró lo siguiente sobre su trabajo de parto:

Me trataban, pues no a las malas, no, pero me gritaban, porque igual yo primeriza no sabía ni a qué hora era el momento de pujar o cómo lo debía hacer; entonces cuando yo ya no aguantaba, porque todo el día en ese son y ya usted se cansa, yo gritaba (...) El decir de ellos fue “ay claro, cuando lo estaban haciendo ahí sí no se quejaba”.

Esto describió Dalia sobre su vivencia:

Yo le decía “Doctora no aguanto más”, “Que usted todavía no va a tener”, “Que el doctor le dijo que no”, “Pero, si no aguanto más...”, y yo me metía la mano porque sentía que algo se me venía, pero estaba esperando al doctor. Vino y me hizo el tacto y me dijo “Sí, usted ya lo va a tener”. Y corra a buscar al doctor y a buscar la camilla.

No informar a las gestantes el porqué de las intervenciones ni solicitar su consentimiento es otra situación que se describió. Lina, a quien le realizaron una episiotomía, menciona lo siguiente: *Simplemente me rajaron y ya, pero no me dijeron por qué razón, ni motivos.*

Propuestas para fortalecer la humanización

Para fortalecer la humanización en los servicios de atención a las gestantes de la subred en el embarazo y en el parto, surgen desde las usuarias algunas sugerencias. Veamos en el [Gráfico 2](#), el árbol de categorías que surgió del análisis realizado:

