



PARTO RESPETADO:
EN LA BÚSQUEDA DE ESTRATEGIAS EXITOSAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN
Tesis para obtener el Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesoras guías: Alejandra Muñoz Moya
Paula Eherenfeld Valenzuela

Estudiantes: Carolina Arias Cid
Ariadna Bravo Morales
Lisandra Cademartori Rivera
Marianella Nuñez Gutierrez
Katerine Pinares Vásquez
Vanessa Vargas Cortes

Viña del Mar, 2020



Escuela de
Obstetricia y
Puericultura
Casa Central

PARTO RESPETADO:
EN LA BÚSQUEDA DE ESTRATEGIAS EXITOSAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN
Tesis para obtener el Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesoras guías: Alejandra Muñoz Moya¹
Paula Eherenfeld Valenzuela

Estudiantes: Carolina Arias Cid
Ariadna Bravo Morales
Lisandra Cademartori Rivera
Marianella Nuñez Gutierrez
Katerine Pinares Vásquez
Vanessa Vargas Cortes

Viña del Mar, 2020

¹Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Valparaíso. Contacto: alejandra.munoz@uv.cl

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primera instancia a Dios por brindarnos salud y fortaleza para lograr nuestros objetivos durante estos tiempos difíciles de pandemia (COVID-19) y permitirnos finalizar esta linda etapa.

También damos las gracias a la Universidad y la Escuela por otorgarnos la instancia de desarrollar esta tesis permitiendo investigar un tema de gran importancia como lo es el parto respetado. Agradecemos a nuestras matronas tutoras Alejandra Muñoz y Paula Eherenfeld quienes nos guiaron paso a paso en este proceso, además de la participación del matrón docente Danilo Zamorano por su corrección y retroalimentación.

Reconocemos el apoyo y contención que nuestra familia nos brindó desde el inicio de esta travesía, permitiéndonos crecer como personas y futuros profesionales.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a todas aquellas mujeres, madres y personas gestantes que a lo largo de su vida han sufrido violencia obstétrica por parte del equipo de salud, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos.

Como futura generación de profesionales del área de la salud, tomamos la responsabilidad en nuestras manos de generar el cambio de paradigma en la atención del parto, respetando todas las decisiones y emociones de las usuarias y su familia, otorgándoles nuevamente el protagonismo y la autonomía del proceso de gestación y parto, comprometiéndonos a jamás ejercer violencia obstétrica en nuestro rol y velar por la integridad de cada usuaria que atendamos.

ÍNDICE

RESUMEN	6
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	8
TÓPICO GENERAL Y PARTICULAR	8
ANTECEDENTES DEL TEMA	9
OBJETIVO	20
PROPÓSITO	20
CAPÍTULO II: MÉTODOS	22
CAPÍTULO III: RESULTADOS	24
RESULTADOS A NIVEL INTERNACIONAL	24
RESULTADOS A NIVEL NACIONAL	26
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	29
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	46

RESUMEN

Objetivo: Analizar estrategias exitosas implementadas a nivel internacional y nacional para garantizar un parto respetado. **Propósito:** Analizar estrategias exitosas a nivel internacional y nacional, para la instauración del parto respetado con la finalidad de ser utilizadas como prácticas estandarizadas en los servicios de salud. **Metodología:** Se realizó una revisión de literatura descriptiva en donde se consideraron datos de primera fuente, originales y de texto completo, en las bases de datos Scielo, ClinicalKey, PubMed y Google Académico, la investigación se limitó a estudios en idioma español, portugués e inglés publicados entre los años 2012 y 2020. **Resultados:** Se leyeron 147 artículos, de estos 18 poseen estrategias exitosas para garantizar un parto respetado; 14 artículos internacionales y 4 nacionales. Se obtuvieron estrategias de medidas no farmacológicas, acompañamiento en el proceso, sensibilización del personal, ambientación del espacio físico, entre otros. **Conclusiones:** Es de importancia capacitar y sensibilizar a todo el personal de salud para así originar una visión de respeto y empatía, además de favorecer un espacio íntimo que permita el acompañamiento de la familia y el empoderamiento de la gestante. También se destaca la diferencia entre los países que poseen leyes que garantizan la protección del parto respetado y países, como Chile, que a pesar de tener guías de recomendaciones, estas no cuentan con un respaldo legal para su implementación, dejando a criterio de cada servicio el implementar o no las recomendaciones nacionales y mundiales.

Palabras claves: parto respetado; humanización del parto; casas de parto; parto en Chile.

ABSTRACT

Objective: To analyze successful strategies implemented at the international and national levels to guarantee a respected birth. **Purpose:** To analyze successful strategies implemented at the international and national level, for the establishment of respected childbirth in order to be used as standardized practices in health services. **Methodology:** We conducted a review of descriptive literature where we considered first source data,

original and full text, in the databases Scielo, ClinicalKey, PubMed and Google Academic, the research was limited to studies in Spanish, Portuguese and English published between 2012 and 2020. **Results:** 147 articles were read, of these 18 have successful strategies to ensure a respected delivery; 14 international and 4 national articles. We obtained strategies of non-pharmacological measures, accompaniment in the process, sensitization of the personnel, setting of the physical space, among others. **Conclusions:** It is important to train and sensitize all the health personnel in order to create a vision of respect and empathy, in addition to favoring an intimate space that allows the accompaniment of the family and the empowerment of the pregnant woman. The difference between countries that have laws that guarantee the protection of respected childbirth and countries, such as Chile, that despite having guidelines for recommendations, these do not have legal backing for their implementation, leaving it up to each service to implement or not the national and global recommendations, is also highlighted.

Key words: respected childbirth; humanization of childbirth; childbirth houses; childbirth in Chile.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

TÓPICO GENERAL Y PARTICULAR

La obstetricia desde tiempos históricos ha estado presente en el cuidado de las gestantes y su parto, siendo los matrones y matronas los principales responsables del acompañamiento y atención debido a que surge la necesidad de preservar la vida de la madre y de su hijo/a en este proceso, evitando posibles complicaciones, tanto en los tiempos pasados como en los actuales. A causa de esta necesidad, es que paulatinamente esta rama de la medicina se ha desarrollado profundamente, creando profesionales capacitados/as en esta área y tecnología avanzada que favorece la atención de la gestación y parto **(1)**.

El parto corresponde al proceso que da término a la gestación, en el cual están implicados factores fisiológicos, sociales, psicológicos y culturales. Actualmente la asistencia del parto se lleva a cabo bajo estricta supervisión médica, donde el personal de salud que asiste los procesos de parto, parto y puerperio, ejecuta procedimientos rutinarios, los que, según la evidencia existente, en algunos casos no estarían indicados para ser realizados de forma habitual a las gestantes **(2)**.

Si bien, la medicalización del parto se ha justificado debido a que ha ayudado a disminuir las tasas de mortalidad materna y neonatal, se ha evidenciado que ha influido de manera negativa en la percepción de la experiencia en algunas usuarias, ya sea porque refieren que durante todo el proceso no tuvieron acceso al contacto con sus hijos/as, ni la información de los procedimientos realizados y sobre su propio estado de salud, o manifiestan que no tuvieron un trato adecuado durante su estadía hospitalaria, entre otras situaciones **(3, 4)**.

El parto es un momento íntimo de la mujer y su entorno por lo que es importante que el personal de salud tenga las competencias para acompañar a la usuaria y responder a sus necesidades, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial, y que la gestación y parto son

procesos fisiológicos (que no están exentos de complicaciones) y por lo tanto, deben ser asistidos como tal **(2)**.

ANTECEDENTES DEL TEMA

En la época griega denominada “pre-obstetricia” se describe el parto como un proceso autónomo y sin acompañamiento. Posteriormente, en la prehistoria aparecen los primeros registros de acompañamiento en el parto, principalmente por otras mujeres que realizaban ritos que ayudaban a parir. Cercano al año 1500 A.C se observan las primeras prácticas higiénicas y obstétricas, las cuales fueron complementadas por la sociedad India con el “primer libro quirúrgico” donde se describe la cesárea, el fórceps y el uso de espéculo **(5,6)**.

En el siglo II, Sorano de Éfeso, conocido como “padre de la Ginecología y Obstetricia”, escribió una obra muy relevante, que incorpora un tratado sobre el parto que se utilizó por más de 1500 años **(5,6)**.

En la Edad media ocurrió un retroceso en la obstetricia, en donde no se intervenía a la gestante, incluso se consideraba indecoroso examinarlas durante el parto, lo cual fue revertido en la época del renacimiento, donde se despertó el interés por volver a leer y difundir los escritos antiguos relacionados con la obstetricia **(5)**.

El principal aporte en la obstetricia del siglo XII fue “el desarrollo del fórceps”, junto con el diseño de la extracción de la cabeza en el parto de nalgas de Francois Mauriceau, especificó la presentación cefálica y explicó patologías como eclampsia y la infección puerperal, además introdujo la atención del parto en cama. En la “Edad de la Ilustración” (siglo XII-XII) se dio importancia al uso de la razón, esto generó que múltiples autores desarrollaran prácticas ya existentes y otras nuevas **(5)**.

