



► Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad

Manuel Antonio Serrano Ramírez

RESUMEN

Resumen. Documentos de carácter internacional, originados en el seno de organismos que velan por los derechos humanos han reconocido la necesidad de proteger la salud materna. Prevenir las muertes y morbilidades maternas es un asunto de justicia social y de derechos humanos. Partiendo de esta realidad social y política es que se plantea la necesidad de indagar sobre la protección a la maternidad como un derecho humano fundamental, visualizado en la programación y ejecución de prácticas en la atención de la salud de las mujeres embarazadas y sus familias, durante un periodo específico del mismo: la labor de parto. Se analiza la atención y el conjunto de cuidados que se ofrecen a las mujeres en un centro de salud durante la labor del parto y el parto mismo, visualizado éste como un proceso natural y humanizado.

Palabras Clave: Protección a la maternidad, derechos humanos, atención en salud.

ABSTRACT

Health care practices that enhance the human right of maternity protection in a health facility.

International documents, originated within organizations that protect human rights have recognized the need to protect maternal health, promoting a global effort to reduce the number of deaths and illnesses associated with pregnancy and childbirth. Preventing maternal deaths and morbidities is a matter of social justice and human rights. In order to achieve maternity protection it is required that women's rights are fully guaranteed and respected. From this social and political reality raise the need to inquire about maternity protection as a fundamental human right displayed in the programming and implementation of practices in the health care of pregnant women and their families during a specified period of it: the labor, conceiving that labor as a time of vital importance to women, family and the new human being that will be released at the end of this process. We proceed to analyze the care process provided to women in a health center during the labor and delivery, viewing labor and delivery as a natural and humanized process.

Key Words: Maternity protection, human rights, health care.

MSc. enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago, Costa Rica.

Recibido: 13/01/2012.
Aceptado: 14/02/2012.

Dirección para Correspondencia:
enfermoserrano@hotmail.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 19-26.

Introducción

La labor de identificar y puntualizar los esquemas de protección social en salud para la población materna, es el objetivo de gran número de organizaciones que se involucran en la atención propia del embarazo y que visualizan su trabajo como una labor en pro de los Derechos Humanos de esta población, que involucra no solo a la mujer embarazada, sino también a su núcleo familiar en lo que se ha denominado la familia embarazada o gestante de un nuevo ser humano. (O.E.A.1948, O.N.U1948 y 1993, O.I.T. 2000, UNESCO 2003 y la O.M.S. 1943) Implementar, los esquemas de protección social dirigidos a garantizar el acceso a servicios de salud a la población materna son heterogéneos y han alcanzado diversos grados de éxito en el cumplimiento de sus objetivos a nivel mundial, la situación política y los determinantes sociales de salud son de vital importancia en el funcionamiento de los esquemas de protección social a la maternidad visualizada como un Derecho Humano de primer orden.

“La disponibilidad de servicios integrales de salud reproductiva se mantiene como una meta no alcanzada en la mayor parte del mundo, y algunos países incluso han experimentado un estancamiento o un retroceso en sus indicadores de salud materna e infantil” (OPS, 2008).

Esta realidad ha motivado a los encargados de la formulación de políticas y a las agencias internacionales de cooperación a concentrarse en la implementación de diversos esquemas de protección de la salud materna visualizada esta como un Derecho Humano derivado propiamente del derecho a la salud misma.

Una definición más integral de salud comprende el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad, entendiendo el embarazo como una circunstancia particular en la vida de las mujeres que implica la implementación de control y vigilancia en salud para el pleno desarrollo de las mismas como seres humanos y la nueva vida gestante dentro de su útero, así como de la convivencia familiar de la misma y la proyección que la maternidad tenga en la sociedad.