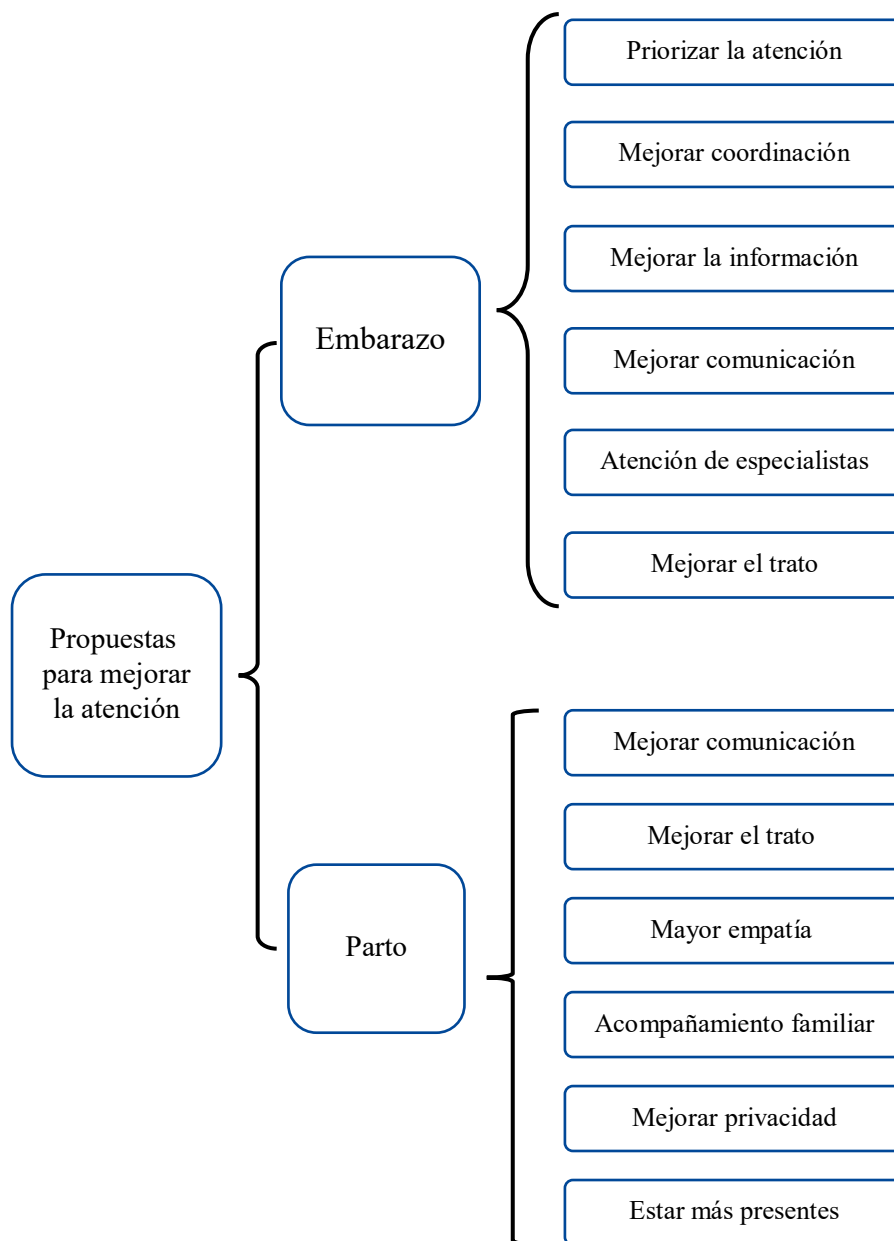


Gráfico 2. Árbol de categorías propuestas para mejorar la atención del embarazo y parto

A continuación, se describen los principales hallazgos obtenidos al preguntar a las participantes sobre sus propuestas para mejorar la atención tanto del embarazo como del parto.

a) *Propuestas para fortalecer la humanización de la atención al embarazo*

Para fortalecer la humanización de la atención al embarazo, los aspectos más destacados por las participantes son los siguientes: priorizar la atención a la gestante, mejorar la coordinación en los

servicios, mejorar la comunicación y la información a las usuarias, garantizar la atención a cargo de especialistas y mejorar el trato hacia las usuarias en los procesos administrativos. Karla expone lo siguiente como sugerencia para mejorar la atención del embarazo: *Pues tratar de darle prioridad a uno (...) a veces ellos tampoco dan bien las instrucciones, o sea, no nos atienden bien, o no nos tratan bien. Uno en el embarazo, cuando lo tratan feo, se siente mal.* Sara menciona que *falta un poquito de coordinación, sobre todo en urgencias.* Esto propone Eliana: *deberían primero atenderlo a uno, y luego hacer papelería.* Desde su experiencia, estas son las palabras de Karina: *nunca me mandaron a un ginecólogo porque supuestamente mi embarazo estaba bien y es importante que lo hagan.* Veamos la intervención que hace Elizabeth: *Que lo escuchen a uno, saber atender a la gente escuchándola; que le sepan hablar a uno, que si uno tiene alguna inquietud que se la resuelvan (...) a veces lo reciben con tres piedras en la mano.*

b) Propuestas para mejorar el proceso de atención del parto

Cualificar la atención, mejorando la comunicación con las usuarias, el trato y la empatía para con ellas, estar más presentes, proteger la privacidad de las gestantes y permitir el acompañamiento de un familiar, son los aspectos más destacados para mejorar la humanización del parto entre los expresados por las participantes. Con respecto a cómo mejorar la atención del parto, Mariana expone lo siguiente: *que estuvieran mucho más pendientes los doctores de uno, porque uno es un ser humano y uno siente, a uno le duele todo, y ellos al ver que uno sufre, como que no les duele a ellos, entonces sí que lo atiendan a uno un poquito mejor.* Para Lina la privacidad sería un aspecto esencial a considerar: *Si lo van a revisar a uno, sea solo. No estar en compañía de varias personas ahí, ni que estén paseándose, mirándolo a uno.* Katherine sugiere que *haya más comunicación entre los doctores y enfermeras con las pacientes; que dejen entrar un familiar para que por lo menos esté pendiente.* Estas son las palabras de Karla sobre cómo sería para ella la atención ideal durante el parto: *Pues a mí me gustaría que el trato que le dieran a las mamitas fuera un trato el cual en el momento en que la mujer ingrese, sabiendo que nos va a regalar otra vida más que va a llegar a este mundo, fuera un trato que la tuvieran muy bien (...) Lo ideal sería que estuvieran más al pendiente de las mamitas, muchísimo más pendientes.*

DISCUSIÓN

Si bien la atención del embarazo es en general bien valorada por las participantes, es necesario atender a las necesidades descritas por las usuarias para optimizarla. Un aspecto central es garantizar la atención prioritaria a las gestantes durante el embarazo, eliminando barreras de acceso y mejorando la información y el trato a las usuarias en los servicios administrativos. Entre las directrices para garantizar una adecuada práctica y atención ginecobstétrica, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia,²⁹ establece la atención preferencial, oportuna y continua al binomio madre-hijo.