La intervención durante el proceso de embarazo y parto, y la posición social de la mujer fue variando según la cultura, creencias y evidencia de las distintas épocas. A modo de ejemplo,

en distintas culturas se ha descrito que “el embarazo ponía a la mujer en condiciones de impureza” **(5)**.

Así, en el siglo XIX los nacimientos seguían produciéndose en los hogares, no fue hasta mediados del siglo XX que este proceso se institucionaliza por el surgimiento de un paradigma médico de riesgo, justificándose en disminuir la mortalidad materna, ya que se consideraba el parto peligroso para la madre. Esta cultura tecnocrática trata de ejercer un control sobre el proceso de reproducción biológica, donde se cree que la mujer necesita ayuda para parir y se le hace creer a ella misma que por sí sola no es capaz de lograr un parto, generando una contaminación mental que impide el empoderamiento de la mujer, pero que sí permite un empoderamiento del equipo médico y las instituciones **(7, 8)**.

Esta visión medicalizada de la gestación y el parto, resta la naturalidad y empoderamiento de la mujer en donde se realizan procedimientos innecesarios, rutinarios y basados en lo establecido por los estándares de las instituciones de salud, como la práctica de episiotomía de rutina, rasurado, enemas, entre otras **(7)**. Esto no quiere decir que el parto en un hospital es algo negativo o que los profesionales no se encuentran capacitados, sino que más bien, faltan lineamientos para naturalizar el parto y ver a la gestante como un ser individual que debe vivir este proceso de la forma más amena posible.

Este pensamiento comienza a cambiar gracias a que en 1980 el movimiento feminista empieza a surgir en la sociedad de manera significativa, tras años de desigualdades sociales entre hombres y mujeres en diferentes aspectos, volviéndose un centro inspirador sobre los derechos de las mujeres, junto con el análisis crítico a la violencia obstétrica y pérdida de autonomía de la mujer en este proceso, ya que el modelo medicalizado del parto viene de un pensamiento patriarcal, de poder y dominación sobre el cuerpo de la mujer **(9,10)**.

Al surgir la noción colectiva de que las mujeres poseen derechos durante su parto, se potencian los grupos activistas a favor del parto respetado que cuestionan el actuar de los profesionales de salud en el proceso de parto, junto con esto se empieza a indagar sobre cómo reivindicar el empoderamiento de la mujer y lograr una atención de calidad e integral **(3, 10)**.

Estos acontecimientos y movimientos inspiraron una serie de reformas que culminaron en una conferencia en la ciudad de la Fortaleza, Brasil (Abril, 1985), donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) examinaron el modelo biomédico existente respecto al proceso de la gestación y parto, incluyendo la atención del/la recién nacido/a. Además, al observar el aumento de la utilización de tecnología y prácticas no justificadas, estas organizaciones crearon una serie de recomendaciones sobre la atención del parto y nacimiento, en donde se prioriza un trato digno, atención humanizada y el respeto hacia este proceso, permitiendo la participación activa de la madre, considerándola un ser biopsicosocial **(3,9)**.

Posteriormente, las Naciones Unidas dictan una declaración en 1993 sobre la “eliminación de la violencia contra la mujer” en donde se especifica, separado en artículos, las acciones que son consideradas violentas y la especificación de los derechos, uno de los más importante, es el descrito en el Artículo 3, letra H, el cual redacta “el derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” **(11)**. Esta declaración complementada con las recomendaciones de la OMS, reconocen a la mujer no solo como ser humano, sino que también le otorgan derechos que deben ser respetados, incluyendo en el proceso de gestación, parto y trabajo de parto.

De lo anterior, surgieron diversas investigaciones, en las cuales se llegó a la conclusión de que todas estas nuevas prácticas repercuten de manera negativa en la experiencia del parto, es por esto que en 1996 la OMS decide crear una guía práctica de los cuidados en el parto

normal, en donde establecen las prácticas adecuadas durante el parto, sin dejar de lado el bienestar de la usuaria y favoreciendo el curso normal de éste.

En el año 2000, se celebró un taller post Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y el Nacimiento, en donde se identificó la importancia de la humanización de la atención, a raíz de esto se creó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN), la cual busca promover y fomentar todas las prácticas propuestas por la OMS **(12)**.

Si bien, existen movimientos, líneas y proyectos de ley que buscan que la violencia contra la mujer y la violencia obstétrica se erradiquen, además de crear diferentes conversatorios o documentos, la realidad es que esto no se refleja en los hospitales, debido a que la gestación y parto siguen siendo vistos como una enfermedad que requiere de una intervención constante e invasiva. Se debe encontrar el equilibrio al acompañar a las mujeres desde una mirada médica, respetando la autonomía y naturalidad de este proceso para garantizar la seguridad de la madre durante la gestación y el parto.

Para este estudio, se considerarán los siguientes conceptos según se define a continuación:

El primer concepto para definir es “gestación”, que es un proceso paulatino de desarrollo y crecimiento fetal la cual inicia en el momento de la implantación del cigoto y concluye con el parto. En los seres humanos tiene una duración de 40+ 6 semanas **(13)**.

El siguiente concepto es “parto”, que se define como un proceso en donde se expulsan o se extraen el o los fetos (vivos o muertos), la placenta, el cordón umbilical y las membranas del útero materno, ya sea por parto vaginal o cesárea. Para ser considerado un parto y no un aborto, el/la recién nacido/a o mortinato debe ser: mayor o igual a 500 gramos, poseer

las 22 semanas cumplidas o ser igual o mayor a 25 centímetros de longitud, según lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) **(14)**.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el concepto de "parto respetado/humanizado" se refiere a procurar el cumplimiento de los derechos tanto de las madres como de los/las recién nacidos/as y sus familias al momento del parto. Favorece el respeto de las características de la familia, como su religión o etnia, brindándoles acompañamiento durante cada decisión tomada, siempre y cuando estas decisiones sean seguras e informadas. Este concepto también implica que los/las protagonistas deben ser la madre y el/la recién nacido/a, rodeados de un ambiente familiar, donde el proceso de nacimiento sea de la forma más natural posible, y en donde la mujer debe seguir su propio ritmo de parto, evitando todas las intervenciones que no sean necesarias **(15)**.

En el último tiempo, se ha hecho hincapié en la importancia de las redes de apoyo para favorecer todo el proceso de gestación y parto, además de crear un ambiente favorable que procure respeto, intimidad y respetar las decisiones informadas que tome la mujer en conjunto con su familia **(16)**.

Según la evidencia, una mujer que se ha visto enfrentada a situaciones de abuso, ya sea emocional, físico o verbal, posee un mayor riesgo de tener complicaciones obstétricas, además el estrés, depresión, ansiedad y baja autoestima, se relacionan con la prolongación del trabajo de parto. Es por esto que es importante generar una visión biopsicosocial de cada usuaria, otorgándoles así una atención más personalizada y humanizada, dándoles el apoyo necesario durante toda esta etapa, lo que puede ayudar a tener un mejor resultado en los procesos de gestación, parto, puerperio y apego con el/la recién nacido/a **(17, 18)**.

Es de suma importancia tomar en consideración el cambio de paradigma de los últimos años, en donde diferentes organismos tienen como eje fundamental el respeto hacia este

proceso y favorecer el empoderamiento materno en el parto, generando un ambiente mucho más ameno y cercano, favoreciendo de esta forma los procesos naturales del parto y el apego.

Independiente del tipo de parto, se pueden realizar acciones para facilitar un ambiente tranquilo y respetuoso, promoviendo un espacio de seguridad y confianza tanto con el equipo médico y la gestante, como con su familia. Por lo tanto, un parto respetado no se basa simplemente en el tipo de parto, sino más bien, en la actitud del equipo y las acciones que se realizan para cumplir con las expectativas y deseos de la usuaria, favoreciendo en todo momento el protagonismo de la madre.

Ya definidos los conceptos generales, a continuación, se revisará el escenario de distintos países con respecto a la humanización del parto, con el fin de fomentar la implementación de las prácticas y técnicas que se utilizan internacionalmente para mejorar las experiencias de las mujeres y su familia.

Contextualización Internacional

Referente a la situación internacional y la implementación de la atención de parto respetado, encontramos distintos países que han incorporado el parto domiciliario, como es el caso de España, donde los partos en casas están destinados a gestaciones de bajo riesgo, son atendidos por matronas capacitadas y han mostrado ser una opción igual de segura que el parto hospitalario, siendo además una experiencia satisfactoria para las mujeres. En Canadá, la gestante tiene la posibilidad de notificar antes de las 36 semanas su decisión de parir en casa, de igual forma la matrona a cargo del parto puede trabajar conjuntamente con el hospital en el caso de alguna complicación. Por otra parte, en Suecia, el estado fomenta los partos en casa, pero son las mujeres las que se deben hacer cargo de encontrar al personal que necesita y pagar por su servicio, son dos matronas y un pediatra

los que conforman el equipo de atención de parto domiciliario, este último visita al/la recién nacido/a antes de las 72 horas postparto **(19)**.

