

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE
SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN UNA
CLÍNICA PRIVADA DE BOGOTÁ COLOMBIA 2020**

**VALENTINA ÁVILA LEÓN
YEIMY LORENA GUÍO CAMARGO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTA, D.C.
2020**

**VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA
ATENCIÓN DEL PARTO EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE BOGOTÁ
COLOMBIA 2020)**

VALENTINA ÁVILA LEÓN

YEIMY LORENA GUÍO CAMARGO

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera.

Asesor:

ILBA DORLANY ARDILA ROA

Semillero de Investigación PARIR

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

ILBA DORLANY ARDILA ROA

Articulado al proyecto denominado:

**Asistencia humanizada del parto y trabajo de parto en una Institución de la
Subred Norte de Bogotá Colombia.**

PARIR: Parto con Amor, Reconocido, Integridad y Respeto

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ, D.C.

2020

Nota de aceptación.

Presidente del Jurado.

Jurado.

Ciudad y fecha (día, mes y año). (Fecha de entrega).

AGRADECIMIENTOS

Principalmente mi agradecimiento a Dios por su perfecta voluntad para mí de llevar esta carrera de paciencia, amor y dedicación; a mis padres y mi esposo maravilloso por su apoyo incondicional durante estos años de aprendizaje. Segundo, a la facultad de enfermería de la universidad por abrir estos espacios de investigación en nuestra carrera, esto incentiva a la búsqueda de nuevo conocimiento basado en evidencia y el reconocimiento del arduo trabajo de nuestra disciplina por ser reconocida y valorada. A la profesora Dorlany Ardila que estuvo al pendiente desde el principio hasta el fin y a cada una de las personas que hicieron parte de nuestra investigación, que aportaron un granito de arena para lograr culminar el trabajo, muchas gracias a todos.

-Lorena Guío Camargo

Agradezco especialmente a la facultad y a los profesores que nos han acompañado este proceso de investigación, y búsqueda del conocimiento, especialmente a nuestra tutora la docente Ilba Dorlany Ardila por su acompañamiento y entrega, a la profesora Ana Cecilia, agradecimientos sinceros, sin ustedes nada hubiera sido posible.

-Valentina Ávila León

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Dra. ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO

Rectora FUJNC

Dr. LUIS GABRIEL PIÑEROS

Vicerrector Académico, FUJNC.

Dr. JUAN DAVID PIÑEROS

Vicerrector Administrativo, FUJNC.

Dr. FERNANDO NOGUERA

Secretario general, FUJNC

Dra. MARÍA ANTONINA ROMÁN OCHOA

Decana Escuela de Enfermería FUJNC

Dra. ANA CECILIA BECERRA PABÓN

Coordinadora de Investigaciones, Escuela de Enfermería FUJNC

Dra. FABIOLA JOYA RODRIGUEZ

Jefe Gestión Académica, Escuela de Enfermería FUJNC

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.4	JUSTIFICACIÓN	10
1.5	OBJETIVOS	11
1.5.1	Objetivo general.....	11
1.5.2	Objetivos específicos.....	11
2.1	MARCO TEÓRICO.....	12
3.	METODOLOGÍA.....	13
3.1	Tipo de Investigación.	14
3.2	Técnicas de recolección de la información.....	14
3.3	Técnicas de Análisis de la Información.	15
3.4	Consideraciones Éticas.....	15
4.	HALLAZGOS.....	15
4.1.	Descripción de hallazgos	17
6.	RESULTADOS	32
7.	CONCLUSIONES.....	33
7.	RECOMENDACIONES	33
8.	REFERENCIAS.....	34
	ANEXOS	39

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto respetado implica generar un espacio familiar donde la mamá y el recién nacido/a sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible [1]. Cuando hablamos de parto respetado nos referimos a que la mujer siga su propio pulso de parto evitando todo tipo de intervenciones innecesarias, así como a decidir la forma de controlar el dolor durante el parto. Según la OMS “en todo el mundo, muchas mujeres sufren trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros de salud que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenazan sus derechos a la vida, salud, la integridad física y la no discriminación” [2]. Esta aseveración confirma la vulneración de los derechos de la mujer a la que es sometida durante el proceso de parir.

El cuidado brindado por el personal de salud al trinomio madre-hijo y familia debe estar dado por una atención que genere confianza para el momento significativo de parir, lo cual se refleja en que la mujer y su familia se motive a utilizar los servicios hospitalarios de atención de parto. Ahora se sabe que las emociones de la mujer son fundamentales para que el proceso de parto sea exitoso y memorable, por lo que se toma en cuenta su individualidad, emociones, cultura y decisiones, de manera que ahora se considera a la mujer y su bebé como los protagonistas del proceso de nacimiento, que deben de ser atendidos bajo estricto respeto de sus derechos humanos. Las personas que atienden el parto, obstetras, enfermeras y parteras, son pilares en el proceso de atención, pero la mujer es el centro de la atención [3].

En Colombia se han trabajado desde diferentes ámbitos logrando concientizar al equipo de salud de la importancia de dar una atención al binomio madre-hijo basado en los derechos de la mujer de ser la única garante de su cuerpo, por eso se ha radicado ante el congreso el proyecto de ley N° 147 de 2017 en donde expone que la violencia obstétrica está relacionada con la violencia de género y se dictan diferentes medidas de prevención y sanciones a quienes lesionan la dignidad de las mujeres gestantes y en proceso de parto [4]. Pero en la actualidad no han pasado a ser leyes que puedan ser de orden nacional que se cumplan en el territorio colombiano. En la actualidad la Resolución 3280 del 2018 avala la atención del parto respetado desde el inicio de la gestación.

1.2 ANTECEDENTES

La atención brindada por el personal sanitario hacia la mujer debe estar basada en los derechos fundamentales como el respeto, la dignidad, la libertad y reconocimiento de su cuerpo. Humanizarla, implica tener conocimiento técnico-científico y, simultáneamente, propiciar una comunicación eficaz hacia la gestante y su familia [5].

Sumado a esto, la OMS llama “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en todos los procesos de del embarazo y nacimiento [6]. Se indica que toda mujer como ciudadano tiene derecho a cuidado y acompañamiento de calidad, desempeñando un papel central en todos los aspectos, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Por su parte, dirigiéndonos a Colombia, aunque se ha logrado concientizar al equipo de salud sobre la importancia de dar una atención de calidad al binomio madre-hijo y se ha radicado proyectos de ley como la N° 147 de 2017[4], que hablan de la violencia obstétrica y se dictan diferentes medidas de prevención y sanciones; aún no se establece una ley pueda proteger la dignidad de las mujeres gestantes. En este mismo sentido, una investigación nacional, “Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá” [8] desde dos perspectivas, género y humanización, teniendo en cuenta la estrategia implementada a partir del año 2016, la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, mostró que dicha atención está fundamentada en subordinación a la mujer y que se suma a fallas en la comunicación entre estas y el personal de salud, observando aspectos que vulneran los derechos de las mismas en el proceso de atención del nacimiento, y que son legitimados por el personal de salud y justificados por ellas.

En este mismo aspecto, la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, realizó en 2018 una investigación “Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de América Latina” [9], en la cual pretendía describir los criterios para realizar la atención en instituciones sanitarias, desde el año 2000 al 2017. Realizaron análisis de artículos de Colombia, Brasil, Uruguay y Perú, finalmente como resultado mostró que la humanización del proceso de nacimiento tiene en cuenta las necesidades psicológicas y emocionales de la gestante retomando los requisitos normativos, los aspectos éticos con relación al trato digno hacia ella, igualmente la información que vaya a recibir sea clara y oportuna.

Por otro lado, al dirigir la mirada a Norteamérica, este es uno de los continentes del mundo donde la humanización tiene una perspectiva enfocada en el respeto y la dignidad de la mujer, que ha ido evolucionando con el pasar de los años. Mencionan

aspectos como respetar la fisiología del parto, intervenir solo lo necesario, identificar y comprender el contexto sociocultural de la gestante, brindarle apoyo emocional, darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad, así lo resalta un artículo publicado por la organización matronas[7], mostrando la gran labor que hacen los centros de partos en Estados Unidos, especialmente en Nueva York, haciendo énfasis en que allí la prioridad era la opinión y la comodidad de cada paciente que acudía allí para la atención de su parto. De igual manera, mostraban algunos valores y principios sobre los que se basan para atenderla, por ejemplo, que las mujeres tienen una capacidad innata de dar a luz satisfactoriamente sin una intervención externa, que los prestadores tienen la responsabilidad de proporcionar toda la información que ellas necesiten para hacer sus elecciones, que los valores y principios son esenciales, la familia es fundamental, que las actividades como comer y beber, bañarse y ducharse, masajes, respiración, vocalizaciones y apoyo emocional continuo, fomentan su progreso, logrando experiencias más positivas y aumentando la preferencia por este tipo de instituciones. En efecto, en Norteamérica la mayor preferencia para el recibimiento de un nuevo bebé, se da por los lugares donde el cuidado lo brindan especialmente parteras, capacitadas y entrenadas para hacer de esta experiencia una muy memorable e inolvidable para la mujer y su recién nacido.

Ahora bien, con la lupa en Suramérica, un estudio realizado en Perú, “Violencia obstétrica: vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital regional docente Las Mercedes-2016” [10], por la universidad Señor de Sipán, observó que la mayoría de pacientes que ingresan a esta institución sufren tanto por las contracciones como por la forma deshumanizada de cuidado, y que al preguntarles cómo se habían sentido, fundamentalmente expresaban inconformidad y maltrato por parte de todo el personal. Así mismo, en Argentina, frente a lo experimentado por los trabajadores en un rol de padre/madres, para la tesis de doctorado, una estudiante universitaria tituló su investigación “Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019)”[11], donde establece que existe una tríada explicativa del proceso creciente de intervencionismo, una combinación entre la concepción defectuosa del cuerpo femenino y de los procesos fisiológicos, la profundización de la medicalización y la construcción de la necesidad de la intervención sanitaria; que las relaciones médico-paciente varían según el ámbito, aunque en todos ellos hay expresiones de humanización y matices diferentes, y que una vez la posición cambia, hay una disputa sobre quien es el protagonista: si el que atiende el parto, la que lo trabaja, o el que nace de este.