El derecho a la salud como medio para la protección a la maternidad, es un derecho que no sólo trata la atención de salud como asistencia médica, sino también con la composición de factores determinantes de la salud, el estilo de vida, el modo de vida, acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, alimentos sanos, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva en los escenarios de salud en los cuales se brinda atención a este grupo particular de seres humanos: las mujeres embarazadas. Se debe partir del hecho de que el embarazo en la mayoría de los

casos conlleva un proceso fisiológico que no tiene que ser considerado como enfermedad, más bien debe ser analizado desde la perspectiva de integralidad de la persona humana y correspondiente a su ciclo vital particular. Lo anterior exige compromiso del Estado con el cumplimiento de ciertos mínimos en los servicios relacionados con la prestación de servicios y atención a las mujeres embarazadas y sus familias como medio para ofrecerles protección. Según las conferencias mundiales sobre derechos humanos y específicos al referirse al derecho humano a la protección de la maternidad (Cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Beijing1995 y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), en la atención que recibe una mujer embarazada y su núcleo familiar, debería considerar aspectos como:

- Disponibilidad. Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas encargados de la vigilancia y atención concreta a mujeres embarazadas para el fomento de su protección. Personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales

- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones relacionadas:

- No discriminación. Los establecimientos, bienes y servicios de salud encargados de atención materna deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

- Accesibilidad física. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, los adolescentes, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

- Acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad; muy especialmente, la intimidad en la información referente a todos los aspectos sociales que conllevan la maternidad, en un ámbito familiar y social. El acceso a la información es pilar fundamental en el derecho humano a la protección de la maternidad, la información faculta a la mujer embarazada y a su familia para la prevención de ciertas anomalías que pondrían en riesgo su vida y la del futuro ser humano

- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética

médica y culturalmente apropiados; es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Además, deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate, en el caso particular en razón social como el derecho humano a la protección de la maternidad

- **Calidad.** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. Calidad que redundará en oportunidades para la madre, la familia y por supuesto para el recién nacido.

El parto es un proceso fisiológico y natural, el derecho a un parto seguro y decente debería ser reconocido como derecho universal de las mujeres y sus familias como medio favorecedor del derecho humano a la protección de la maternidad en cuanto a tal.

Los derechos de las mujeres y sus recién nacidos en el parto y nacimiento son intransmisibles, y no son secundarios a las exigencias del gobierno, del personal de salud, de las instituciones o de cualquier otra persona o institución. Madre, familia y recién nacido figuran en este proceso y los deseos y sentimientos de la madre deben estar en primer lugar. El parto no es seguro cuando los deseos de la madre toman un segundo lugar frente a las rutinas de quienes asisten el parto. La atención y cuidado integral de las mujeres y sus familias durante la labor de parto y el parto, así como la asistencia eficiente del recién nacido, constituyen intervenciones importantes que el equipo de salud puede realizar para consolidar una buena salud perinatal fundamentada en los derechos humanos y en tanto oportuno derecho humano a la protección de la maternidad. Los avances en Obstetricia y de los diferentes movimientos mundiales para humanizar el nacimiento, consideran necesario actualizar los estándares de atención y las prácticas que los diferentes estudios han demostrado seguras y eficaces, excluyendo las que, utilizadas de forma rutinaria producen mayores riesgos y complicaciones, así como las que han demostrado que no tienen ningún beneficio y que al aplicarlas, más bien producen mayores inconvenientes para las madres y los recién nacidos.

Metodología

Alcance de la Investigación

Se utilizó el método descriptivo orientando el conocimiento hacia las prácticas en salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad en mujeres

durante la labor de parto, considerando al equipo humano encargado de la atención de las mismas como el principal ente que provee esas prácticas, así como el medio ambiente en el que se desarrollaba esa atención. El estudio descriptivo de la situación planteada seleccionó una serie de cuestiones relacionadas directamente con el problema de investigación y se midió cada una de ellas independientemente, para así, y valga la redundancia, describir lo que se investiga. En relación con el tiempo, la investigación tomó una orientación transeccional o transversal ya que los datos fueron recogidos en momentos determinados, en un tiempo único, con el propósito de describir variables, y analizar su incidencia e interrelación. Fue como tomar una fotografía del fenómeno analizado en el propio momento que sucedió.