En cuanto a países latinoamericanos, un estudio del año 2016 realizado a 256 usuarias que tuvieron su parto en los hospitales Medellín y Rionegro Antioquia en Colombia, demostró que tanto las instituciones como el personal de salud tienen una adherencia bastante baja a las recomendaciones establecidas por la OMS **(20)**.

Otro país que ha tratado de abordar el parto humanizado es Brasil, este país debido a sus altas tasas de cesárea, estableció políticas con el fin de disminuirlas y mejorar los indicadores maternos fetales, destacando la creación de la política de humanización para el parto, la inclusión de la enfermera obstétrica en el personal de profesionales capacitados en asistencia para el parto, además de la creación de casas y centros de parto **(21)**.

Contextualización Nacional

Interculturalidad

En Chile, el modelo reproductivo de la cultura mapuche ha ido experimentando cambios significativos, esto debido a la evolución del país, en donde se han penalizado ciertas prácticas terapéuticas propias de la cultura mapuche. Con la creación de programas de salud enfocados netamente en lo biomédico, las mujeres mapuches se han visto obligadas a adoptar esta nueva modalidad de atención en hospitales, de esta forma se disminuyen los riesgos asociados a la gestación y el parto. En la literatura las mujeres mapuches no ven del todo mal la atención del parto en hospitales, ya que entienden que ayuda a disminuir enfermedades e incluso la muerte, el inconveniente es el uso excesivo de instrumentalización, el escaso acompañamiento de un ser cercano durante todo el proceso y la falta de cuidados de los fluidos (sangre y placenta), esos factores han producido una pérdida de la identidad y de la cultura de ellos y ellas **(22)**.

En cuanto a la cultura Aymara, las gestantes dan a luz en la cocina, el lugar más caliente de su hogar, y generalmente suelen estar acompañadas de sus esposos y/o miembros de la familia. Las parteras o también llamadas Usuyini afirman que el frío puede llevar a un desequilibrio del cuerpo provocando que el dolor sea más fuerte durante el trabajo de parto, para ello es importante mantenerse abrigada y tomar mates calientes durante el proceso, estos mates son preparados por las Usuyinis a base de distintas hierbas y que son dadas de acuerdo a las necesidades de cada mujer. Usan manzanilla, menta, y orégano para la relajación, hierbas como romero y molle para aliviar el dolor, y la coleta de zapallo con canela para facilitar la dilatación del cuello uterino **(23)**.

En Arica durante el 2018, el Servicio de Salud Arica (SSA) y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) implementaron el programa “Utsanjam usuña/ Parir como en casa” en el Hospital Regional Dr. Juan Noé cuyo fin era el fortalecimiento de la medicina indígena **(24)**.

Las mujeres acceden a este programa informando en los primeros controles su voluntad de participar a la matrona del CESFAM, desde allí comienza la intervención de la Usuyini en cuanto a la alimentación, movilidad y hierbas. En cuanto al parto-parto, en el hospital existe una sala diseñada exclusivamente para este programa, las mujeres son acompañadas por la partera y por una persona significativa durante el proceso. La Usuyini se encargará del acompañamiento, manejo del dolor y trabajo de parto, en cambio la/el matrona/ón solo supervisa e ingresa al momento de recibir al/la recién nacido/a, el/la cual es entregado de manera inmediata a su madre para favorecer el apego **(25)**.

Estudios

Un estudio realizado en Concepción el 2018, llamado “Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado”, relata las diferentes experiencias de mujeres que optaron por un parto personalizado. En este estudio se recolectó información, relacionada al porqué se

decidieron por un parto personalizado, cuáles fueron sus expectativas y qué aspectos beneficiaron o complicaron el proceso, entre otras. Se destaca que las motivaciones de las gestantes eran, principalmente, que se habían informado y empoderado completamente del proceso del parto o deseaban mejorar una experiencia anterior negativa. Las gestantes destacaron que si bien no estaban en contra de la atención hospitalaria, si quedaba claro que el sistema “no ofrece garantías de un parto natural”. En relación al proceso, las expectativas de estas mujeres fueron superadas satisfactoriamente, el parto se vuelve más personal, sienten su propio cuerpo, y el acompañamiento de la pareja o persona de importancia es fundamental, el dolor es mucho más manejable y la pelvis está más relajada **(26)**.

Anteriormente, en el año 2017, el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) Chile, realizó una encuesta online a 11.357 mujeres acerca de la vivencia durante el parto de sus hijos (solo aquellos nacimientos atendidos en Chile) entre los años 1970 y 2017 **(27)**. Los resultados de esta encuesta muestran las restricciones impuestas a las gestantes al momento de su estadía hospitalaria, tanto en la deambulación, como en la ingesta de líquidos, y/o elección en la posición de su parto, además de no poder expresarse libremente y acallar sus dudas. Cabe destacar, que más de la mitad de las mujeres tuvieron privación de estar acompañadas durante el proceso del parto y solo un 20% tuvo la oportunidad de realizar un apego precoz de 30 minutos con su recién nacido/a. Es importante señalar que existieron diferencias entre los hospitales públicos y clínicas, las mujeres atendidas en estas últimas tuvieron un menor porcentaje de privaciones y restricciones durante su atención, sin embargo, estas situaciones igualmente seguían estando presentes. Con respecto a las dudas de las usuarias atendidas en hospital, un 43% afirmó que el personal no les resolvió sus inquietudes, esto se reduce a la mitad con respecto a las atendidas en clínicas privadas. También se evidenciaron diferencias con respecto a la privación de acompañante, siendo en hospital un 54% y en el sistema privado un 21%. Además de lo mencionado anteriormente, se suma la restricción de alimentos, aunque en este caso en ambos sistemas

sobrepasa la mitad de las encuestadas, con un 73% en el sistema público y un 61% en el privado **(27)**.

Por lo anterior, es que en el año 2018 se crea el Proyecto de Ley “Parto respetado” en Chile, el cual tiene como objetivo “regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a la salud ginecológica y sexual” **(28)**.

Situación Legislativa en Chile sobre Violencia obstétrica y Parto respetado

En Chile existe la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, principalmente describe el respeto a la usuaria/o, el resguardo de su privacidad, reconocimiento a la autonomía, la participación activa en el proceso de atención de salud y la posibilidad de rechazar un tratamiento. Esta ley debe estar plasmada y a la vista de todos en cada servicio de salud, de esta forma el usuario/a posee acceso al conocimiento de sus derechos y deberes. Por otro lado, esta ley incluye un procedimiento de reclamo administrativo que, en particular, confiere el derecho a reclamo respecto de la atención de salud recibida, establece las bases del procedimiento para hacerlo efectivo y tiene un reglamento que lo regula, además la ley le otorga al paciente la posibilidad de recurrir ante la Superintendencia de Salud en caso de no resultar satisfechas sus pretensiones ante el prestador **(29)**.

La ley se ha visto implementada en hospitales y clínicas del país, principalmente con la incorporación de un afiche informativo en todos los servicios de salud en el cual se visibilizan los derechos y deberes de los usuarios, los consentimientos informados para la realización de procedimientos, libro de reclamos, entre otros.

Respecto a la violencia ejercida desde el personal de salud a los usuarios, la ley sólo dispone que son los prestadores de las instituciones públicas quienes deben responsabilizarse de los funcionarios que no respeten los derechos del usuario, sin embargo, no existe una norma aplicable a las situaciones de violencia y/o maltrato en el sector de salud privado.

La legislación chilena vigente no presenta una normativa que se aplique directamente al concepto de violencia obstétrica, aunque, como se mencionó anteriormente en el 2018 se presentó el Proyecto de Ley “Parto respetado”, en el cual se incluye la siguiente definición de violencia obstétrica: “Se entenderá por violencia gineco-obstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Las sanciones a estos hechos se regirán por lo dispuesto en el título V de la presente ley” **(28)**. Pese a la relevancia de esta iniciativa, desde la fecha de su presentación sigue en tramitación parlamentaria.

El Estado tiene el deber de garantizar una atención integral del proceso de gestación y parto, sin embargo, la normativa vigente no es suficiente para cubrir las necesidades actuales de las gestantes, ya que éstas no solo se basan en lo biomédico, sino que más bien, se enfocan en la reivindicación del proceso, su naturalización y humanización, todo a través del empoderamiento, por lo tanto, se hace necesario avanzar en la tramitación de este proyecto (y otros) para responder a los requerimientos actuales de las mujeres y sus familias de forma segura, y así se garantice una atención integral del proceso, considerando la evidencia científica vigente. Como resultado de una ley de parto respetado y la creación y aplicación de protocolos, normas, y distintas estrategias nacionales, disminuirían las grandes diferencias con respecto a la vivencia de cada mujer durante el proceso, la cual depende directamente del profesional que la acompaña en su proceso del parto.