El recorrido realizado en torno al parto permite definir aspectos críticos a ser atendidos para fortalecer la humanización durante este proceso, los cuales corresponden en buena medida al modo como se ha naturalizado la atención reproductiva en América Latina, al contrastar los resultados con la literatura científica. Durante el trabajo de parto y parto surgen diversas situaciones que requieren ser motivo de reflexión, buscando construir estrategias para su eliminación. Algunas narraciones obtenidas informan sobre el desconocimiento del derecho a la privacidad en el trabajo de parto, situación descrita por García Jordá y colegas¹⁰ en Cuba. Vallana¹¹, se refiere al poco interés del personal de salud en las

instituciones públicas por el pudor de las mujeres en el proceso de parto, a partir de un estudio realizado en Bogotá.

Otro aspecto que se destaca, se relaciona con sentirse los gestantes objetos de aprendizaje. La práctica de estudiantes se suele entrecruzar con la realización de procedimientos innecesarios y con maltrato físico por acciones inadecuadas, llevando a las mujeres a sentirse “conejiillos de indias”. Magnone-Alemán³⁰ expone que, si bien es cierto que los estudiantes requieren practicar, sería necesario evitar que esto sea a costa de violentar la intimidad de las mujeres. Añade que esta es una situación interseccionada con la clase social común en los hospitales públicos donde acuden las mujeres más pobres. Cáceres y Nieves¹³ reconocen también la clase social como elemento generador de falencias en la humanización del parto.

Algunos relatos hablan de intervenciones no informadas durante el trabajo de parto y parto, aspecto que requiere ser erradicado. Toda gestante tiene derecho a ser informada sobre los procedimientos que le serán realizados, siendo necesario solicitar su consentimiento cuando se realicen prácticas invasivas.¹³

Ciertas narraciones describen un ejercicio autoritario de las relaciones de poder por parte de los miembros de equipo de salud. Los relatos van desde los regaños a las usuarias, pasando por su invisibilización durante el trabajo de parto, hasta violencias manifiestas por expresar dolor. Dejar de lado el conocimiento de las mujeres sobre su proceso de parto es una forma frecuente de invisibilización de la gestante². Igualmente, se suele instar a las mujeres a soportar el dolor como exigencia moral y muestra de disciplina y buen comportamiento.²⁻¹⁰

Las participantes en el estudio sugieren priorizar la atención materna en el embarazo y garantizar la atención a cargo de especialistas, aspectos contemplados por la normativa colombiana.⁽²⁹⁾ Igualmente, quisieran ver protegido su derecho a la intimidad, contar con acompañamiento, recibir buen trato y ser escuchadas, atributos del parto humanizado. Y es que la atención humanizada del parto (AHP) implica garantizar la autonomía y privacidad, además de reconocer y respetar las condiciones socioculturales de la gestante y ofrecerle apoyo emocional.³⁰

CONCLUSIONES

A pesar de la instauración del parto humanizado como modelo en la subred de salud participante en este estudio, aún se observa deshumanización en la atención y en el trato a las gestantes, describiéndose situaciones que requieren ser erradicadas.

Es necesaria una profunda reflexión y una mayor comprensión de la deshumanización que se presenta en los ámbitos de la atención reproductiva y que se devela en acciones cotidianas que permean tanto los procesos administrativos en el embarazo como las prácticas médicas que rodean el parto, cuestionando las relaciones de poder asimétricas que se presentan y la afectación de derechos que aún está presente. Se requiere romper paradigmas culturales y de género que afectan la humanización en la atención al embarazo y parto realizando procesos formativos con el personal, reconociendo las necesidades de las usuarias y cualificando la organización institucional para la atención del parto. De igual modo, es imperioso que los procesos de formación de estudiantes en los escenarios de la salud materna estén mediados por el máximo respeto a las usuarias y sus derechos.