Diseño de Investigación

Por el carácter propio de la investigación y los asuntos por analizar, el modelo por seguir fue de carácter cualitativo de investigación. Se utilizó la fenomenología como estrategia de investigación, ya que se aproxima a aquellas realidades de los hombres y las mujeres, que por su complejidad, son experiencias profundas y únicas, difíciles de ser narradas o descritas y que nunca llegarán a ser susceptibles de interpretarse a través de generalizaciones ni de elementos cuantificadores.

Dimensiones del Estudio

Dimensión A: El derecho humano a la protección de la maternidad. Definición. Derecho humano fundamental proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que ratifica la importancia de acciones en pro y favorecimiento de la mujer en estado grávido y a su núcleo familiar a través de todo el proceso que conlleva la gestación

Dimensión B: Prácticas en atención de la salud a las mujeres y sus familias durante la labor de parto. Definición. Conjunto de acciones y procesos llevados a cabo por parte del personal de salud (médicos y enfermeros) durante la atención en salud a mujeres y sus familias durante la labor de parto

Población y Muestra

La población fue constituida por el total de prácticas en atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad y ofrecidas a mujeres en trabajo de parto en el hospital Max Peralta Jiménez de la ciudad de Cartago, teniendo en consideración que dichas prácticas son brindadas por un grupo de profesionales que tienen a cargo la atención propia de la labor de parto. Por la naturaleza cualitativa de la investigación, el tamaño de la muestra se determinará al alcanzar el “punto de saturación”, que consiste en una conducta observable que se repite en un número determinado de ocasiones en la unidad elemental de observación, permitiendo obtener conclusiones prácticas, el número determinado de observaciones, consistió en un valor cuantitativo de

50 observaciones, distribuidas en un total de 16 días de observación y en diferentes momentos del día, en el mismo escenario y a la unidad elemental de observación.

Método de recolección de dato

- Observación no participante. Se contemplará lo que está sucediendo y se registrarán los hechos sobre el terreno. La observación no participante existirá cuando la interacción con el medio es mínima, utilizando estrategias no intrusivas en el flujo de los acontecimientos.

- Crónicas de flujo de comportamiento. Existirá con la currencia de una serie de actos humanos que se desarrollan de una manera sistemática y organizada de la unidad e análisis a considerar. El investigador aportará el conocimiento de forma integral y pormenorizada.

Métodos de Análisis de los Datos

Por la naturaleza cualitativa de la investigación, el análisis de los datos perseguirá el hallar su sentido, mediante la utilización de dos estrategias y técnicas:

- Inducción analítica. Se verificará los supuestos existentes y que sostienen el carácter teórico del estudio, identificando proposiciones universales y leyes causales en cuanto a la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental.

- Análisis del progreso. Se analizarán los datos como un proceso continuo durante el progreso de la investigación. La recolección de los datos y el análisis de los mismos, serán adyacentes en una metodología de ir descubriendo la realidad en el progreso de la investigación.

Resultados de la Investigación

La calidad de la atención en salud y específicamente la que se desarrolla durante la atención a mujeres en labor de parto en conjunto con su grupo familiar tiene como tema central la comunicación humana. Si la comunicación en la relación prestador de atención/mujer y familia es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada y la confianza hacia el equipo de salud encargado de ofrecer cuidados decrece de manera considerable. Al entender este concepto la comunicación e información de las condiciones propias de la mujer durante la labor de parto se convierten en un punto de partida para establecer criterios de fortalecimiento del derecho humano a la protección de la maternidad, ya que a través de él se establece un mecanismo de confianza en el que la familia o allegados de la mujer participan de manera activa. Las observaciones propias a través de los instrumentos refieren un distanciamiento considerable entre el equipo de salud que ejerce cuidados a la mujer durante la labor de parto y la misma, y casi en su totalidad de su grupo familiar, aunque aparecen algunas excepciones, la regla en general es que las vías de comunicación son inexistentes. A la mujer no se le informa sobre su condición de salud de manera tal que logre entender su estado y participe de manera activa en el proceso que conlleva su parto, solo

se introducen algunos conceptos que por regla general facilitan la prestación de servicios de salud al equipo profesional encargado de brindarla.