Finalmente, en un artículo publicado por la Revista Género y Salud en cifras en el año 2012[12], presentando una revisión histórica, algunas experiencias con la aplicación del modelo y las características de otros esquemas clínicos y tradicionales, mencionaban que al preguntarle a los médicos por el parto humanizado, muchas veces cuestionaban ese término pues no era cómodo que los acomodaran en un

concepto de deshumanizados, pero, que muy contrario a esto, el cuestionamiento no se hacía el individuo, sino al tipo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios sanitarios, el cual se ha naturalizado en la sociedad, y que toma en cuenta sólo elementos técnico-biológicos sin considerar a la mujer un sujeto de derechos, realizando además por hábito, una serie de acciones que han sido identificadas y cuestionadas por la ciencia basada en evidencias, como perjudiciales para la salud emocional y física de las mujeres y sus hijas/os.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias y experiencias del personal de salud que atiende el trabajo de parto y parto en una clínica privada de Bogotá 2020?

1.4 JUSTIFICACIÓN

Es preciso tener presente que toda mujer embarazada posee el derecho a la información así como la libertad para que la toma de decisiones sean libres e informadas, en relación a su salud tal y como queda detallado en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [13], pero desafortunadamente, es lo que no siempre se encuentra en las instituciones que brindan la atención a la mujer en su proceso de parto.

La violencia a la gestante en su proceso de atención de parto es el pilar principal de la deshumanización, encontrándose dentro de la violencia de género y siendo poco estudiada en nuestro país, hecho que hace que se pasen por alto las recomendaciones y leyes existentes que tienen como objetivo proteger a la mujer, especialmente la mujer en embarazo, y en dichas leyes se deben cumplir ciertos protocolos diseñados libremente por cada institución, pero todas deben tener coherencia y regirse bajo lo que pida y establezcan las normas.

La OMS habla de que toda mujer tiene derecho a recibir el más alto nivel de atención en salud, donde se incluya una atención digna y respetuosa durante todo el proceso de gestación, parto, y posparto, y que además estas mujeres no deben ser víctimas de ningún tipo de violencia, ni mucho menos ser discriminadas bajo ningún motivo o circunstancia[14], pero muchas veces estos aspectos no se cumplen en los centros de salud a donde acuden las mujeres a recibir la atención del parto que hace que se

cuestionen las estrategias que se implementan en el mundo, que aunque parecen perfectas y adaptadas a la mujer, muchas veces se quedan en el papel y no se cumplen en la práctica.

Muchos son los procedimientos y las prácticas realizadas por el personal de salud que hacen que el parto humanizado no se cumpla, o por lo menos no en las condiciones más óptimas, y así lo menciona un artículo publicado por la revista Scielo en el año 2019: *“El parto es un procedimiento que, llevado en condiciones ideales, conduce al nacimiento de un nuevo individuo con el mejor bienestar posible para el binomio madre-hijo. El hecho de realizar acciones que afecten el curso normal del parto, incluyendo la realización de cesáreas sin indicaciones justificadas de manera adecuada, representa una vulneración en el proceso humanizado del parto. Pese a que la cesárea es un procedimiento valioso, bajo ciertas circunstancias representa peligro tanto para la madre como para el feto, su uso debe ser ejecutado racionalmente y reducido significativamente, de modo que se eviten las complicaciones derivadas de la misma y se garantice el respeto por la dignidad humana materna.”*[15], hace especial énfasis en que aunque es un procedimiento que ayuda a mejorar la mortalidad en embarazos de alto riesgo que requieren dicha intervención, su práctica descontrolada significa un problema que tiene implicaciones negativas sobre la ejecución del parto humanizado, además indica que aproximadamente el número de embarazos que necesita cesárea por alguna condición médica es solo del 10-15%, y que pese a eso, para el año 2018 en el 60% de 169 países estudiados por la OMS y Unicef las cifras son mucho mayores a esas.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las vivencias y experiencias del personal de salud, durante el trabajo de parto y parto en una institución privada de Bogotá Colombia, con el fin de proponer estrategias de asistencia humanizada.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la percepción del personal de salud hacia las maternas frente a la atención del trabajo de parto y parto.

- Analizar las diferentes acciones y técnicas del equipo de salud frente al manejo y atención del trabajo de parto y parto.
- Proponer y recomendar acciones encaminadas a mejorar la experiencia de atención por parte del equipo de atención a la gestante en su trabajo de parto y parto.

2.1 MARCO TEÓRICO

Cuidado humanizado: *“involucra una mirada más amplia...está presente en él el autoconocimiento, control de emociones, práctica de los tres saberes (saber- saber, saber-hacer, saber ser), entender y conocer el concepto del otro, el significado del individuo desde la interacción mente, cuerpo y espíritu” [16].* En cuanto al área de enfermería, según la teoría de Jean Watson, es definido como *“una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente” [17].*

Experiencia: *“aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia de un evento o bien de cualquier otro aspecto que suceda en la vida”* y que deja una marca, por su importancia o por su trascendencia [18].

Embarazo: Es el periodo que transcurre desde la fecundación hasta el parto. Durante este tiempo, que suele durar entre 40-42 semanas, la mujer debe adaptarse a una serie de cambios físicos y emocionales y prestar especial atención en sus cuidados personales y alimenticios. Pasada la semana 37 de gestación, podrá dar a luz en cualquier momento, y empezará con una fase de dilatación, la salida del bebé y finalizará con la expulsión de la placenta [19].

Trabajo de parto: Proceso durante el cual hay presencia de contracciones continuas y progresivas del útero, que van produciendo su afinamiento, acortamiento y dilatación, para permitir la salida del feto. Se compone de tres etapas que generalmente comienzan dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto, desde la primera actividad uterina, hasta la expulsión de la placenta [20].

Puerperio: Periodo desde el momento inmediatamente posterior al parto, hasta los 35-40 días siguientes. Es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo [21].

Vivencia: “aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, ya que lo que sienta y aprenda en la misma le aportará sabiduría y asimismo le servirá de guía a futuro cuando deba enfrentar una situación similar” [22].

Umbral de la vivencia: Corresponde a la intensidad con la que un individuo experimenta una determinada situación, es diferente en cada sujeto, ya que no hay personas con idéntica capacidad vivencial y todas pueden reaccionar de modo distinto frente a un mismo estímulo [22].

Violencia obstétrica: Según la OMS: *“es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos”* [23].

Personal de salud: *“Son todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud. Gozan de distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación, ámbito laboral y situación de empleo... mantienen un compromiso con la vida y con las poblaciones a las que sirven”*. Son esenciales para los sistemas de salud, y mejoran coberturas en estos servicios [24].

3. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica que permitió conocer y comprender en profundidad las experiencias y vivencias del personal sanitario que brinda atención a las gestantes en el trabajo de parto y parto. La población escogida fue el personal de salud de una clínica privada de Bogotá haciendo exclusión de aquellos que no deseaban participar en la investigación. A los participantes del estudio se les solicitó firmar un consentimiento informado antes de hacer parte de la investigación.

La técnica para la recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales se grabaron con consentimiento informado de quienes aceptaron participar en la investigación, posterior a esto, se realizó el respectivo análisis y registro de las experiencias de cada entrevistado. Estas estaban dirigidas a saber cómo cada trabajador atiende a las mujeres en trabajo de parto, y parto.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Personal de la salud (Médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras de la sala de parto) y auxiliares de enfermería que hayan estado trabajando en salas de parto al menos por un año.
- Voluntariedad

Exclusión:

- Personal de la salud que no exprese voluntariedad.

3.1 Tipo de Investigación.

Investigación cualitativa, descriptiva, fenomenológica la cual se basó en la observación del personal de salud que brinda cuidado a las gestantes y puérperas, con relación a sus experiencias personales en la atención del trabajo de parto y parto, dentro de las instalaciones de una clínica privada de Bogotá.

3.2 Técnicas de recolección de la información

Se desarrollaron 12 entrevistas semiestructuradas, las cuales respondían a las experiencias y vivencias que tenía el personal de salud que atiende a las maternas durante el trabajo de parto y parto. Se aseguró la confidencialidad a los participantes, por medio del consentimiento informado el cual dice que en ningún momento saldrá su nombre (Anexo 1). Una vez transcritas las entrevistas se realizó en forma manual la categorización y codificación, no se mencionó por ninguna circunstancia el nombre

de los participantes con el fin de obtener respuestas reales e información pertinente para los objetivos de nuestra investigación.

Por lo cual se diseñó el siguiente instrumento que da respuesta a los objetivos de la investigación. (Ver anexo 2)

3.3 Técnicas de Análisis de la Información.

Se realizó la transcripción de las grabaciones utilizando el análisis fenomenológico planteado por Merleau-Ponty, se desarrolló el análisis de la información hasta que los datos fueron saturados.

Posterior a ello se realizó un análisis y categorización de la información de forma manual.

3.4 Consideraciones Éticas.

Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios [25].

En esta investigación, a pesar que la intervención del informante fue solo una entrevista, se utilizó un consentimiento informado para garantizar los derechos de la confidencialidad al personal de salud, durante la recolección de los datos. (Ver Anexo 1)

4. HALLAZGOS

El parto humanizado constituye una de las experiencias más significativas en la vida de una mujer, por eso la atención brindada debe estar enfocada en una visión humanista, donde los derechos de la mujer sean respetados y ella sea el centro de atención ya que el concepto de “humanización de la atención debe ser entendida como imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana” [26].