OBJETIVO

Pregunta Investigativa

¿Cuáles han sido las estrategias exitosas en la implementación para garantizar un parto respetado a nivel Internacional y nacional?

Objetivo General

- Analizar las estrategias exitosas implementadas a nivel internacional y nacional para garantizar un parto respetado.

Objetivos Específicos

- Identificar las estrategias exitosas internacionales para garantizar un parto respetado.
- Identificar las estrategias exitosas implementadas a nivel nacional para garantizar un parto respetado.

PROPÓSITO

A través del enfoque biomédico el parto se ha ido medicalizando poco a poco, respondiendo más a las necesidades del personal de salud que a las de la propia gestante, provocando que la mujer y su familia pierdan el protagonismo durante el proceso. Si bien, desde el punto de vista médico, se busca tener un mejor control de la atención para evitar complicaciones que puedan desencadenar problemas materno-fetales, se ha llegado al extremo de ver el parto como una patología y no como un proceso natural.

En las últimas décadas, se ha evidenciado un empoderamiento de la mujer en todo aspecto, viéndola luchar por sus derechos y por mostrar su rol fundamental en la sociedad, ante esto las gestantes buscan recuperar la participación activa en su vivencia de la gestación, parto y puerperio, donde también se incluya a la familia. Por otro lado, se ha visto cómo buscan reencontrarse con lo natural, respetando el curso fisiológico del proceso que experimentan.

Actualmente, las mujeres están en búsqueda de una atención con las intervenciones netamente necesarias y un acompañamiento seguro y afectivo, situación que no se puede garantizar en el sistema de salud, ya que no existe una normativa nacional que asegure un parto respetado. Esta situación podría llevar a las gestantes a atenderse con parteras o personas que no son profesionales del área, pero que sí les brindan las condiciones que ellas solicitan para este momento de su vida, por lo tanto, se debe reflexionar sobre otorgar un acompañamiento respetado a la mujer en su parto, donde ella sea protagonista, e incorporar medidas que equilibren la seguridad en un entorno cercano y familiar para la gestante, su familia y su recién nacido/a.

Por todo lo descrito anteriormente, es que surge el desafío para las instituciones y profesionales de salud mejorar estos procesos a través del equipamiento de los centros; sensibilizando y capacitando a sus miembros para entregar una atención integral del parto enfocado en la mujer, acompañando y facilitando su empoderamiento

La finalidad de esta revisión de literatura es analizar las estrategias exitosas implementadas a nivel internacional y nacional que garantizan un parto respetado y así determinar los resultados obtenidos luego de su aplicación en diferentes países, de tal manera que este material pueda servir como guía facilitadora para la comunidad científica e instituciones de salud a nivel nacional interesadas en la búsqueda de información respecto a leyes, protocolos y procedimientos para la instauración del parto respetado como práctica estandarizada en los servicios de salud.

CAPÍTULO II: MÉTODOS

Se realizó una revisión de literatura de tipo sistemática descriptiva en donde se consideraron datos de primera fuente, originales y de texto completo. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos Scielo, ClinicalKey, PubMed y Google Académico, centrada en la búsqueda de estrategias exitosas para garantizar un parto respetado implementadas a nivel internacional y nacional. La investigación se limitó a estudios en idioma español, portugués e inglés publicados entre el año 2012 y 2020. Se utilizaron los descriptores: parto respetado, humanización del parto, casas de parto y parto en Chile.

Entre los criterios de elegibilidad

Se establecen los siguientes **criterios de inclusión:**

1. Artículos publicados desde el año 2012 en adelante.
2. Artículos que estén escritos en idioma español, inglés o portugués.
3. Artículos que contengan estrategias de implementación de parto respetado.

Se establecen los siguientes **criterios de exclusión:**

1. Revisiones sistemáticas y revisiones bibliográficas.
2. Artículos desactualizados.
3. Artículos con títulos no relacionados con el tema de revisión.

Las búsquedas fueron realizadas entre Mayo y Agosto del año 2020, se obtuvo un total de 535 archivos de los cuales 399 fueron descartados en una primera revisión de títulos y criterios de inclusión. Finalmente, se revisaron a texto completo 136 archivos de los cuales 18 poseían estrategias para garantizar un parto respetado. (Anexo 1)

Se realizó una segunda búsqueda en Google Académico, utilizando el descriptor "Parto en Chile", con la finalidad de obtener una mayor cantidad de estudios a nivel nacional. Dentro

de esta búsqueda se encontraron 13 artículos, de los cuales se revisaron 12 a texto completo ya que uno de ellos no cumplía con los criterios de elegibilidad. De los artículos revisados se identificó que 3 de ellos presentan estrategias. (Anexo 2)

Se confeccionó la “Ficha Bibliográfica” (documento adjunto a esta tesis) con cuatro hojas de Excel para agrupar los resultados obtenidos, la primera hoja, “Base filtrada”, se utilizó para ordenar todos los artículos que arrojó la búsqueda en las bases de datos con los filtros aplicados. La segunda hoja, “Artículos nacionales”, se utilizó para ordenar los artículos encontrados en la segunda búsqueda (la cual abarcó únicamente artículos nacionales en Google Académico). A medida que se fueron revisando cada uno de los textos y se encontraron artículos que presentaron estrategias, estos fueron traspasados a una tercera hoja denominada “Estrategias”, en la cual se subclasificaron según tipos de estrategias (Leyes o protocolos). Finalmente, la cuarta hoja, “Textos Eliminados”, se destinó a aquellos textos obtenidos de la “Base filtrada” y “Artículos Nacionales” (primera y segunda hoja de Excel) que no cumplieran con los criterios de inclusión y los que presentaron criterios de exclusión.

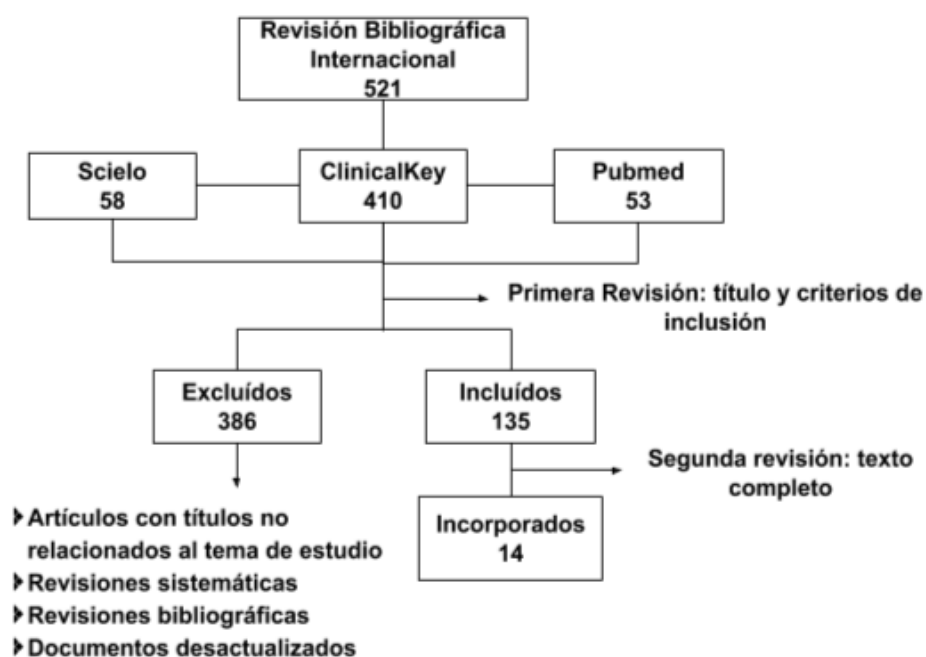
Cada una de las hojas de Excel contó con los siguientes parámetros para su categorización: estrategia Si/No, base de datos, descriptor utilizado, título, año, país, idioma, fuente, autores, link de acceso, tipo de estudio, objetivo del estudio, información, estrategias de implementación, tipo de estrategias y referencia Vancouver; para facilitar la segregación y análisis de cada artículo.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

RESULTADOS A NIVEL INTERNACIONAL

Se realizó una primera búsqueda en las bases de datos para dar cumplimiento al primer objetivo específico. En esta búsqueda se aplicaron los filtros de las mismas bases de datos adecuados según los criterios de elegibilidad establecidos; se obtuvo un total de 521 artículos que se incluyeron a la ficha bibliográfica. Posterior a esto, se realizó una segunda filtración de forma manual, aplicando los criterios de inclusión y exclusión nuevamente a los artículos encontrados; se revisó un total de 135 artículos y de estos, un total de 14 artículos cumplían con el criterio de inclusión “Artículos que contengan estrategias de implementación de parto respetado”.

Figura 1. Esquema de resultados revisión bibliográfica internacional



Del total de los 14 artículos incorporados, se observaron variados resultados según su distribución geográfica, siendo en el continente Americano donde se encontró la mayor cantidad de artículos, de estos, siete son de Brasil, dos pertenecen a Canadá y uno a Costa Rica. Por otro lado, en el resto de los continentes, uno de los artículos pertenece a España,

uno a Inglaterra, uno a Turquía y uno a India. Estos 14 artículos fueron publicados entre los años 2012 y 2020.