...Ana (nombre ficticio, hecho real) de 17 años de edad se encuentra en franco trabajo de parto; se observa intranquila con fases obvias de dolor debido a las contracciones uterinas... se encuentra sola ya que a su madre se le ha negado estar con ella pues el lugar es pequeño y hay más mujeres en las mismas condiciones que Ana... voltea la mirada como buscando alguna persona en quien afirmarse... se acerca una enfermera para auscultar la frecuencia cardiaca del bebe de Ana... ella la toma del brazo y expresa... ayúdeme por favor... la enfermera reacciona y le dice... suélteme niña... ustedes agarran muy duro... se aleja rápidamente del lugar diciéndole...recuéstese de medio lado... respire profundo... así es esto niña...

Las particularidades comunicacionales que forjan la actitud de tratamiento ideal y que evidentemente son ignoradas en el proceso de atención a la mujer durante la labor de parto a través de prácticas en atención de salud y que van en asociadas con el derecho humano a la protección de la maternidad son

- Trato amable y respetuoso, pues ya es suficiente carga para la mujer en labor de parto tener que afrontar su estado y la angustia acompañante como para soportar además la indiferencia en aspectos tan vitales como la comunicación; se considera además a la familia como un elemento suscrito a la mujer.

- Transparencia en el diálogo hacia la mujer en labor de parto y su familia.

- Escucha atenta y libre de la emisión de juicios de valor.

- Lenguaje claro, teniendo en cuenta durante la comunicación con la mujer en labor de parto tanto la carga emotiva de las palabras como la adecuación de la entonación, los silencios y las pausas discursivas y el lenguaje no verbal.

...José y María (nombres ficticios, hecho real) están en labor de parto... recibieron la preparación durante el embarazo para afrontar este momento de la mejor manera... ella quiere que su hija nazca lo más natural posible... se encuentra en la sala de labor ligada a una cama ya que no le facilitan el levantarse... le han colocado un suero en su brazo derecho... y justo ahora es valorada para determinar su progreso en la labor... la enfermera afirma que deben acelerar la labor con "pitocin" ya que está lerda... mira como la enfermera inyecta en el suero colocado una sustancia que casi de manera inmediata incrementa el ritmo y la intensidad de las contracciones... además la enfermera le expresa que la va a revisar para ver cómo va la dilatación ... al hacer el procedimiento refiere que tiene cinco centímetros y va a romper la bolsa para ayudarla... la mujer ante todo este proceso que no tarda más

de cinco minutos no ha emitido palabra alguna... solo se muestra como espectadora... parece que no entiende lo que se le está realizando... hace exactamente todo lo que se le solicita... su esposo en sala de espera sólo pide a Dios que todo sea de la mejor manera y lo más rápido posible... le han informado que le avisaran sólo cuando la niña esté por nacer...y que por favor no pregunte nada hasta ese momento... espere y nosotros lo llamamos...

La atención y las prácticas en salud dentro del contexto del cuidado humano a la mujer durante la labor de parto incluyen conocimiento, responsabilidad, valores, afecto; por lo tanto, el cuidado debe ser sentido, vivido y ejercido y ha de hacerse evidente en los actos profesionales que realizan los encargados de la atención, permitiéndoles construir una interacción humana solidaria, que favorece el desarrollo de las personas, aceptándolas tales como son, con todas sus características y respetando su dignidad humana, y sobre todo considerando que el momento del parto y el nacimiento, comparados con la duración del embarazo, es corto, pero tal vez sea el más impresionante y significativo de toda la gravidez, tanto para la futura madre, como para el hijo y la familia. De tal manera que, los profesionales en salud deben estar presentes y dar apoyo en la expresión de sentimientos positivos y negativos, como una conexión profunda entre estos y la parturienta.