Se evidencia en diferentes investigaciones que las mujeres en su proceso de dar a luz a sus bebés sufren multitud de agresiones y malos tratos, que sus experiencias, y relatado por ellas mismas, no han sido las mejores, que se han sentido violentadas y vulneradas, han percibido que la atención que recibieron no fue la que ellas esperaban

tener, que muchas veces sus familiares ni siquiera podían enterarse de la hora de nacimiento de sus hijos, ya fuera porque no los dejaban ingresar, o porque no les permiten comunicarse con sus familiares [27], lo cual por supuesto, no coincide con lo propuesto por la OMS de lo que debe ser un parto respetado[1], y todo esto desde la mirada de la mujer que recibe la atención; pero desde la mirada de quienes brindan el cuidado, cuáles son esas vivencias y experiencias del personal de salud que labora en áreas de atención del trabajo de parto y parto.

Durante la realización de las entrevistas semiestructuradas que se efectuaron al personal de salud que labora en el área de trabajo de parto y salas de partos, en una clínica privada de Bogotá, manifestaron como parte de sus vivencias dentro de su labor diaria la falta de personal para poder brindar una atención integral a la mujer gestante y su familia, sobrecarga de trabajo que no les permite dar la atención basada en derechos a la mujer en el momento de parir, carencia de oportunidad del personal anesthesiólogo, pero especialmente mencionaron la falta de infraestructura como la mayor y principal brecha para brindarle a estas mujeres en gestación un parto humanizado de calidad, lo que genera otras problemáticas enormes como la imposibilidad de permitir el acompañamiento continuo de un familiar escogido por ella para que la apoye y viva a su lado la experiencia del nacimiento; además, dentro de estas experiencias mencionaban la pérdida de sensibilidad de algunos integrantes del equipo, falta de empatía, por su tipo de formación y educación recibida desde las universidades o simplemente por falta de sensibilización y humanización ante el cuidado. Es evidente que no es lo mismo parir con prisas que con tranquilidad, estar acompañada por alguien de confianza, que sola y no es igual dar a luz con una episiotomía o un desgarro, que sin ellos.

Por otro lado, en cuanto al personal de enfermería, referían que se sentían subyugados y muchas veces limitados para tomar sus propias decisiones dentro de las salas, pues los consideraban inferiores a la hora de realizar acciones propias y autónomas como parte de sus intervenciones, y esto hacía que el cuidado por parte de ellos se viera afectado al no poder hacer más de lo que se les permitía.

4.1. Descripción de hallazgos

Se identificó, al ser analizadas fenomenológicamente, diferentes categorías representadas en el siguiente esquema (ver figura 1) y a su vez la subcategorías de cada una de estas.

Se encontró como categoría núcleo las “*Experiencias del personal de salud*”, donde a lo largo de la investigación logró desencadenar cuatro grupos; el primero es “*Parto humanizado*”, el segundo es “*Infraestructura*”, el tercero es “*Prácticas del personal*” y el cuarto “*Falta de sensibilización*”, con lo cual se evidencia la vulneración de los derechos de la mujer a recibir una atención de parto de calidad por parte de personal de salud, por diferentes razones que muchas veces no dependen del personal que labora en el área, y esto conlleva a una experiencia del parto poco agradable no solo para la materna sino para los profesionales que no cuentan con las condiciones necesarias para brindar una atención más humana y de calidad.



Figura 1. Categorías. Creación propia.

4.2. Vivencias y experiencias del personal de salud.

En este fenómeno central de la investigación, cada uno de los trabajadores de la clínica del área en estudio que participaron en las entrevistas, mencionaban sus experiencias dentro de su labor diaria brindando cuidado y atención a las mujeres en gestación que ingresaban a tener a su bebé en la clínica, coincidiendo todos en que el momento del nacimiento de un bebé para la mayoría de las mujeres era un proceso único e irrepetible lleno de muchas emociones y sensaciones diferentes y en gran parte también de dolor y angustia pero en general hermoso, por lo que se le debía brindar la mejor atención. Algunos mencionaban algunas experiencias vividas en el servicio que recordaban con cariño, otros preferían no hacer comentarios ni traer a memoria algún caso en particular.

Se pudo evidenciar que la mayoría del personal de salud entrevistado, al preguntarles por un “parto humanizado” referían conocer su significado e igualmente lo aplicaban a cabalidad en cada una de las pacientes que ingresaban al servicio, sin embargo al realizarles más preguntas a profundidad se podía observar que no todas estas afirmaciones eran ciertas en su totalidad, pues muchas de las condiciones para llevar a cabo o cumplir con un parto humanizado no se estaban cumpliendo en realidad.

Algunos de los profesionales, médicos esencialmente, referían con toda seguridad que brindan una atención de parto con humanidad y calidad sin ningún tipo de dificultad o problema, mientras que algunos otros profesionales y auxiliares reconocían los déficits y fallos que se percibían dentro de la clínica en esa área, que hacían que el parto humanizado no se cumpliera en la mayoría de las mujeres o no se pudiera brindar completamente por diferentes limitantes, que generalmente no podían ser controladas o no dependían de ellos, y otras en menor porcentaje dependían de cuestiones personales de cada trabajador como la actitud.

Los resultados muestran que casi todos los profesionales tienen un conocimiento sobre la ley. En este aspecto, el derecho a la información no fue tan mencionado como debe ser, al igual que atender las preferencias, gustos y creencias que las mujeres tienen frente al parto, mientras que el acompañamiento de la gestante tuvo un peso significativo dentro de las respuestas, en lo que la mayoría de los entrevistados enfatizó. Las perspectivas de los profesionales parecen estar relacionadas con el contexto del lugar donde laboran. Muchos profesionales mencionaron la infraestructura como una barrera gigante para la implementación de la ley. Sin

embargo, mencionan preservar las necesidades de las mujeres y no caer en la generalización del parto humanizado.

“Nosotras como enfermeras somos como una de las principales profesiones que estamos al frente de ella, ayudándola, preguntándole cómo se siente, dándole ánimo, acompañamiento y fortaleza para ese momento, muchas veces las mamitas quedan muy agradecidas solamente por el hecho de tu tenderles la mano y brindarles tranquilidad”(E.9)

4.3. Parto humanizado

Dentro de la categoría del parto humanizado, cada uno de los entrevistados daba su opinión respecto a lo que consideraban significa un “parto humanizado”, todos y cada uno brindaba un concepto según su conocimiento o creencia.

Según la literatura, el parto humanizado o parto respetado es “un modo de atender el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan sus tiempos fisiológicos personales. El objetivo es que el momento del parto sea un espacio familiar donde la mujer y su producto de la concepción sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible” según un artículo publicado por la revista cubana de obstetricia y ginecología publicada en el año 2018[26].

Se logran identificar diferentes subcategorías de acuerdo a lo que ellos consideraban que debe contener el parto con respeto como lo son; acompañamiento de los familiares, el cual implica que el familiar de preferencia de la paciente pueda estar presente en todo el proceso de atención del parto y no solamente cuando la paciente se encuentra en expulsivo, para que pueda brindarle seguridad, acompañamiento y apoyo continuo; el apoyo del personal de salud que implica que este pueda involucrarse en el proceso de cada mujer de manera individual, tener en cuenta sus necesidades, sus preferencias, estar pendiente de su evolución de manera constante de manera que ella pueda tener total seguridad con el personal que se encuentra brindándole atención; la alimentación que se le debe brindar a las pacientes según cada fase del parto y su evolución; la deambulación, o caminatas donde no se sienta sometida a permanecer por extensas horas o días acostada en una camilla.

Haciendo referencia a la comunicación entre el personal de salud y las pacientes, mencionaban la importancia de tener una buena comunicación entre las dos partes,

donde la información brindada por el personal fuera comprendida por la paciente y sus familiares y pudieran estar al tanto de su evolución y progreso; el derecho a la privacidad de la mujer, donde ella no se sintiera vulnerada o expuesta ante muchos ojos, y el respeto por los derechos de la mujer no solo por su privacidad, sino por decidir de manera libre, o de expresar su dolor o incomodidad, de recibir información, alimentación, entre otros.

“Es brindarle todas las comodidades a la paciente, tanto a la paciente como a su familiar en este caso pues permitirle estar en acompañamiento, no todo el tiempo, pero si tener este acompañamiento por parte de un familiar que le permita a ella sentirse más cómoda”(E.9)

“El parto humanizado es donde le damos la oportunidad al entorno del familiar de la paciente que esté en el acompañamiento de ella al momento de dar a luz y no solo al momento de dar a luz sino también al momento que inicie el trabajo de parto, donde siempre le estamos brindando tanto el personal de enfermería una atención de calidad”(E.8)

“El parto humanizado, pues para mí, es darle la oportunidad a la pareja de que vivan la experiencia de un trabajo de parto y un parto juntos, entonces que se apoyen mutuamente, y eso creo que al final crea un vínculo tanto de la madre, el padre como del hijo”(E.4)

4.3.1. Acompañamiento de familiares.

Los entrevistados en su mayoría catalogan a que el acompañamiento a la paciente por parte de los familiares es el eje central del parto humanizado, y que en este aspecto se debía permitir que algún familiar preferiblemente el que ella escogiera, pudiera estar presente en el momento del nacimiento del bebé para que los dos vivieran el momento, ya que esto fomentaba emociones positivas y vínculos fuertes entre el recién nacido y sus padres. De acuerdo a las entrevistas semiestructuradas, encontramos algunos relatos:

“... ¿qué considera que es un parto humanizado? Parto humanizado se refiere a que la paciente tiene derecho a tener acompañamiento durante el trabajo de parto y parto” (E: 1)

“...El parto humanizado es cuando uno de los familiares de la paciente entra y vive la experiencia del parto, puede ser el esposo, la mamá, la mejor amiga, la persona que indique la paciente” (E: 2)

“...permitirle estar en acompañamiento, no todo el tiempo, pero si tener este acompañamiento por parte de un familiar que le permita a ella sentirse más cómoda” (E: 9)

Revisando la literatura, acerca del acompañamiento a las pacientes, se encuentra un artículo publicado en 2014 por matronas denominado “Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica” y este menciona que el acompañamiento a la mujer por parte de su familia especialmente

de su pareja presenta numerosos beneficios para la familia que se está formando, dentro de ellos fomentar un sólido vínculo por el contacto piel con piel entre hijo, padre y madre, en la mujer mejoran la ansiedad, el temor y el índice de depresión posparto, y para el padre mejora la adopción de su rol de padre ya que cada vez más el quiere involucrarse en la crianza de su hijos[28].