Para facilitar el análisis; los artículos se agruparon según similitud de contenido, clasificando cada estrategia presente en dos variables: 1° Guías Clínicas y Protocolos, 2° Leyes y Políticas Públicas.

Se categorizaron 11 artículos como protocolos, de los cuales seis documentos pertenecientes a Brasil (2012, 2015, 2016), Inglaterra (2017), Canadá (2019) e India (2020) tenían como objetivo en común la creación de planes de organización para contribuir al desarrollo de la gestación, pre-parto y parto, ya sea a través del acompañamiento, educación, atención integral y oportuna, creación de guías, entre otros **(32, 34, 37, 38, 39, 42)**.

Tres de los artículos, uno de Costa Rica (2016) y dos de Brasil (2014 y 2017), tienen como principal objetivo favorecer el acompañamiento integral durante el trabajo de parto, ya sea mediante la incorporación de Doulas o con la creación de proyectos universitarios que fomenten el acompañamiento y la educación, además de la contribución de la presencia de un acompañante de importancia durante este proceso **(30, 31, 33)**.

Otros tres artículos, dos de Brasil (2012 y 2017) y uno de España (2019), tienen como objetivo común inyectar personal de enfermería obstétrica especializado y capacitado para crear un cambio en el pensamiento biomédico y generar una instancia más favorable y humanizada para el proceso del parto y trabajo del parto de la gestante, otorgándole una mayor autonomía a la matrona mejorando la calidez de la atención y la participación, promoviendo la toma de decisiones de forma compartida **(31, 35, 43)**.

Otros cuatro artículos, uno de Turquía (2014) y tres de Brasil (2012 y 2016) tienen como objetivo emplear medidas no farmacológicas en la gestante mientras esté en su proceso de parto, aplicando la musicoterapia o la auriculoterapia como estrategias para disminuir el dolor de la gestante y otorgar un ambiente tranquilizador. Otra estrategia señalada es el uso de salas de relajación equipadas con medicina alternativa para ser aplicadas en el manejo del dolor al momento del parto **(35, 36, 40, 41)**.

Otros cuatro artículos, dos de Canadá (2017 y 2019), uno de Inglaterra (2017) y uno de España (2019), tienen como objetivo que la gestante haga elección del lugar de parto de manera informada, segura, siempre considerando los riesgos que ella posea, y brindándoles un acompañamiento integral. Se considera el desarrollo de programas y capacitaciones para el personal de salud para identificar gestantes de alto y bajo riesgo, además de evaluación de situaciones de emergencia **(36, 37, 39, 43)**.

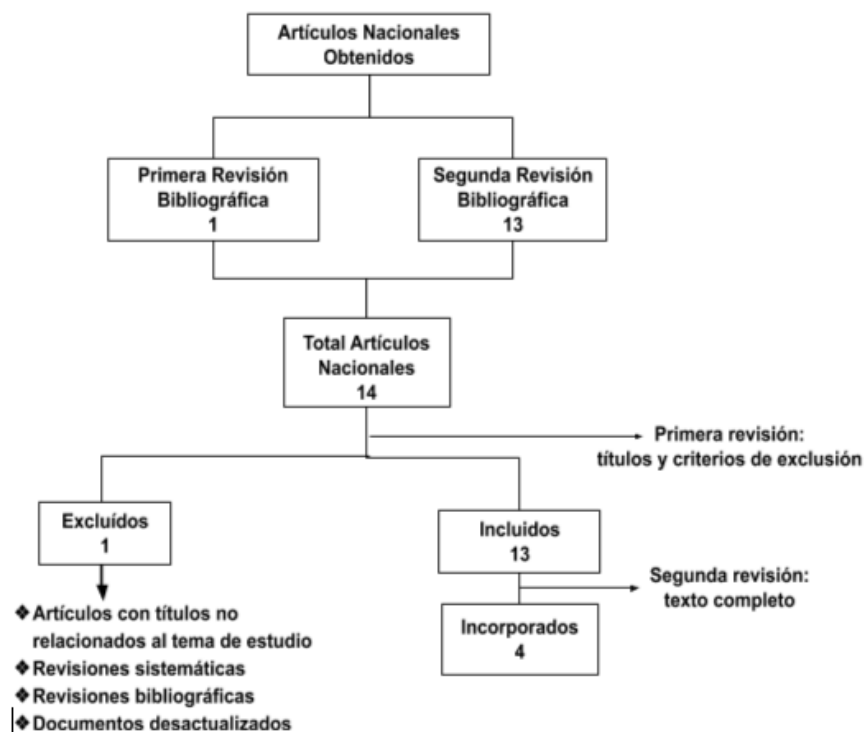
Dentro del total de artículos internacionales se encontraron cuatro estudios cuyas estrategias, ya sean guías, protocolos o políticas públicas, estaban respaldadas por leyes gubernamentales las cuales están enfocadas principalmente al acompañamiento, manejo del parto, desmedicalización, calidad y participación de la gestante en la atención **(32, 33, 34, 39)**.

RESULTADOS A NIVEL NACIONAL

De los documentos encontrados en la primera búsqueda dentro de las bases de datos y con los descriptores ya señalados, se encontró 1 texto nacional que presenta estrategias para garantizar un parto respetado, por lo tanto, para dar cumplimiento del segundo objetivo específico de este estudio surgió la necesidad de realizar una segunda búsqueda que fuera exclusiva de literatura chilena la cual se realizó en Google Académico con el uso del descriptor “parto en Chile”, donde se encontraron 13 artículos de los cuales 1 fue excluido. De los 12 documentos revisados a texto completo, 3 de ellos presentan estrategias para

garantizar un parto respetado. Para organizar los artículos se dividieron en dos tipos de estrategias, las cuales son: "leyes y políticas públicas", y "protocolos".

Figura 2. Esquema de resultados revisión bibliográfica Nacional



Los artículos fueron publicados entre los años 2012-2018 y en cuanto a la distribución geográfica de los artículos, esta es variada ya que abarcan la zona norte, centro y sur del país. El total de artículos que presentaron estrategias a nivel nacional fueron 4, los cuales solo incorporan estrategias asociadas a protocolos.

Los 4 artículos incluidos en el estudio hacen referencia al acompañamiento del progenitor y la importancia de la inclusión de él en el proceso **(23, 44, 45, 46)**, así mismo 3 de estos incluyen también a la familia como parte del acompañamiento **(23, 45, 46)**. También en este punto, se debe recalcar que 2 artículos mencionan la responsabilidad del profesional matró/a en el acompañamiento **(45, 46)** y 1 hace referencia a la importancia de la Usuyini en el proceso de parto Aymara **(23)**.

En cuanto al uso de medidas no farmacológicas para alivio del dolor, tres artículos presentaron esta estrategia y hacen referencia al uso de masajes, balón, aromaterapia, rebozo, baño de tina caliente, movimiento, flores de Bach **(45)**, preparación y consumo de mates especiales en la cultura Aymara **(46)** y la incorporación de una tina de hidromasaje **(46)**.

Tres artículos presentaron estrategias para la ambientación del espacio físico, entre ellas está la preparación de la cocina del hogar en la población Aymara, la cual es utilizada para proporcionar calor durante el parto **(23)** y la utilización de Salas de Atención de Integral de Parto/ SAIP la cual está diseñada y acondicionada para entregar un ambiente hogareño **(45, 46)**. Además, un artículo menciona el “plan de parto” cuyo objetivo se basa en empoderar a la mujer en el proceso de parto tomando sus propias decisiones plasmándolas en este documento **(45)**.

Es importante destacar que en los artículos revisados a nivel nacional no se identificaron leyes o políticas públicas que respaldaran los protocolos y/o guías informadas **(23, 44, 45, 46)**.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Dentro de la literatura encontrada previo a la búsqueda sistemática de información, se destaca el cambio de paradigma con respecto a la vivencia del parto en los distintos países, pasando de un modelo de atención biomédico/instrumentalizado a un modelo que considera a la gestante y su familia como protagonistas del proceso, esto gracias al movimiento feminista que permitió visualizar la violencia obstétrica y la pérdida de autonomía de las mujeres en esta etapa **(7, 8, 9,10)**. Esto motivó a la realización de la conferencia en 1985 en la ciudad de Fortaleza, Brasil, donde la OMS y la OPS analizaron el modelo biomédico existente, en el cual se practicaban procedimientos injustificados, por lo mismo crearon directrices donde se prioriza el respeto al proceso del parto, considerando a la mujer desde un rol protagónico, con enfoque biopsicosocial **(3, 9)**.

Debido a lo anterior, esta investigación busca analizar las estrategias aplicadas en los distintos países del mundo y en Chile para garantizar un parto respetado, y así evaluar cuales han resultado exitosas comparando las medidas que se han tomado desde las distintas perspectivas según las realidades locales de cada país.