Las gestantes requieren ser reconocidas como centro del proceso reproductivo y sus necesidades atendidas respetando su autonomía y sus particularidades. El acompañamiento permanente a las gestantes durante el trabajo de parto y parto requiere convertirse en prioridad para avanzar en el modelo de parto humanizado.

REFERENCIAS

1. **Furtado JHM, Makuch MY.** Nursing training and Practice on Humanization Actions in Monitoring the Delivery in Brazil. *International Archives of Medicine.* 2016; 9(112). <https://doi.org/10.3823/2083>
2. **Sadler SM.** Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología.* 2016. 33(1): 45-57. doi:10.5354/0719-1472.2016.43388
3. **Hernández GJM, Echevarría PP.** La parte negada del parto institucionalizado. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares.* 2015;(2) 2: 327-48. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
4. **Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J.** El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 2017; 68(2): 97-101. <https://doi.org/10.18597/rcog.3032>
5. **Mejía MCM, Faneyra FL, Molina BDP, Arango UJD.** La deshumanización en el parto: significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín. *Invest. educ. enferm.* 2018; 36(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
6. **Organización Mundial de la Salud.** Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS. Ginebra: OMS; 2014.
7. **Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Quishpe-Molina MC, Triviño-Vera BN.** Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de la Ciencias.* 2018; 4 (3). <https://doi.org/10.23857/dc.v4i3.815>
8. **Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M.** Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan;* 2014. 14(3): 316-326. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.4>
9. **Pozzio M.** La Gineco-obstetricia en México: entre el Parto Humanizado y la Violencia Obstetrica. *Rev Estud Fem.* 2016; 24(1):101-17. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
10. **García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Acosta ÁM.** El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciencia & Saude Colectiva.* 2012; 17(7):1893-902. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700029>
11. **Vallana SVV.** “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud.* 2019; 17:128-44. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
12. **Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León DC.** Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2019;37(1):53-65.
13. **Cáceres-Manrique FM, Nieves-Cuervo GM.** Atención Humanizada del Parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 2017; 68(2): 128-34. <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
14. **Jiménez-Hernández GE, Peña-Jaramillo YM.** Adherencia a las Recomendaciones de la OMS en la Atención del Parto y Nacimiento Humanizado. Medellín, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2018; 50(4):320-7. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
15. **Lafaurie VMM, Rubio LDC, Perdomo RA, Cañón CAF.** La Violencia Obstétrica en la Literatura de las Ciencias Sociales en América Latina. *Gerenc y Políticas Salud.* 2019; 18(36):1-25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp18-36.volc>
16. **Perdomo-Rubio A, Martínez-Silva PA, Lafaurie-Villamil MM, Cañón-Crespo AF, Rubio-León DC.** Discursos sobre la Violencia Obstétrica en la Prensa de Países Latinoamericanos: Cambios y Continuidades en el Campo de la Atención. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2019; 37(2):125-35. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a14>
17. **República de Colombia.** Política de derechos sexuales y reproductivos. *Ministerio de Salud y protección social.* 2013
18. **República de Colombia.** Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: *Ministerio de salud y protección social.* 2013
19. **Vesga GLM, Ruiz CCH.** Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2019;21(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.ptgc>
20. **Ramírez PCA.** Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. *Index Enferm.* 2016; 25(1-2): 82-85. <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/monografico6.pdf>
21. **Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A.** Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 2017;65: 329-32. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

22. Buss TM, López MMJ, Rutz PA, Coelho AS, Oliveira AIC, Mikla M. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm.* 2013;22:1-2. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100016>
23. Hernández SR, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill, 6° Edición; 2014.
24. Mieles BMD, Tonon MG, Alvarado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística.* 2012; 74: 195-225.
25. Peña LM. La importancia del acuerdo entre codificadores para el análisis de contenido. *Comunicación y medios.* (25): 47-56.
26. Asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Declaración de Helsinki de la AMM.* 2013. <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>
27. República de Colombia. Resolución 008430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Ministerio de Salud.*
28. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Bogotá: *Profamilia.* 2015.
29. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Circular 016 de 2017. 2017
30. Magnone AN. Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sexualidad, Salud y Sociedad.* 2017; 27: 97-117. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>