También una revisión bibliográfica realizada y publicada por Cochrane en el año 2019 que buscaba explorar cuál era la experiencia de las mujeres, las familias y los trabajadores de salud en cuanto al proceso de trabajo de parto y parto con un acompañante[29], arrojaron conclusiones importantes tales como: “...Los acompañantes prestaron apoyo informativo al proporcionar información acerca del parto, superando las brechas de comunicación entre los trabajadores de salud y las pacientes, y facilitando el alivio no farmacológico del dolor. Los acompañantes fueron defensores, lo cual significa que opinaron en defensa de las pacientes. Los acompañantes prestaron apoyo práctico, incluida la posibilidad de estimular a las pacientes a que se muevan, hacer masajes y sostener su mano. Finalmente, los acompañantes proporcionaron apoyo emocional, mediante elogios y reafirmación para ayudar a las pacientes a sentirse en control y seguras y proporcionando una presencia física continua...” “...Las pacientes que deseaban la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto y el parto necesitaban que dicha persona fuese compasiva y confiable. El acompañamiento ayudó a las pacientes a tener una experiencia positiva del parto.”

Por su parte, la OMS en sus recomendaciones para la conducción del trabajo de parto menciona: “Recomendación No. 12: se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.”, y dentro de este apartado muestra algunos resultados como por ejemplo que las madres redujeron significativamente el tiempo del trabajo de parto, se disminuyó la tasa de cesáreas y partos instrumentados, disminución de la depresión posparto y el relato de su parto como una experiencia muy significativa.[30]

4.3.2. Acompañamiento y apoyo del personal de salud.

Respecto a esta subcategoría importante los mismos profesionales de la salud que participaron en las entrevistas aseguraban que era de vital importancia el

acompañamiento continuo a las pacientes por parte del equipo interdisciplinario ya que esto permitía fomentar la confianza, mitigar el dolor, llevar un proceso más cercano y personalizado para cada paciente, además de conocer mucho más de cerca y a profundidad sus necesidades, emociones, sentimientos, temores, etc., coincidían en que esto no se podía dar en su totalidad ya que normalmente el número de pacientes era muy alta para el poco personal de salud que asignaban al servicio, por lo que ellos tenían muy poco tiempo para dedicarle a cada una de ellas y tenían que correr para cumplir mil tareas y poderlas atender a todas, aspecto, que por supuesto, dificulta el poder tener un mayor acompañamiento por parte de ellos, limitándose a brindar los cuidados prioritarios, básicos y esenciales para cada caso. Algunos de sus relatos fueron:

“...Usted le brinda la atención adecuada a la mujer cuando está en el trabajo de parto? Si, nosotras como enfermeras somos como una de las principales profesiones que estamos al frente de ella, ayudándola, preguntándole cómo se siente, dándole ánimo, acompañamiento y fortaleza para ese momento, muchas veces las mamitas quedan muy agradecidas solamente por el hecho de tu tenderles la mano y brindarles tranquilidad..”(E: 9)

“... ¿Cuáles son los factores que obstaculizan la atención adecuada del parto? La carga laboral, que haya poco personal, que la sala esté muy llena, eso es lo que tronca todo, porque todas tienen necesidades y muchas veces nos enfocamos más en una que en otra, esto hace que baje su calidad de atención y se quejen de que nos las fueron a ver..”(E9).

“...en un momento de tanto dolor, angustia ansiedad, que lo último que tienen que hacer es estar solas, creo que es una falla grandísima del sistema, creo que una paciente embarazada que se queda solita, pero que tengo tres pacientes más en trabajo de parto, tengo que correr al parto, a la cesárea, probablemente ni siquiera tengo el tiempo de ir a hablar con esa señora, decirle explicarle que esté tranquila, que yo estoy pendiente, que estoy con ella, que no se preocupe...” (E: 3)

“...por el volumen de pacientes muchas veces no pueden recibir la atención que requieren las pacientes, hay una auxiliar de enfermería con bastantes pacientes y pues el jefe aún tiene más pacientes por atender...” (E: 1)

4.3.3. Alimentación

“El ayuno es comúnmente usado para reducir el contenido del estómago. Sin embargo, es sabido que el ayuno durante el trabajo de parto no garantiza este efecto. No hay un intervalo de tiempo, desde la última ingesta, que garantice en una embarazada un contenido gástrico <100 ml”, según un artículo publicado por “El parto es nuestro”[31], allí mencionan la importancia de brindar alimentación a las mujeres durante su proceso de trabajo de parto, hablan de que aunque algunas mujeres no desean el consumo de alimentos, no a todas se les debe forzar al ayuno si desean

comer, esto ayuda a mejorar sus experiencia, así como a disminuir los procesos largos y dolorosos del parto, a ganar energía y mantenerse activas entre otros beneficios, también enfatizan en afirmar que restringir el consumo de alimentos en estas etapas puede traer severas consecuencias para la paciente, derivando en deshidratación y cetosis, disminuyendo las reservas de hidratos de carbono y activando el metabolismo de las grasas, que además, puede reducir la actividad uterina y relacionarse, por tanto, con una mayor incidencia de alteraciones en la progresión del trabajo de parto y de partos instrumentales, junto con los riesgos para el feto y recién nacido.

Por otro lado, la OMS recomienda “no restringir líquidos durante el trabajo de parto y permitir a las mujeres con trabajos de parto que progresan con normalidad ingerir comidas livianas si las necesitan” [30]

En cuanto a la alimentación que recibían las pacientes durante su proceso de trabajo de parto y recuperación de posparto, nos comentaban algunos de ellos que todo era muy relativo y diferente en cada paciente, pues si era un embarazo de bajo riesgo ellas recibían dieta normal hasta que tuvieran ruptura de membranas o poca dilatación, en los casos en que la paciente tuviera mala evolución del trabajo de parto y se pronosticaba desenlace en cesárea las pacientes no recibían ningún tipo de alimentación ni bebida, otros mencionaban que la dieta más brindada era la líquida básicamente, eso para el proceso previo al nacimiento, para el proceso de recuperación coincidían en afirmar que si era recuperación de cesárea se les brindaba dieta líquida las primeras 6 horas, pero si era parto natural se le permitía a los familiares que ingresaran los alimentos de preferencia de la paciente. Algunos de sus relatos los relacionamos a continuación:

“¿Cuando tienen las mamitas los bebés en la noche a ellas se les da comida? Entrevistado: nosotros damos una información bueno el jefe y siempre les pide jugo, más que todo hidratación, esas pacientes salen muy deshidratadas, hidratación y un ponquesito, porque no pueden que la bandeja paísa, tiene que ser algo suave durante las primeras 8 horas, 6 horas”

“...Acá les permiten que se les dé comida mientras están en trabajo de parto? Entrev: Es diferente en cada paciente. Uno, es la condición clínica del embarazo, la condición del trabajo de parto, si es una paciente que no está evolucionando satisfactoriamente y que se espera un posible desenlace de cesárea, pues obviamente no se les deja tomar alimentos, cuando están en inducción se les permite tomar alimentos, la clínica se lo proporciona.”

4.3.4. Deambulación

Cuando a la gestante en trabajo de parto se le permite levantarse y deambular, aumenta su actividad uterina, ayudando a que el periodo de dilatación se acorte, disminuyendo las largas y eternas horas que pueden llegar a tardar todo el trabajo de parto.

En 2017 la revista portales medicos.com publicó un artículo de tipo revisión bibliográfica, donde recopilaron diferentes investigaciones que dejaban ver en claro que la movilización de la mujer y el cambio de posiciones mejoraba los tiempos y las complicaciones del trabajo de parto: “En 2012, Mathew a. et al, investigó el efecto de la deambulación y la realización de pilates en los resultados tanto maternos como fetales. De una muestra de 60 gestantes, 20 deambularon, 20 practican pilates y 20 fueron el grupo control. El 75% de las mujeres que deambularon tuvieron mejores resultados obstétricos, con una disminución de la fase activa del parto de 3.8 horas.” “...Seis de cada diez mujeres en trabajo de parto se muestran receptivas a la deambulación durante la fase activa, teniendo una deambulación promedio de 123 minutos”, “...Para que se pueda llevar a cabo es necesario gestionar un espacio adecuado, enfocado exclusivamente a la deambulación en los centros hospitalarios...” [32].