Desde la mirada internacional, en referencia a lo encontrado en la revisión sistemática de información se observó que España, Canadá e Inglaterra son países pioneros en otorgar a la mujer la libertad para decidir dónde tener su parto, ya sea en un centro hospitalario, en casas de parto o en su propia casa, otorgándoles un acompañamiento integral por parte de profesionales capacitados y sus personas significativas **(36, 37, 39, 43)**. En un comienzo, se encontró la implementación del parto domiciliario como estrategia de distintos países como lo es España, Canadá y Suecia, lo cual evidenciaba ser una opción igualmente segura, además de ser una experiencia satisfactoria para las gestantes **(19)**. Esto nos indica que la opción de parir en casa, bajo medidas absolutamente controladas y cumpliendo estrictamente los requisitos necesarios, es una opción segura para las gestantes fisiológicas en aquellos países que esta situación se encuentra regulada a través de protocolos o guías

clínicas y que cuentan con las medidas sanitarias imprescindibles, de igual forma, para aquellas gestantes que no califiquen para un parto domiciliario, se encuentra la opción de las “casas de parto” donde se vive el proceso de forma respetada, minimizando las atenciones médicas a las completamente necesarias para garantizar el bienestar materno-fetal. La propuesta de implementación de estas estrategias parece no ser una opción sencilla de aplicar en aquellas realidades donde escasean los recursos económicos o no han logrado avanzar en materia de parto respetado, parece adecuado poner en marcha estas medidas una vez que se cuente con la capacitación del personal sanitario, recursos físicos, humanos y financieros para no poner en riesgo la salud perinatal.

Dentro de los resultados se obtuvieron dos artículos de Brasil, y uno de España que poseen como objetivo la inyección de personal obstétrico especializado y capacitado, en la búsqueda de crear un cambio en la atención biomédica hacia una atención más humanizada **(31, 35, 43)**. Esto se contrasta con el marco teórico en donde se hace hincapié en la necesidad de que el personal de salud posea competencias para garantizar el acompañamiento de la usuaria y atender sus necesidades **(2)**. De esta forma se concreta la importancia de la necesidad de tener un equipo capacitado y sensibilizado, buscando otorgar una atención integral, sin dejar de lado los aspectos psicoemocionales de la persona.

Se encontraron dos artículos, uno de Costa Rica y dos de Brasil que poseen como objetivo común favorecer el acompañamiento integral de la usuaria durante su trabajo de parto, ya sea mediante doulas u otro acompañante de importancia **(30, 31, 33)**. En el marco teórico se menciona el considerar las redes de apoyo de la gestante para favorecer el proceso que está viviendo **(16)**. Así se acentúa la importancia del acompañamiento en todo momento durante el proceso del trabajo de parto y parto, considerando las necesidades de la usuaria y facilitando que ésta viva su proceso en compañía de una persona significativa que pueda brindar contención y apoyo, lo que ayuda en la vivencia de una experiencia placentera,

involucrando también al acompañante en el proceso. Esta estrategia no requiere inversión de grandes recursos económicos, por lo que parece ser una opción viable para aquellos países o servicios que no cuentan con los medios o para aquellos que comienzan buscando medidas más sencillas de aplicar en una primera instancia para garantizar un parto respetado.

En la revisión sistemática se pudo rescatar la importancia de emplear medidas no farmacológicas para el manejo del dolor en la gestante durante su trabajo de parto y parto, encontrando cuatro artículos que abordaban esta temática, (uno de Turquía y tres de Brasil), implementando estrategias como musicoterapia, auriculoterapia y salas de relajación equipadas con medicina alternativa **(35, 36, 40, 41)**, en la revisión de literatura previa no se indagó sobre el manejo no farmacológico durante la atención, sin embargo, la evidencia demuestra que el uso de estas medidas resulta ser una estrategia beneficiosa ya que ayuda a disminuir la ansiedad y a su vez, el dolor. Si bien algunas de esas estrategias requieren de una sala adaptada y por ende, una inversión de recursos y contar con los espacios físicos adecuados, otras como la musicoterapia son fáciles de lograr y no requieren mayores esfuerzos, además se pueden hacer efectivas con la creación y aplicación de protocolos dentro de cada servicio, para así garantizar la entrega de esta opción a todas las usuarias.

Se obtuvieron cuatro artículos internacionales en los cuales se evidencia la existencia de protocolos respaldados por leyes o políticas públicas que garantizan un parto respetado **(32, 33, 34, 39)**. Un ejemplo de ello es la ley 11.108 de Brasil, la cual regula que los servicios de salud deben permitir la presencia de un acompañante durante el período de trabajo de parto, parto y posparto inmediato, además, asegura que este debe ser elegido por la gestante; por otro lado, en España se produjeron cambios normativos que se materializaron con la implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) y la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), las cuales tienen como objetivo

transformar el modelo de atención en salud sexual y reproductiva con la incorporación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las directivas europeas en materia de derechos sexuales y reproductivos. Uno de los países que destacó en la búsqueda inicial de información, fue precisamente Brasil, el cual ha tratado de disminuir sus tasas de cesárea a través de la creación de estas políticas que buscan humanizar el parto **(21)**. La materialización de leyes y políticas públicas que buscan unificar los criterios para atención de un parto respetado son imprescindibles para garantizar el cumplimiento de los derechos de todas las usuarias en todas las situaciones, ya que de esta forma existe un consenso global del accionar de los profesionales durante la atención respaldado en la evidencia científica, es indispensable que las mismas se actualicen de forma constante y sean revisadas por profesionales del área, velando siempre por el bienestar biopsicosocial de la triada, su familia y la comunidad.

En la revisión del marco teórico se encontró que Brasil ha creado políticas para abordar el parto humanizado producto de sus altas tasas de cesárea y para mejorar los indicadores materno fetales; dentro de las estrategias se crea una “política de humanización para el parto”, la inclusión de personal capacitado como la enfermera obstétrica y la creación de casas y centros de parto **(21)**. La búsqueda sistemática de información arrojó variados estudios de origen brasileño, entre los cuales se destaca la importancia de la presencia de acompañante durante el proceso de parto, lo que se encuentra respaldado por una ley federal **(32, 33, 35)**. Además, se incorporan las enfermeras obstétricas, quienes contribuyeron a cambiar el pensamiento biomédico enfocándose en una atención humanizada, cuyas acciones también se encuentran respaldadas por una ley. Otro estudio plantea que, para la inserción de dicho personal, se necesita: selección, sensibilización de todo el equipo y capacitación intensiva, además se considera la creación de una sala contigua a la sala de partos en donde se pueden realizar técnicas de relajación y humanización para crear un ambiente de comodidad y seguridad **(31, 34, 35)**. Asimismo,

otro artículo de origen brasileño buscaba la inclusión de la auriculoterapia como terapia alternativa para el manejo no farmacológico del dolor **(41)**.

De los estudios encontrados realizados en Brasil finalmente se resalta la importancia de la educación a la gestante implementando la tecnología como medio para entregar información relevante del proceso de gestación **(42)**. Dentro del marco teórico no se incluyó la educación a las gestantes, sin embargo, la educación de la usuaria es un aspecto importante que se debe considerar en cada estrategia, para así lograr una atención integral, además de que ésta también contribuye al empoderamiento de la usuaria. La educación se puede incluir de forma fácil en la atención del proceso del trabajo de parto y parto, se puede partir incentivando al propio profesional a realizar educación durante cualquier contacto con la persona gestante. Para la implementación de tecnologías se requerirá mayor inversión económica, por ende, no es tan accesible para todos los servicios de salud, no obstante, esto puede aportar de manera significativa a la entrega continua de información, preparando a la gestante y su familia de mejor manera para el proceso, y mediante difusión la información puede tener un mayor alcance.

Desde la mirada nacional y en base a la revisión bibliográfica obtuvimos que los cuatro artículos encontrados hacen referencia al acompañamiento del progenitor en el proceso del parto **(23, 44, 45, 46)**, sólo tres se refieren a incluir a la familia como parte del acompañamiento **(23, 45, 46)** y sólo dos mencionan la responsabilidad del profesional matrona/ón en el acompañamiento **(45, 46)**. Esto se contrasta con el marco teórico donde se menciona tener en consideración a la familia de la gestante para que le brinden apoyo en todo el proceso del trabajo de parto y parto **(16)**. De esta manera se demuestra la relevancia de poder brindarle a la gestante una experiencia de parto positiva en donde se sienta acompañada y contenida por su familia o redes de apoyo. Como se mencionó anteriormente, creemos que esta estrategia es una opción viable ya que no requiere gastos

en recursos económicos lo que la hace factible en países o servicios que no cuenten con los medios infraestructurales pero desean comenzar a implementar un parto respetado.