Ahora son las 17 horas ya oscurece en la sala programada para la atención de mujeres en labor de parto. Juana (nombre ficticio hecho real) es una mujer indígena panameña que se encuentra en franco trabajo de parto, su mirada define y determina angustia y algo de desesperanza. Nadie en el lugar la orienta y guía para que pueda determinarse en el cuidado de su salud o realizar más acciones que podrían facilitar su evolución en labor de parto mismo; ella comprende el español de forma efectiva sin embargo el lenguaje que se utiliza más bien parece como el expresado a un niño... “Ustedes como no hablan tiran el chiquito en la cama” refiere una enfermera encargada de la atención de las mujeres en esa área. Ella se queda callada y se voltea hacia la pared como buscando en ella el apoyo humano que no encuentra en ese lugar...

Un aspecto importante para analizar y comprender la significancia que el nacimiento de un nuevo ser humano representa para la mujer embarazada y su familia durante la labor de parto es definitivamente la cultura, junto con las variables fisiológicas, anatómicas, psicológicas y sociales que el proceso encierra. Comprender esta dimensión tan importante del cuidado en salud, sensibilizaría de manera directa al personal de salud que orienta sus acciones a la atención directa de la población respetando la cultura propia de los pueblos y al ser humano en cuanto tal.

El nacimiento es el acontecimiento humano que más emociones despierta. A lo largo del tiempo la mujer se ha enfrentado a él con un desconocimiento prácticamente absoluto. La ignorancia, miedo, tabúes y supersticiones

han sido sus acompañantes. En cada grupo cultural, por tanto, se arrastran diversas visiones del proceso del embarazo y parto que deben ser considerados por el personal de salud que procede con cuidados y prácticas durante la evolución del trabajo de parto como tal.

Los grupos sociales y culturalmente organizados encuentran prácticas y valores que van a constituir el sistema de salud y la concepción de la misma y se establece la forma definitiva como se concibe la salud y el proceso de enfermedad. En consecuencia, el cuidado de la salud de una mujer embarazada y su familia, como fenómeno cultural, nace y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas que conforman ese grupo social. Cabe destacar que en la realidad práctica de nuestro país y específicamente en la institución que se llevó a cabo el estudio, la población indígena y migrante constituyen un grupo considerable de mujeres en el proceso mismo de la maternidad y como demandantes de atención y prácticas en salud durante la labor de parto. El éxito de las intervenciones del personal de salud está dado por la congruencia y competencia de los expertos con la cosmovisión particular de la salud-enfermedad globalizada en la particularidad cultural. Es crucial por tanto, que los profesionales en salud comprendan las particularidades de los sujetos de cuidado bajo la teoría de la Diversidad y universalidad de los cuidados culturales, con el fin de que tomen en cuenta los valores, las creencias, los cuidados culturales y las formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por la mujer en labor de parto y su familia, la cual tiene como propósito reconocer las formas en que las diferentes culturas cultivan la salud y el cuidado.

...“A esta paciente hay que apurarla si no nunca va a salir” refiere una enfermera que recién inicia sus labores en la atención directa de las mujeres en la atención de parto... “Doctora, creo que voy progresando bien ya tengo siete y entré con cinco, ya casi ¿verdad?”. Casi al instante la enfermera realiza una revisión ginecológica para determinar la dilatación cervical de la mujer “Pongámosle candela” refiere la enfermera: “Por favor ayúdeme ya no aguanto” “Señora nosotros conocemos nuestro trabajo, esté tranquila”. “Páseme ya, por favor.” “No insista señora yo sé cuándo hacer lo que corresponde”. Casi en el acto la señora concibe a su hijo en la misma cama de la sala ante la mirada y presencia de cinco mujeres más y al menos siete personas presentes “Se lo dije doctora”. “Ya pasó todo señora, tranquila”.