Sin embargo y a pesar de que la literatura y las diferentes evidencias han mostrado los beneficios de la deambulación durante el trabajo de parto, el personal de salud a quienes se les realizó la entrevista, afirman que aunque esto es beneficio para ellas, en la clínica privada de Bogotá donde se realizó la investigación, esto muchas veces no puede darse porque el espacio es reducido y las pacientes son bastantes o porque simplemente la infraestructura y las instalaciones no se prestan para esto:

“Cuando yo empecé acá ponían a las pacientes en 3 centímetros de dilatación y 40 % de borramiento a caminar de lado a lado, ahorita ya no se da eso, ahorita la paciente llegan, ingresa en silla de ruedas a trabajo de parto, ingresa al baño, se acuesta y desde que se acuesta ya no se para hasta que no tenga a su bebe, esa sería un estrategia. A veces no se cumple lo de la deambulación por los espacios, porque estamos en un espacio muy restringido... las pacientes también se estresan de estar canalizadas, de la posición, de estar acostadas siempre boca arriba, no pueden moverse de un lado para otro, entonces eso genera estrés a la hora del parto...” (E:6)

“...en una habitación en piso la paciente puede caminar alrededor de la cama, parada en cuclillas, en general todo lo que haya aprendido en los cursos de maternidad pero ya dentro de la sala de parto ya es muy difícil...hay estudiantes, hay mucho personal en formación, entonces es muy difícil decirle a la señora que esté caminando por las circunstancias de la infraestructura...” (E: 4)

4.3.5. Privacidad

La OMS en sus recomendaciones para la atención del parto, en su recomendación #1 dice: “Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.”[30]

En cuanto a la categoría de privacidad para las pacientes en cada etapa de su trabajo de parto y parto, los entrevistados comentaban que ellos trataban en lo posible de brindar privacidad a la paciente todo el tiempo, sin embargo por cuestiones de espacios reducidos e infraestructura muchas veces no podía darse esto con todas las pacientes aunque ellos quisieran, y que además el hecho de ser una clínica universitaria dificulta brindarla en su totalidad pues la mayor parte del tiempo habían estudiantes de varias carreras que ingresaban a presenciar los partos o se encontraban en estas áreas realizando sus prácticas y valorando las pacientes constantemente. Algunos de sus relatos:

“...este como es un hospital universitario, cada uno lleva su estudiante, el ginecólogo, lleva al estudiante de ginecología, el que está rotando por ginecología y van dos, va el pediatra con el ayudante y otra estudiante son tres y siempre está el auxiliar de la sala y el jefe, que son dos, son cinco, son siete maso menos, aproximadamente van siete personas. Nosotros tratamos de dar cumplimiento de tener privacidad, cerrar la puertas y todo lo que sé, pero hay casos que a veces se nos sale de las manos, a veces hay más estudiantes, a veces hay más, a veces está el ginecólogo, el residente, el interno, por lo general siempre hay bastantes personas...”(E:6)

“Acá no se presta el espacio para eso, teniendo en cuenta que ahorita todas las camillas están llenas...” (E: 1)

“... si tenemos más de tres pacientes en trabajo de parto, se nos vuelve imposible porque así no podemos brindarle privacidad...”

4.3.6. Respeto

La Organización de las Naciones Unidas ha enfatizado que la morbilidad materna es un problema grave de salud pública y un signo de discriminación que menoscaba el desarrollo de las naciones, y ha hecho un llamamiento a garantizar el derecho a servicios de alta calidad para la atención del embarazo y el parto y a una atención de salud digna y respetuosa para todas las mujeres [33].

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. Esto según la declaración publicada

por la OMS “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” [34], allí mencionan además que Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

Con esto se recalca la importancia de brindar un buen trato cordial y respetuoso a todas las maternas, sin importar su condición social, raza, sexo o preferencias de cualquier índole, evitando hacerlas sentir discriminadas o lastimadas con cualquier tipo de comentario o expresión no verbal que se genere durante su atención hospitalaria, pudiendo con esto llegar a violentar su derecho al trato respetuoso y de calidad.

“...estamos olvidando el parto horizontal, estamos olvidando las prácticas culturales, todo aquello que realmente le importa a la madre que es tener un parto en donde sientan la menor cantidad de dolor, que sea una experiencia gratificante no solo para ella sino para su familia también y que su bebe nazca en las mejores condiciones...” (E: 5)

4.3.6. Comunicación personal de salud-pacientes

“Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.” [30] Es lo que la OMS hace como recomendación para la comunicación entre las pacientes maternas y el personal de salud que les brinda cuidado.

Un artículo publicado por psicoactiva en enero del 2022 dice que la comunicación asertiva se basa en una actitud personal positiva a la hora de relacionarse con los demás, expresar opiniones y valoraciones evitando descalificaciones, reproches y enfrentamientos. Además, menciona que es la vía adecuada para interactuar con personas a la hora de expresar deseos y sentimientos, tanto placenteros, de una forma directa, sin negar o menospreciar los derechos de los otros y sin crear o sentir inhibición o ansiedad desadaptativa. [35]

“...uno se pone a hablar con ellas bueno: tiene que respirar de esta forma, tienes que aplicar lo del curso, ¿que necesitas? Entonces es como más la charla lo que un médico no hace, digamos los médicos se enfocan más en sus tactos, en sus cosas y no uno si está ahí con la paciente encima,

¿Que necesitas? ¿Cómo te sientes? ¿Quieres agua? Es eso uno siempre está al lado de ellas, esa es la parte humanizada que nosotros damos” (E: 7)

“...al momento del parto también le damos lo que es el apoyo de vamos tu puedes, animo, las felicitaciones después del parto, felicidades mamá, son las cosas que más tenemos en cuenta, también cómo estar presentes no tanto en el cuidado de la paciente, de que los líquidos, de la fetocardia, sino también de la parte emocional de la paciente...” (E: 7)

4.4. Infraestructura

Según el ministerio de salud la sala de partos es relativamente amplia: entre 25 y 40 m², según la institución. ¿Por qué es tan grande? Debido a que se requiere de la presencia de varias personas. Obviamente la futura mamá y acompañante, además de varios profesionales: un operador del parto (obstetra, partera, o ambos), un neonatólogo, una enfermera, un ayudante de obstetricia, una enfermera de neonatología, y en ocasiones un anestesista. Naturalmente, tanto la mujer como el equipo que la asiste deben encontrarse a gusto para poder trabajar de manera cómoda y segura [36].

Los problemas de infraestructura identificados en las entrevistas al personal de salud son:

“Entonces acá para el parto humanizado se llama al familiar a información donde ellos están esperando, ya cuando la paciente está en su fase expulsivo, se llaman para que se cambien, y cuando se pasa la paciente a la sala entonces entra el familiar a ver el parto, eso es el parto humanizado, porque pues para que la acompañe como tal en su trabajo de parto no, la clínica no tiene la infraestructura para que puedan entrar los familiares” (E.2)

“La infraestructura también es un obstáculo, porque digamos, no hay cubículos individualizados para que digamos en un trabajo de parto pueda ingresar un familiar acompañar a su paciente” (E.2)

“Es muy difícil que tengamos el acompañamiento, la otra dificultad que tenemos es que no tenemos cubículos independientes entonces si tenemos partos simultáneos en general la posibilidad de parto humanizado no la podemos brindar porque solo tenemos básicamente una sala de partos funcionando, digamos que esas son las barreras que tenemos en este momento para un parto humanizado (E.3)”

“La infraestructura allá en la sala de partos es difícil, además que estamos en una clínica universitaria, entonces hay estudiantes, hay mucho personal en formación, entonces es muy difícil decirle a la señora que esté caminando por las circunstancias de la infraestructura” (E.4)

“Pero las mamitas necesitan el acompañamiento de sus familiares así los estudiantes están ahí pendientes de ellas. Entonces más que todo es por el entorno y la infraestructura que es pequeña” (E.9)

4.4.1. Recurso Humano

Los problemas que se identificaron en recursos mencionados por el personal de salud fueron:

“Por el volumen de pacientes muchas veces no pueden recibir la atención que requieren las pacientes, hay una auxiliar de enfermería con bastantes pacientes y pues el jefe aún tiene más pacientes por atender” (E.1)

“Muchas pacientes para tan poco personal” (E.1)

“Si tenemos más de tres pacientes en trabajo de parto, se nos vuelve imposible porque así no podemos brindarle privacidad” (E.3)

“Porque en las horas de la noche tenemos una limitante que tenemos un solo anestesiólogo para todo el servicio tanto para cirugía como para ginecología, entonces si el anestesiólogo está ocupado en una cirugía diferente en la noche la posibilidad de la epidural es muy limitante por la disponibilidad del recurso”(E.3)

“Primero es el área de trabajo tenemos un área de trabajo sin separaciones de cubículos, no tenemos la posibilidad de cubículos independientes para que pudiera estar la paciente con su familiar, ese es uno, la cantidad de recurso humano, de falta de personal disponible” (E.3)

“Creo que nos hace falta dos cosas, nos hace falta recurso humano, pero sobre todo nos hace falta recurso humano sensibilizado” (E.3)

“No hay un anestesiólogo disponible, como en este caso nosotros que somos de la noche no tenemos anestesiólogo en salas de partos, no se le puede poner y no se le hace el tratamiento” (E.6)

“A veces por la capacidad del personal que hay para administrar la analgesia que lo hace el anestesiólogo entonces no llega oportuna y al momento que debería ser para la epidural” (E: 2)

4.4.2. Instalaciones.

Los problemas que se identificaron en las instalaciones en el personal de salud fueron:

“La otra dificultad que tenemos es que no tenemos cubículos independientes” (E.3)

“Lo ideal sería que cada paciente tuviera una habitación individual donde realmente pudiera estar acompañada las 24 horas por su familiar” (E.1)

“Son reducidos, entonces si está adecuado, pero si ustedes han tenido la oportunidad de ir a salas de partos, el espacio que hay allá es de 5 a 6 camillas entonces es demasiado reducido para las pacientes con trabajo de parto” (E.8)

“Pero las mamitas necesitan el acompañamiento de sus familiares así los estudiantes están ahí pendientes de ellas. Entonces más que todo es por el entorno y la infraestructura que es pequeña” (E.9)