Dentro de los artículos revisados, sólo uno hace referencia a la integración cultural dentro del proceso del parto, destacando la importancia de la Usuyuni en el parto Aymara, en donde se busca la adecuación del espacio físico, a través de cocinas que favorecen el calor en la habitación, entre otros **(23)**. Esto se relaciona con el marco teórico, en donde se encontraron diversas medidas para facilitar la interculturalidad, involucrando las creencias y métodos propios de la etnia Mapuche y Aymara, manteniendo su cultura e incorporando los cuidados intrahospitalarios **(22, 23, 24, 25)**, para así favorecer el bienestar materno-fetal. El concepto de combinar la cultura de los pueblos originarios con el ambiente hospitalario es una buena estrategia para resguardar de esta forma la salud de las personas respetando sus tradiciones.

Otro resultado obtenido en la revisión sistemática incluye las medidas no farmacológicas para el alivio del dolor, entre ellas se hace referencia al uso de masajes, balón, aromaterapia, rebozo, baño de tina caliente, movimiento, flores de Bach **(45)**, preparación y consumo de mates especiales en la cultura Aymara **(46)** y la incorporación de una tina de hidromasaje **(46)**. No se evidencio en la revisión de literatura previa esta temática, pero creemos que es una técnica beneficiosa que ayuda a disminuir la ansiedad y el dolor. Si bien en algunas de estas medidas se necesita una sala adaptada y por ende, una inversión de recursos económicos, otras son más fáciles de implementar como lo es la musicoterapia o los masajes que no requieren mayores esfuerzos externos, y que puede ser ejecutados por la misma usuaria o su acompañante si se les brinda la correcta educación y explican los beneficios de implementar estas técnicas.

Tres artículos presentaron estrategias para la ambientación del espacio físico, entre ellas está la preparación de la cocina del hogar en la población Aymara, la cual es utilizada para

proporcionar calor durante el parto **(23)** y la utilización de Salas de Atención Integral de Parto/ SAIP la cual está diseñada y acondicionada para entregar un ambiente hogareño **(45, 46)**. Dentro de la revisión de literatura previa no se abordó la temática de implementación del espacio físico, pero es relevante tomar en consideración la comodidad de la usuaria, buscando generar un ambiente cálido para ella, su acompañante y su familia. Lo anterior se puede lograr a través de la ambientación de espacios para que sean amenos visualmente, y puedan brindar a la usuaria una mayor comodidad. No requiere de una gran intervención por parte del servicio, con detalles simples como cerrar cortinas, utilizar luces bajas, musicoterapia, aromaterapias, otorgar un espacio tranquilo, cuidando el nivel de voz u otras opciones, se puede lograr el objetivo.

Además, un artículo menciona el “plan de parto” cuyo objetivo se basa en empoderar a la mujer en el proceso de parto tomando sus propias decisiones plasmándolas en este documento **(45)**. No se hace referencia al plan de parto dentro del marco teórico, sin embargo, se debe recalcar la importancia de su ejecución y planificación, el cual da la oportunidad de incluir las decisiones de la gestante, su pareja y familia, para esto es necesario que el profesional a cargo en los diversos niveles de atención, reconozca la importancia de su implementación, educando, informando y respetando las decisiones de la usuaria. Recalcamos que la relevancia del parto comienza desde el inicio de la gestación e incluso desde su planificación, y no solamente durante el proceso del trabajo de parto y parto, por lo cual consideramos que “el plan de parto” y la educación prenatal de la usuaria son estrategias importantes a considerar por el equipo multidisciplinario.

Es importante destacar que en los artículos revisados a nivel nacional no se identificaron leyes o políticas públicas que respaldaran los protocolos y/o guías informadas **(23, 44, 45, 46)**. Lo cual coincide con la búsqueda inicial de información, donde no se obtuvieron respaldos legales a nivel nacional. Su implementación sería de gran ayuda para fomentar el

parto respetado, ya que de esa forma cada servicio tendría que seguir las recomendaciones establecidas.

A modo de resumen de lo descrito anteriormente, se puede rescatar la importancia de sensibilizar y capacitar a todo el personal de salud que trabaja con gestantes, sin importar si es enfermera/o, matrona/ón, médicos y/o técnicos en enfermería, ya que, si el personal posee esta visión de respeto y empatía, cualquier tipo de atención, independiente si es un parto natural o intervenido, va a contar con un ambiente idóneo para el proceso, convirtiéndolo en un momento agradable y de importancia para la gestante y su familia.

Además de la capacitación del personal, en varios de los estudios descritos con anterioridad se resalta la importancia del acompañamiento y la separación de un espacio único en una sala especializada para el parto respetado, esto permite crear este ambiente ameno y evitar las intervenciones innecesarias que se pueden realizar en otras áreas por rutina no intencionada.

Para finalizar, se logra visualizar una diferencia entre los estudios de países que cuentan con leyes para garantizar un parto respetado o aquellos protocolos que se encuentran respaldados en una, ya que dichas leyes no solo regulan las acciones que se deben realizar para garantizar el parto respetado, sino que además compromete a todos los recursos y servicios de salud, además del equipo médico, en el cumplimiento de estas acciones, protocolizando de esta forma la atención durante toda la gestación, el parto y el cuidado de la triada, no así como los países que cuentan con protocolos o normas locales sin respaldo legislativo, tal como es el caso de Chile, ya que al carecer de directrices a nivel nacional, queda a disposición de cada servicio implementar o no las recomendaciones mundiales para la atención del parto respetado.

CONCLUSIONES

El rol del profesional en obstetricia y puericultura es de ser una/un acompañante durante el proceso más que un interventor, debe ser una guía para la mujer gestante y su familia, alguien en quien apoyarse y confiar en esta etapa tan importante.

En síntesis, no basta con lograr un buen resultado obstétrico-neonatal, se debe permitir que este proceso sea agradable, íntimo y familiar para cada usuaria, es decir, no se debe buscar solo que la madre y el recién nacido sobrevivan al parto, sino que se debe permitir un ambiente grato y respetuoso.

Se ha evidenciado en esta investigación que para garantizar un parto respetado se hace fundamental el acompañamiento en cada etapa, ya sea por parte de un familiar, doula, personal de salud, o cualquier persona significativa para la gestante. Además, no es necesario contar con una gran infraestructura y tecnologías de última generación, sino que los espacios se deben adecuar para generar un ambiente propicio durante el proceso. Todo debe partir desde la sensibilización y capacitación de cada profesional de salud que tiene contacto con la gestante y su familia ya que depende de ellos la implementación de nuevas estrategias, como por ejemplo la utilización de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor.

Otra responsabilidad fundamental es la educación a la usuaria durante toda la gestación, esto favorece restituir el rol protagónico de la mujer en todas sus etapas y eliminar el mito o concepto de que “ella no sabe parir” o que es “incapaz” de tener un parto fisiológico por sí sola, ya que, la educación facilita el empoderamiento de la mujer, otorgando las herramientas para la toma de decisiones informadas, permitiéndole ser consciente de sus deseos para el proceso de la gestación, trabajo de parto y parto, y así plantearlos al equipo, teniendo pleno conocimiento de sus derechos.

Para asegurar el cumplimiento de todas estas medidas es necesario que existan leyes que puedan avalar la creación de protocolos nacionales y locales, ya que de esta forma el “parto respetado” será regularizado e implementado por todos los servicios de salud. Esta es la gran diferencia entre lo que sucede en Chile comparado con otros países, ya que sólo poseemos protocolos locales y estos varían dependiendo de la región en donde se encuentre el centro de salud y si es privado o público, debido a esto es que queda a criterio de cada establecimiento el cumplir con las recomendaciones internacionales o no, causando diferencias en la atención de la gestante e incluso provocando situaciones de violencia, lo cual es inaceptable en cualquier área de la salud.

Creemos importante señalar que en nuestra búsqueda se obtuvieron pocos artículos nacionales y de dominio público que abarcaran la temática de cómo implementar estrategias para el parto respetado, consideramos que es fundamental el fomentar estas investigaciones en nuestro país para lograr crear este cambio de paradigma en los profesionales que trabajan con gestantes, visibilizando que existen otras formas de atender el proceso de gestación, especialmente el parto, que permiten a la usuaria ser protagonista de esta etapa y dejar de lado las malas praxis que se hacen de rutina o por desconocimiento.

PROYECCIONES

Un parto natural o sin intervenciones no garantiza un parto respetado y por el contrario, requerir usar intervenciones tampoco lo deshumaniza por sí mismo. Es por esto que es importante la sensibilización de todo el equipo de salud y la población, cambiando la idiosincrasia con respecto al proceso, siempre considerando el respeto hacia los deseos de la persona gestante y su familia, además de siempre estar actualizándose ya que jamás se deja de aprender.