Las prácticas en salud moderna, dominadas por la perspectiva biológica, han pretendido convertir el proceso de embarazo y parto en un evento exclusivamente médico, y no la experiencia familiar y social que había sido desde tiempos pasados en la que la vivencia familiar sobresalía. La llegada de un nuevo ser humano puede ser a la misma vez un proceso de gran incomodidad y esfuerzo físico para la parturienta y una ocasión de gran júbilo para

la mujer y su familia. Ambas circunstancias llaman a la necesidad de que la mujer sea abordada en un ambiente que facilite su participación y en el cual su voz sea escuchada y potencialice las acciones de su desempeño en el trabajo de parto mismo, así entonces las consideraciones que ella determine para su atención sean consideradas en función de un consentimiento informado de manera plena y de carácter humano.

“Ana!!! Ha sido una linda niña por la cual esperaba con ansias durante casi todo el embarazo.” La mujer fija su mirada en la niña y el padre acaricia su cabeza como deseando consolar su llanto. “Señora colóquese bien, me toca revisarla”. Se rompe abruptamente la escena familiar para dar paso al dolor, la revisión correspondiente al alumbramiento de la placenta parece ser francamente dolorosa para la paciente, “¿No hay nada para disminuir el dolor?, por favor doctora no aguanto”. La doctora con la totalidad de la mano introducida en la vagina de la mujer indica: “aguántese, sea valiente, ya casi termino”. La exploración a través de su mano y algunos instrumentos tardó casi media hora. La mujer luce pálida, ya casi no se queja como dejando todo en manos de la médico que revisa... lágrimas se desatan de sus ojos en este momento, le es imposible sostener más a su hijo.

Se deben promover prácticas en salud durante la atención obstétrica de una manera crítica y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto. Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985 y siguiendo sus premisas teóricas:

“Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el personal de salud también debe prestar apoyo emocional.” OMS.1985

Debe establecerse una afinidad entre el sueño y el parto: la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada ni manipulada de manera excesiva. El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. El alumbramiento de la placenta se debe realizar previniendo y tratando una pérdida de sangre exagerada, sin perturbar el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del bebé es máximo en esa primera hora de vida.

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto con frecuencia se caracterizan por adoptar medios quirúrgicos y asépticos, éstos se implantaron originalmente para evitar infecciones peri-

natales o para facilitar el trabajo de los médicos y demás personal sanitario. Aun cuando no todas esas maniobras perturban la relación madre-hijo, con frecuencia sus efectos son negativos sobre la lactancia. En el caso observado la exacerbación de métodos quirúrgicos y de manipulación para la extracción de la placenta y la reparación del desgarro perineal, faculta la labor del personal de salud, pero desconoce en la mujer su derecho a ser tratada con dignidad y la interlocución con los tratantes es nuevamente nula.

...“Señora, aquí es así, el dolor no se le quita hasta que puje el gülla”. La mujer luce desesperada, atada a una cama grita, “Tengo demasiado dolor, no puedo más, sáquenmelo”. Ante este escenario se desarrolla la labor de parto de una mujer en el proceso de concebir a su hijo. La mujer es esquivada ante las personas a su alrededor, desconoce el grado de responsabilidad que tienen para con ella, incluso no conoce sus nombres, a todos los llama doctor, no acata ninguna disposición que se le brinda (“Señora no grite, estése quieta, todo lo que hace es contra su hijo, voy a pasar a su familiar para que sea testigo de lo que está haciendo y el ridículo que está haciendo, aquí todas las señoras tienen esos dolores ,y no se comportan como usted, usted no es digna de llamarse madre, las madres aguantamos todo”.

La excelencia durante la ejecución de prácticas que favorecen a la protección de la maternidad en mujeres embarazadas durante la labor de parto, se apoya indudablemente en un ambiente físico que facilite dicho proceso por parte del personal de salud, consiste entonces en contar con un lugar de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar. La mujer que desea un parto de baja intervención en la cual se proteja el derecho humano mismo necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse libremente, sin las miradas excesivas de personal de salud y de las críticas de estos, sin limitar las intervenciones que como tales y bajo la responsabilidad deben ejercer en la labor de cuidado mismo y la vigilancia propia en la evolución natural de la labor de parto.