“La infraestructura también es un obstáculo, porque digamos, no hay cubículos individualizados para que digamos en un trabajo de parto pueda ingresar un familiar acompañar a su paciente” (E.2)

4.5. Acompañamiento limitado

Como se mencionaba anteriormente, durante las entrevistas muchos de los trabajadores mencionaron que era de vital importancia brindar el acompañamiento a las pacientes como parte de la estrategia de parto humanizado y humanización del cuidado, incluso consideraban que permitir que un acompañante ingresara y estuviera presente con la paciente durante su proceso de trabajo de parto y parto, es la definición o el significado de parto humanizado, sin embargo, eran conscientes de que este acompañamiento en la mayoría de los casos no era posible darse, ya que por diferentes circunstancias mayormente por el tema de la infraestructura se dificulta permitir que una persona ingresara y pudiera estar todo el tiempo acompañando a la paciente, que muchas veces tenían que permitir el ingreso únicamente cuando la paciente se encontraba en fase expulsivo del parto, para que presenciaron el nacimiento, y una vez la paciente saliera de la sala hacía recuperación, debían abandonar nuevamente el área y esperar afuera hasta nueva información acerca del estado de la paciente. Mencionaba que el hecho de que no se encuentran separadas las camillas de trabajo de parto con separadores, cubículos individuales, generaba que tuvieran que dejar a las paciente en su proceso solas sin familiares pues el espacio no permitía más personas dentro del mismo espacio, ni tampoco brindarles la privacidad a cada una para no tener que ser observadas por los demás acompañantes.

Otros por su parte, afirmaban, que muchas veces los familiares no contaban con una buena preparación previa al nacimiento y no sabían qué debían hacer al ingresar, lo que hacía que este, todo lo contrario a ser una ayuda y un apoyo se convirtieran en una carga para la paciente. Algunos de sus relatos:

“...lo ideal sería para ellas una habitación unipersonal y donde en el mismo sitio en caso de parto vaginal se pudiese atender el parto, eso sería realmente un parto humanizado.”(E: 1)

“...cuando la paciente ya pasa a sala de partos y está en expulsivo, ese es el momento en el que hacemos el ingreso, ocasionalmente como le digo si tenemos una sola paciente o dos podemos permitir el ingreso del familiar para que la acompañe durante el trabajo de parto.”(E: 3)

“...tenemos un área de trabajo sin separaciones de cubículos, no tenemos la posibilidad de cubículos independientes para que pudiera estar la paciente con su familiar...” (E: 3)

“En el trabajo de parto les toca solas pero es por la infraestructura, para un parto humanizado real deberíamos tener cubículos separados para poner a la familia, al acompañante, y aquí la infraestructura no cumple con este requisito...” (E: 4)

“...en ese momento debería haber un parto humanizado, debería estar con el esposo, con la madre, con algún familiar porque ese momento es muy duro, durante y después es bastante duro, incluso acá hay una señora que ayer tuvo un óbito y está encerrada solita porque no tiene compañía de una familia, no tiene compañía de nadie y yo creo que en ese momento debería verse más que todo la humanización en un aborto...” (E: 6)

4.6 Sensibilización

Según un artículo realizado por la revista Scielo y cuidarte, “humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.” y continúan diciendo que por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementan capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global. [37]

Algunos de los relatos mencionados en las entrevistas fueron:

“La paciencia, ellas por lo general es un momento de parto, es un dolor bastante grande y yo creo que más que todo tener la paciencia tener la sensibilidad con la paciente de saber qué está pasando por un dolor que es tremendo, una vaina seria, es más como eso , yo lo veo por ese lado”(E.6)

“El comentario de los trabajadores de la salud siempre era muy negativo, en el momento del dolor de las contracciones, de expulsivo como tal, siempre tendían a haber comentarios muy salidos de contexto, donde tratan de ponerle cierta culpa a la mujer, como si eso fuera un castigo, cuando es todo lo contrario, no tienen ninguna relación digamos eso de que siempre les dicen algo como “pujan porque para hacerlo si pudo”, osea son cosas que nada nada tienen que ver osea, el hecho de que sea una mujer de 16 años que está a punto de dar a luz, no la difiere de una mujer de 35 que sea su segunda gestación, que sea la séptima, realmente el personal de salud, a nosotros no nos educaron para que tengamos que dar un juicio de valor sobre una persona, sino todo lo contrario, para omitir todo ello y tratar de ayudar desde la ciencia, dar nuestro aporte desde las diferentes carreras para que esa persona se sienta bien, tenga un buen proceso hospitalario y pueda salir con los mejores soluciones de sus patologías o de sus situaciones”(E.5)

“Nosotros no somos culturalmente competentes, nosotros no tenemos espacios para por ejemplo un parto natural en agua, no tenemos espacios para un parto en una cultura indígena, por ejemplo hay

culturas donde dicen que ellos quieren llevar la placenta y sembrarla en sus parcelas para que eso repercuta a la madre naturaleza con más comida y eso, y en la mayoría de los hospitales lo que se da después del alumbramiento, ósea después de sale la placenta se va para desecho anatomopatológico y ya, no estamos respetando como hacer esa cosmovisión que tienen cada una de las personas con respecto a las diferentes situaciones que se le vulneran” (E.5)

“Estamos olvidando el parto horizontal, estamos olvidando las prácticas culturales, todo aquello que realmente le importa a la madre que es tener un parto en donde sientan la menor cantidad de dolor, que sea una experiencia gratificante no solo para ella sino para su familia también y que su bebe nazca en las mejores condiciones”(E.5)

4.6.1. Personal enfermero líder

Se encontró esta subcategoría en el momento de entrevistar a profesionales en enfermería, quienes mencionaban que se sentían limitados para realizar muchas tareas, principalmente porque faltaba más trabajo conjunto y en equipo entre disciplinas médicas y especialidades, y también porque presentaban inconvenientes entre profesionales cuando ellos intentaban tomar el liderazgo de su servicio y tomar decisiones sobre sus pacientes; este factor les generaba desmotivación e incomodidad con su equipo de trabajo y manifestaban que se convertía en un obstáculo para el cuidado humanizado a las pacientes. Otros enfermeros por su parte enfatizaban en la importancia de que ellos se empoderaran de su rol y su papel, porque sobre todo ellos tenían a cargo a otros colaboradores como los auxiliares en enfermería, y que estaba dentro de sus responsabilidades darles a ellos un buen ejemplo y capacitarlos para hacer correctamente sus tareas, y brindarles educación frente a la humanización del cuidado. Está claro que la profesión de enfermería es una disciplina que tiene un cuerpo de conocimientos propio y que está en toda la capacidad de educar y capacitar a otros, de liderar servicios, y de tomar decisiones referentes al cuidado y tratamiento de los pacientes, pues cada uno de sus conocimientos se cimientan en bases científicas y teóricas fuertes. Algunos de sus relatos:

“...tenemos que hablar de que nuestra profesión siempre ha sido subyugada, no tenemos un papel preponderante en los diferentes procesos hospitalarios cuando es totalmente falso, enfermería es la columna de todo el sistema asistencial, pero no se ve.”(E: 5)

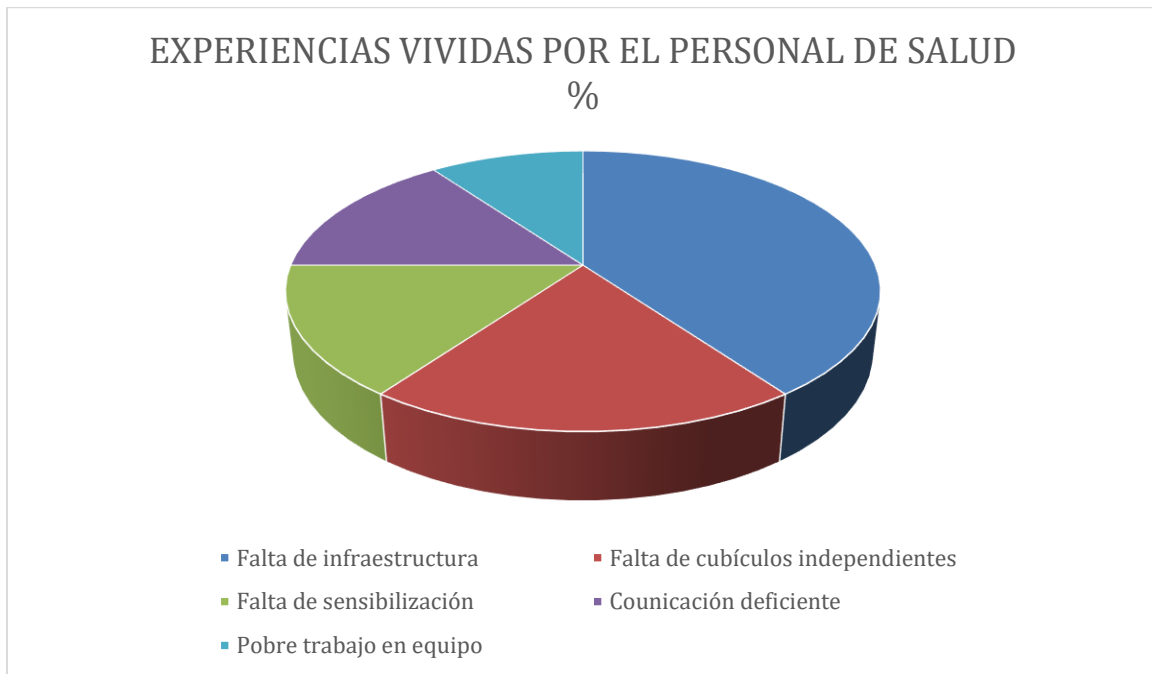
“... es uno de los grandes problemas que ha tenido nuestra carrera y es que siempre hemos sido subrayados como el ayudante del médico, el que le hace al médico, etc...” (E: 2)