Es debido a esto, que esperamos que nuestro estudio pueda resaltar la importancia de estrategias exitosas que se están llevando a cabo a nivel internacional, pero sobre todo las

estrategias nacionales con respecto a la atención del parto respetado. Esto nos permite tener una visión a nivel nacional de los cambios que son necesarios implementar en la incorporación del parto respetado en el sistema de salud Chileno. Además, fomentar estudios que visibilicen y respalden mejoras en la calidad de la atención entregada a la usuaria y su familia durante esta etapa de su vida, logrando cambiar el paradigma biomédico a una visión integral y biopsicosocial de la gestación en todos los centros y equipos de salud de Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lattus Olmos J, Sanhueza MC. La Matrona y la Obstetricia en Chile, una reseña histórica. Rev Obstet Ginecol Santiago Oriente. 2007;2(3):271–6.
2. ARNAU SÁNCHEZ, JOSÉ, MARTÍNEZ ROCHE, M^a EMILIA, Nicolás Vigueras, M^a Dolores, Bas Peña, Encarnación, Morales López, Rosario, Álvarez Munárriz, Luís, Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia .. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana [Internet]. 2012; 7 (2): 225-247. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
3. Ramón Michel A, Allori A. El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. Mora (Buenos Aires). 2017;23(1):144–53.
4. Memoria chilena BN de C. La asistencia médica del parto en Chile, 1834-1940 [Internet]. 2016 [cited 2020 May 6]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-672.html>
5. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov 1;25(6):866–73.
6. Camacaro M. La obstetricia desde el Cro-Magnon hasta la cama ginecológica una lectura de la historia en sintonía con el género. Comunidad salud. 2008 Jun;6(1):23–34.
7. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev Lat Am Enfermagem. 2015 May 1;23(3):520–6.
8. Viola FI, Bonet de Viola AM, Espinoza M. El racionalismo y la descorporalización moderna del parto: por una ecología del nacimiento. Salud Colect. 2020;16:e2548.
9. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. Matronas profesión. 2013;14(2):62–6.
10. Bellón Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata. 2015;18(18):93–111.

11. Naciones Unidas de los Derechos Humanos. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. *Asparkia Investig Fem.* 2013;(24):197–203.
12. Internacional C, Brasile M, Luz P, Unidas N. Declaración de Ceará en torno a la Humanización. 2000;4–5.
13. Clinic M. El embarazo semana a semana. *Fetal Med Barcelona.* 2019;28:1–7.
14. Obstetricia fisiologica
15. Respetado P, Ley L. Semana Mundial del Parto Respetado _ UNICEF Argentina. 2019;1–3.
16. Rodríguez Fernández B, Durán Castillo K. Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. *Enfermería actual en Costa Rica.* 2005 Oct 1;(9):28–43.
17. Obstetricia Perez Sanches
18. Marín Morales D, Bullones Rodríguez MÁ, Carmona Mong F. Vista de Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal [Internet]. Vol. 12, NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2008 [cited 2020 May 6]. p. 6. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
19. Ortega Barreda E, Cairós Ventura L., Clemente Concepción JA, Rojas Linares C, Pérez González AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *Ene.* 2019;13(1):13110.
20. Jiménez-Hernández GE, Peña-Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Rev la Univ Ind Santander Salud.* 2018 Nov 20;50(4):320–7.
21. Cursino TP, Benincasa M. Planned home birth in brazil: A systematic review. Vol. 25, *Ciencia e Saude Coletiva. Associacao Brasileira de Pos - Graduacao em Saude Coletiva;* 2020. p. 1433–44.

22. Alarcón AM, Yolanda Nahuelcheo S. CREENCIAS SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN LA MUJER MAPUCHE: CONVERSACIONES PRIVADAS. Chungara. 2008;40(2):193–202.
23. Gregory-Davis KJ. Un Compromiso al Parto Culturalmente Sensible. Una evaluación de la interculturalidad en salud reproductiva en el norte de Chile [Internet]. Independent Study Project (ISP) Collection. 2012 Apr [cited 2020 Oct 4]. Available from: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1331
24. Servicio de Salud Arica. Servicio de Salud Arica presentó documental sobre el parto a la manera aymara en el Hospital Dr. Juan Noé - Servicio Salud Arica [Internet]. 2018 [cited 2020 May 27]. Available from: <https://www.saludarica.cl/servicio-salud-arica-presento-documental-parto-la-manera-aymara-hospital-dr-juan-noe/>
25. Hospital Regional de Arica. Día de la mujer: Hospital de Arica promueve parto humanizado – HJNC [Internet]. [cited 2020 May 27]. Available from: <https://www.hjnc.cl/hjnc/?news=dia-de-la-mujer-hospital-de-arica-promueve-parto-humanizado>
26. Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(6):586–95.
27. Bussenius P, Sadler M, Leiva G, León T. Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. Obs Violencia Obs Chile. 2018;(Junio).
28. Cámara de Diputados Chile. Proyecto de ley parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica. Boletín N°12148-11 2018.
29. Chilena L. Regula Los Derechos Y Deberes Que Tienen Las Personas En Relación Con Acciones Vinculadas a Su Atención En Salud. Bibl del Congr Nac Chile. 2013;1–13.
30. Rodríguez Fernández B, Durán Castillo K. Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. Enfermería actual en Costa Rica [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 4];30(30). Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682016000100028&lang=es

31. Vargens OM da C, Silva ACV da, Progiante JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 4];21(1):20170015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
32. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. Texto e Context Enferm [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 4];25(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>
33. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN do, Mesquita NS de. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 4];18(2):262–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
34. Progiante JM, Porfírio AB. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). Esc Anna Nery [Internet]. 2012 Sep [cited 2020 Oct 4];16(3):443–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
35. Pereira AL de F, Nagipe S de F da SA, Lima GPV, do Nascimento SD, Gouveia M da SF. Cuidados e Resultados da Assistência na Sala de Relaxamento de Uma Maternidade Pública, Rio de Janeiro, Brasil. Texto e Context Enferm [Internet]. 2012 Jul [cited 2020 Oct 4];21(3):566–73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

36. No-251-Returning Birth to Aboriginal, Rural, and Remote Communities. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 4];39(10):e395–7. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1701216317308228>
37. Stirk L, Kornelsen J. No. 379-Attendance at and Resources for Delivery of Optimal Maternity Care. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 4];41(5):688-696.e4. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1701216318310223>
38. Kara N, Firestone R, Kalita T, Gawande AA, Kumar V, Kodkany B, et al. The betterbirth program: Pursuing effective adoption and sustained use of the WHO safe childbirth checklist through coaching-based implementation in Uttar Pradesh, India. Glob Heal Sci Pract [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 4];5(2):232–43. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-28655801>
39. NICE guidelines committee. NICE Guideline: Intrapartum care for healthy women and babies. [Internet]. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). 2014 [cited 2020 Oct 4]. p. 1–58, updated in 2017. Available from: https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-CG190
40. Simavli S, Kaygusuz I, Gumus I, Usluogullari B, Yildirim M, Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. J Affect Disord [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 4];156:194–9. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0165032713008677>
41. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of auriculotherapy on labour pain: A randomized clinical trial. Rev da Esc Enferm [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 4];50(5):726–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27982389/>
42. Franzon ACA, Oliveira-Ciabati L, Bonifácio LP, Vieira EM, Andrade MS, Sanchez JAC, Braga GC, Nogueira-Pileggi V, Fernandes M, Souza JP. A communication and information strategy in health and preparation for childbirth: a randomized cluster trial (PRENACEL). Cad Saude Publica. 2019 Oct 14;35(10):e00111218. English, Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00111218. PMID: 31618382.

43. Benet M, Escuriet R, Alcaraz-Quevedo M, Ezquerro S, Pla M. The extent of the implementation of reproductive health strategies in Catalonia (Spain) (2008-2017). *Gac Sanit* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Oct 4];33(5):472–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866372/>
44. Villalón H, Toro R, Riesco I, Pinto M, Silva C. Participación paterna en la experiencia del parto [Father involvement in childbirth]. *Rev Chil Pediatr*. 2014 Oct;85(5):554-60. Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062014000500005. PMID: 25697431.
45. Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Experiences of women with personalized birth assistance. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 4];83(6):586–95. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600586&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Uribe T. C, Contreras M. A, Bravo V. P, Villarroel del Pino. L, Abarzúa C. F. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Oct 4];83(3):266–76. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300266&lng=es&nrm=iso&tlng=n

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de resultado de primera búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos

Base de datos	Descriptor	Artículos filtrados	Artículos revisados	Artículos que presentan estrategias
Scielo	Parto respetado	6	5	1
Scielo	Humanización del parto	41	33	5
Scielo	Casa de parto	12	7	0

Base de datos	Descriptor	Artículos filtrados	Artículos revisados	Artículos que presentan estrategias
ClinicalKey	Parto respetado	83	28	5
ClinicalKey	Humanización del parto	187	14	0
ClinicalKey	Casa de parto	140	10	0

Base de	Descriptor	Artículos	Artículos revisados	Artículos que
---------	------------	-----------	---------------------	---------------

datos		filtrados		presentan estrategias
Pubmed	Parto respetado	24	13	4
Pubmed	Humanización del parto	20	9	0
Pubmed	Casa de parto	9	5	0

Anexo 2. Tabla de resultado de segunda búsqueda bibliográfica

Base de datos	Descriptor	Artículos filtrados	Artículos revisados	Artículos que presentan estrategias
Bibliografía Nacional	Parto en Chile	13	12	3