“...cuando nosotros tenemos un cuerpo de conocimientos que nos permiten realmente manejar diferentes situaciones, sin tener que recurrir a la parte de un médico general, obviamente si retomando los conocimientos que se han obtenido en la ciencia a lo largo de estos años, pero ya aplicados desde la visión de enfermería que es muy diferente.” (E: 5)

“...enseñarles también a nuestras auxiliares como se deben dirigir a ellas, como se deben realizar las diferentes actividades, como se deben dirigir a ellas, porque somos el grupo más grande que tenemos para atender a los diferentes pacientes, porque si nosotros brindamos una buena atención humanizada eso va a cambiar y a mejorar muchísimo la atención, y pues poco a poco educar a nuestros compañeros médicos, especialistas, que aunque ellos también tienen una formación de humanización en salud muy importante a veces muchos tienden a olvidarlo, a dejarlo relegado por la parte académica o por el nivel de conocimientos que tiene cada uno, que no lo relacionan con esa parte humana.” (E: 5)

6. RESULTADOS

En los resultados arrojados en esta investigación, se identificó que las experiencias del personal de salud están basadas en una serie de componentes comunes como la “falta de comunicación entre paciente-personal de salud”, “falta de cubículos independientes”, “falta de sensibilización del personal”, “trabajo en equipo”, identificando como eje fundamental la falta de infraestructura para el área de partos y trabajo de parto que enmarca la mayoría de situaciones vividas dentro del servicio en esta clínica privada de Bogotá.



La mayoría de entrevistados coincidían en que todo estaba relacionado con la dificultad que ellos tenían con las instalaciones de la clínica, pues los limitaba para brindar un cuidado humanizado a las pacientes, y resaltaban que muchas de las dificultades que se generaban dentro de su labor estaban por fuera de su control y no dependía de ellos cambiarlas o modificarlas.

Durante el transcurso de la investigación se hizo evidente que a nivel mundial existen protocolos y normas, para que el personal de salud garantice un parto humanizado, pero en Colombia aún hay una brecha entre las leyes que aún no se encuentran establecidas para brindar cuidado humanizado a las gestantes y la realidad, cuestiones que se ven reflejadas en las débiles prácticas de parto respetado que hoy se reflejan y se manifiestan bajo la lupa de las investigaciones.

7. CONCLUSIONES

- ❖ Se hace evidente que varios factores intervienen en el personal de salud para tener una adecuada atención de parto a las mujeres en una clínica privada de Bogotá Colombia donde se logra ver enmarcada principalmente la deshumanización como eje fundamental de la investigación.
- ❖ Dentro de este trabajo de investigación se evidenciaron circunstancias y factores promotores de posibles actos de la violencia obstétrica, estos influyen en la percepción del personal de salud. Como se mencionó anteriormente dichas circunstancias y factores son " La falta de acompañamiento de familiares, la falta de apoyo del personal, falta de deambulación, falta de infraestructura, falta del personal de salud, falta de práctica del personal y falta de sensibilización.
- ❖ El vivir una experiencia significativa en el momento de parir es una responsabilidad de un equipo de salud que basa su atención en los derechos fundamentales de la dignidad humana de la mujer ,pero lo cual no es llevada a cabo por factores en algunos casos externos a la atención brindada por el personal de salud y aunque se evidenció el conocimiento de las leyes nacionales e internacionales acerca de la atención humanizada en la institución donde se llevó a cabo la investigación, es relevante el resultado dado por las categorías mencionadas anteriormente.
- ❖ Se evidenció que el personal auxiliar de enfermería, no tienen claridad acerca de la Resolución 3280, su definición y lo que maneja, principalmente por falta de capacitación por parte de la clínica sobre el tema.

7. RECOMENDACIONES

- ✓ Es importante socializar los resultados con los líderes de ginecoobstetricia que manejan la institución donde se llevó a cabo la investigación.
- ✓ Realizar capacitaciones mensuales al personal de salud donde se realizan talleres acerca del parto humanizado, el personal de salud entrenado y capacitado para la atención al parto de forma humanizada, son capaces de reconocer que las mujeres tiene autonomía en su proceso de parto, respetando los derechos de la mujer en el momento de cómo y con quiere parir.
- ✓ El poder contar con una sala de parto respetada con una infraestructura dotada y adecuada y personal capacitado que brinde un cuidado con el enfoque de derechos.

- ✓ Se recomienda fomentar en el personal enfermero el empoderamiento y el liderazgo para tomar decisiones en conjunto con su equipo, pues son parte fundamental dentro del equipo de trabajo y manejan la mayor parte del personal de estos servicios.
- ✓ Realizar seguimientos mensuales a través de encuestas de satisfacción, con el fin de analizar si los objetivos se están cumpliendo en cuanto a la percepción del equipo de salud sobre su entorno de trabajo.
- ✓ Dar cumplimiento a la Resolución 3280 de 2018 que avala la humanización del cuidado, a través de estrategias que la promuevan y capacitaciones dirigidas a la promoción de la norma.
- ✓ Es importante permitir en la clínica privada espacios para talleres no solo a las mujeres gestantes sino también a sus acompañantes que les permita prepararse para el recibimiento de su bebé, saber cómo apoyar a las maternas en su proceso, a mitigar el dolor a brindarles tranquilidad, teniendo en cuenta que el proceso en familia se reduce y se transforma en algo más significativo y memorable para la mujer si se brinda de manera correcta.

8. REFERENCIAS

1. Unicef.org. Semana Mundial del Parto Respetado. Unicef Argentina; 13 Mayo 2019 [Internet]. [Citado el 03 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>
2. 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. OMS 14 de septiembre de 2014. [Internet]. [Consultado el 03 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. [Internet]. OMS; 2018. [citado el 03 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
4. Congreso de la República. Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Internet] 2017-2018. [Consultado el 03 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/1036-proyecto-de-ley-147-de-2017>

5. Cáceres F, Nieves G. Atención humanizada del parto diferencial según condición clínica y social de la materna. FECOLSOG. [Internet]. 2018. [Consultado el 20 de septiembre de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/0034-7434-rcog-68-02-00128.pdf>
6. Julia Johannsen. Parto humanizado, la información es poder. [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo. 2016. [Citado el 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/#:~:text=El%20parto%20humanizado%20o%20parto,proceso%20de%20dar%20a%20luz.>
7. Burkhardt P. Centros de partos en Estados Unidos. Matronas org. [Internet] 2001. [Consultado el 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol2extrapag4-8.pdf>
8. Rubio León D, Rocha Acero M, Socarrás j. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá [Internet]. 2017 [Consultado el 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://scienti.minciencias.gov.co/publindex/#/revistasPublindex/detalle?tipo=A&idRevista=64&idArticulo=182808>
9. Vargas J. Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de América Latina [Internet]. 2018 (Citado el 10 de octubre de 2020). Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/926>
10. Ayesta C, Vásquez A. Violencia obstétrica: vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital regional docente Las Mercedes-2016 [Internet] 2017. [Consultado el 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3068/Ayesta%20-%20Vasquez.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
11. Castrillo M. Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019)"[Internet]. 2019 [Consultado el 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>
12. Almaguer J, García H, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. [Internet]. 2012 [Citado el 10 de octubre de 2020]; volumen 10 Núm. 3. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
13. Garrafa, V. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos DUBDH (ONU, 2005). OPS,OMS. [Internet]. 2005. [Citado el 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/declaracion-universal-sobre-bioetica-y-derechos-humanos-dubdh-onu-2005#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20Universal%20sobre%20Bio%C3>

- [%A9tica%20y%20Derechos%20Humanos%20es%20el,expandiendo%20sus%20fronteras%20de%20actuaci%C3%B3n.](#)
14. Parto Humanizado, Unidad de Atención Integral a la Mujer [Internet] MINSAL,. [citado el 10 de octubre de 2020], Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion21102016/PARTO-HUMANIZADO.pdf
 15. Hernández C. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. Scielo. [Internet]. 2019 [Consultado el 10 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000100009
 16. Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. [Internet]. 2020 [Consultado el 10 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000100021&script=sci_arttext
 17. Guerrero R, Meneses M, Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. [Internet]. 2016 [Consultado el 12 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017/2967#:~:text=Filosof%C3%ADa%20De%20Jean%20Watson%20sostiene,inter%C3%A9s%20profundo%20a%20la%20persona>
 18. Ucha F. Definición de experiencia. [Internet] Definición abc. [Citado el 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/experiencia.php#:~:text=Se%20designa%20con%20el%20t%C3%A9rmino,importancia%20o%20por%20su%20trascendencia.>
 19. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Scielo [Internet] 2012 [Consultado el 14 de octubre de 2020]; vol.38 (no.3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
 20. Children's Health. Trabajo de parto. Stanford Children's Health [Internet]. [Citado el 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>
 21. Sanitas. Puerperio fisiológico o cuarentena [Internet]. Sanitas.es. [citado el 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/puerperio-fisilogico-o-cuarentena.html>
 22. Molina JM. Subrons D. Las vivencias. Proyectopv.org [Internet] Bogotá, Colombia [Citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/vivenciaspsic.htm>

23. Bustamante G. ¿Qué es la violencia obstétrica y por qué la OMS quiere acabar con ella?. El Sol de México [Internet] 2021. [Consultado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/doble-via/salud/que-es-la-violencia-obstetrica-y-por-que-la-oms-quiere-acabar-con-ella-7228256.html>
24. Organización panamericana de la salud. Recursos humanos para la salud, para todas las personas, en todos los lugares. [Internet]. OPS. [Consultado el 24 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=42273&lang=es#:~:text=Son%20todas%20las%20personas%20que,laboral%20y%20situaci%C3%B3n%20de%20empleo.
25. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 [Internet] Bogotá, Colombia: Minsalud; 4 de octubre de 1993 [Consultado el 24 de octubre de 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
26. Damas L, Sánchez R, Domínguez Hernández R, Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. OG [Internet]. 2018 [Consultado el 13 de mayo de 2022]; vol 44(No 3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293>
27. Dueñas P, Rincón N, Sandoval C, Santos Y, Torres K. Vivencias y experiencias de las gestantes que tuvieron el trabajo de parto y parto en un Hospital de la Subred norte (2019-2). Repositorio institucional FUJNC [Internet] 2020 [Consultado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: https://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/107/PaulaKaterineDue%c3%b1asMar%c3%adn_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. Federación matronas [Internet] 2014 [Consultado el 15 de mayo de 2022]; vol ; 15(4): e1-e6. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revison-beneficios-pareja.pdf>
29. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Percepciones y experiencias del acompañamiento durante el trabajo de parto. Cochrane [Internet] 2019 [Consultado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012449.pub2/full/es>
30. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. [Internet] 2018 [Consultado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

31. El parto es nuestro. Nutrición en el parto [Internet] 2018 [Consultado el 15 de mayo de 2022] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/nutricion.pdf>
32. Calvo Delgado I, Pérez Vergara I, Caballero Barrera, V. La deambulaci3n durante la primera y segunda fase del trabajo de parto y su repercusi3n en la duraci3n del mismo. Revista Electr3nica de Portales Medicos.com. [Internet] 2017 [Consultado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/deambulacion-durante-primera-segunda-fase-trabajo-de-parto/>
33. Tobasía Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez Santiago R, Pileggi V, Arenas Monreal, Rojas Carmona A, Piña Pozas M, G3mez Ponce de Le3n R y Paulo Souza J. Irrespeto y maltrato durante el trabajo de parto y el aborto: revisi3n sistemática y meta análisis. PAHO. [Internet] 2019 [Consultado el 19 de mayo de 2022]; 43(e36). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50724/v43e362019.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
34. OMS. Prevenci3n y erradicaci3n de la falta de respeto y el maltrato durante la atenci3n del parto en centros de salud. [Internet] [Consultado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
35. Domínguez V. ¿En qué consiste ser asertivo? La importancia de la comunicaci3n asertiva. Psicoactiva. [Internet] 2022 [Consultado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/en-que-consiste-ser-asertivo/>
36. Cómo es una sala de partos por dentro. Ahora Mamá. [Internet]. 2020 [citado el 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://ahoramama.com.ar/como-es-una-sala-de-partos/>
37. Correa Zambrano M. La humanizaci3n de la atenci3n en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Cuidarte [Internet] 2016 [Consultado el 24 de mayo de 2022]; vol. 7(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a11.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

INVESTIGACION: VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE BOGOTÁ COLOMBIA- 2020

Nombre del Patrocinador:

Fundación Universitaria Juan N. Corpas y Clínica Juan N. Corpas

Nombre del Investigador Principal:

- **Ilba Dorlany Ardila Roa** (Docente investigadora Escuela de Enfermería FUJNC)

Introducción:

El fenómeno de la deshumanización del parto, vulnera los derechos humanos y reproductivos frente a la atención en salud que deben tener los hospitales y clínicas, incrementando la violencia obstétrica, ya que no respetan sus creencias, necesidades, religión y costumbres, atropellando su privacidad y la autonomía que debe tener cada una de ellas frente a su cuerpo. Según la OMS “en todo el mundo, muchas mujeres sufren trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros de salud que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenazan sus derechos a la vida, salud, la integridad física y la no discriminación”, donde se les amenaza sus derechos de vida, la salud, la integridad física y la no discriminación [1]. Según este mismo informe, muchas mujeres en el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios.

Objetivo general: Conocer las vivencias y experiencias del personal de la salud durante el trabajo de parto y parto en una institución privada de Bogotá Colombia, con el fin de proponer estrategias de asistencia humanizada.

Tipo de estudio: Se realizó una investigación cualitativa, fenomenológica

Población de estudio: La población en esta investigación es el personal de salud que se encuentren en salas de parto y hospitalización ginecología. **Inclusión:** Personal de Salud (Médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras de la sala de parto) y auxiliares de enfermería que hayan estado trabajando en salas de parto al menos por un año.

Riesgos y beneficios potenciales: De acuerdo con la resolución 008430 se clasifica como “*Riesgo Mínimo*”, teniendo en cuenta que nuestra población es personal de salud, se diseñará un consentimiento informado para garantizar los derechos de las mujeres durante la investigación.

Los principios orientadores del estudio son:

- Confidencialidad, respeto, beneficencia, justicia, autonomía.

Esta investigación garantiza a los informantes que su participación en la misma obedece a su propia voluntad, y que en cualquier momento del desarrollo de la misma los participantes pueden declarar sus conflictos de interés, o hacer manifiesto su interés en dar por finalizada la participación en el estudio.

Información de Contactos

- **Del Comité de ética: Juan Carlos Velázquez Rojas**, Presidente Comité Institucional de Ética en Investigaciones, juan.velasquez@juanncorpas.edu.co
- **De la Coordinación de Investigación-Escuela de Enfermería: Ana Cecilia Becerra Pabón**, Coordinadora de Investigación-Escuela de Enfermería, miembro del comité de ética en investigación FUJNC ana.becerra@juanncorpas.edu.co
- **Del Investigador Principal: Ilba Dorlani Ardila Roa**, Investigador principal del proyecto. Docente-investigador - Escuela de Enfermería. ilba.ardila@juanncorpas.edu.co

Formulario de Firmas.

He sido invitado a participar en el estudio.

Entiendo que mi participación consistirá en:

Participar en la recolección de información, por medio de una entrevista en profundidad de aproximadamente 40 a 50 minutos.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Entiendo también que no recibiré ninguna compensación económica por la participación en este proyecto. Cuando firme este documento de Consentimiento informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Entiendo también que se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales en todo el proceso de investigación. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales y recibiré una copia de este documento.

Firma, número de documento, y fecha _____

Firma, número de documento del representante legal y fecha

Anexo 2.

Asistencia humanizada del personal de salud al parto y trabajo de parto en la Clínica Juan N. Corpas

Pregunta: ¿Cuáles son las estrategias que posibilitan la asistencia humanizada del trabajo de parto y parto en la Clínica Juan N. Corpas?

Objetivo general: Comprender las vivencias y experiencias de profesionales de la salud, durante el trabajo de parto y parto en la Clínica Juan N. Corpas con el fin de proponer estrategias de asistencia humanizada.

Objetivos específicos:

- Interpretar aspectos relacionados con la asistencia del parto por parte del equipo de salud que atiende la gestante.
- Analizar las vivencias y experiencias relatadas por el personal de salud que atiende el trabajo de parto y parto en la Clínica Juan N. Corpas de Bogotá.
- Proponer estrategias encaminadas a la humanización en el trabajo de parto

Instrumento para profesionales

Pre categoría	Preguntas
Experiencias	<ol style="list-style-type: none">1. Desde su experiencia, ¿cuál ha sido esa vivencia o vivencias que más le marcó (le marcaron) o más recuerda, en la que usted consideró que era necesario abordar una atención humanizada del trabajo de parto y parto?2. ¿Cuáles considera que son los factores que posibilitan una atención adecuada o de calidad a la gestante?3. ¿Cuáles son los factores que obstaculizan una atención

	adecuada o de calidad a la gestante?
Asistencia humanizada en el trabajo de parto y parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué considera usted que es un parto humanizado? 2. ¿Cuentan ustedes con políticas o protocolos de asistencia humanizada al trabajo de parto? ¿la conoce? ¿La aplica? ¿Cuáles son los principales aspectos que usted aplica de esa política en la sala de parto? 3. ¿Qué opina acerca de la resolución 3280 en donde dice que el recurso humano de médico y /o enfermera sea el que atienda el parto de bajo riesgo?
Estrategias de asistencia humanizada	<ol style="list-style-type: none"> 4. Desde su perspectiva y desde el contexto de la clínica, ¿cuál sería su principal aporte para generar estrategias de cambio para brindar cuidado humanizado a la gestante en trabajo de parto?

Instrumento para el equipo de salud en salas de parto

(En el orden de preguntas para hacer la entrevista en profundidad)

1. ¿Qué considera usted que es un parto humanizado?
2. ¿Cuentan ustedes con políticas o protocolos de asistencia humanizada al trabajo de parto? ¿la conoce? ¿La aplica? ¿Cuáles son los principales aspectos que usted aplica de esa política en la sala de parto?
3. Desde su experiencia, ¿cuál ha sido esa vivencia o vivencias que más le marcó (le marcaron) o más recuerda, en la que usted consideró que era necesario abordar una atención humanizada del trabajo de parto y parto?
4. ¿Cuáles considera que son los factores que posibilitan una atención adecuada o de calidad a la gestante?
5. ¿Cuáles son los factores que obstaculizan una atención adecuada o de calidad a la gestante?
6. ¿Qué opina acerca de la resolución 3280 en donde dice que el recurso humano de médico y /o enfermera sea el que atienda el parto de bajo riesgo?
7. Desde su perspectiva, y desde el contexto de la clínica, ¿cuál sería su principal aporte para generar estrategias de cambio para brindar cuidado humanizado a la gestante en trabajo de parto?

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Profesionales de la salud (Médicos generales, Gineco obstetras, Enfermeras de la sala de parto) y auxiliares de enfermería que hayan estado trabajando en salas de parto al menos por un año.
- Voluntariedad

Exclusión:

- Profesionales de la salud que no expresen voluntariedad.

Consentimiento informado (**Anexo 1**)