Es frecuente ver en nuestros hospitales, a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención biológica y deshumanizado.

“Los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna. Un modelo de atención altamente medicalizado se describe como aquel que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos” (Family Care International. 2002).

Es entonces que bajo la premisa de la investigación de conocer cuáles prácticas en salud favorecen la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental, que surge la necesidad de indagar al personal

de salud que de manera directa tienen la responsabilidad de atender y brindar cuidados en salud a las mujeres embarazadas durante la labor de parto, sobre aspectos generales de conocimiento que sobre el tema investigado tienen y relacionar ese conocimiento con la práctica misma. A saber, se realizaron una serie de entrevistas con preguntas directivas centradas en foco al personal encargado de la mencionada atención, en detalle, enfermeras y médicos ginecólogos y perinatólogos en tres esferas tendientes a conocer:

- la definición propia del concepto que para ellos y ellas tienen los derechos humanos,
- la definición misma del derecho humano a la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental, y
- las prácticas que favorecerían dicho derecho

Cuando se definen las prácticas para favorecer la protección de la maternidad como un derecho humano, en la asistencia de una mujer embarazada en labor de parto como un nuevo concepto para nacer, estamos implícitamente planteando una deshumanización del nacimiento en la actualidad. El parto es un proceso humano, fisiológico, absolutamente natural. Pero se lo ha deshumanizado considerándolo más bien un acto médico es decir, medicalizándolo excesivamente. Se han impuesto como rutina una serie de acciones médicas que no siempre son necesarias. En el centro de la deshumanización se encuentra el desplazar a la mujer y su pareja de su lugar de protagonismo para centrar la atención en el profesional y las tecnologías médicas, esto podría explicar la discordancia entre lo que proclaman en sus respuestas el personal de salud y la práctica misma observada. La mujer que va a parir pasa a ser una paciente, aun cuando en la mayoría de los casos no haya ningún motivo para considerarla enferma. Muy por el contrario, ella está mostrando el más alto grado de salud y plenitud al ser capaz de engendrar y dar a luz un nuevo ser humano.

Reflexiones Finales

La salud es un derecho humano, que está acreditado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos; además en nuestra Constitución Política, teniendo entonces rango de derecho constitucional y por tanto, todos y todas tenemos derecho a su disfrute y pleno desarrollo a través de los diversos mecanismos para facilitar su atención por parte del Estado costarricense.

Pero para llegar a esta formulación de la salud como un derecho humano fundamental han sido necesarios muchos años de esfuerzos por parte de múltiples actores no solo del campo de la salud sino también del campo de los derechos humanos. El objetivo ha sido fundamentar un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, la vida es el bien más preciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y

más básico de todos los derechos humanos reconocidos.

También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos: el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos. La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y serán los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debe realizarse sin distinción alguna de raza, color, sexo, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Este principio se aplica inmediatamente y a cada aspecto de la implementación del derecho a la salud desde políticas hasta programas. Atención especial debería darse a la protección del y acceso a la atención de mujeres, niños y grupos vulnerables de la discriminación, grupo prioritario para los intereses de la investigación las mujeres embarazadas y en proceso de labor de parto.

El derecho a la salud y en específico a la protección de la maternidad significa más que un conglomerado de servicios; se trata de potenciar a las personas y en caso particular a las mujeres embarazadas en labor de parto para que alcancen el más alto nivel posible de bienestar. La participación social y familiar en la toma de decisiones sobre políticas de salud que se aplican durante este periodo, sistemas de seguros para la salud y la organización y funcionamiento del sector de salud debe ser una parte integral de la realización de este derecho a la salud misma.

La gran mayoría de las mujeres sólo necesitan un cuidado básico durante el proceso que conlleva la labor de parto y el alumbramiento mismo. Los requisitos esenciales para la atención de cualquier parto son la limpieza y la asistencia de una persona calificada que asegure que el nacimiento pueda cursar en forma segura. Esta persona debe tener el conocimiento, la experiencia y el compromiso y además tener la capacidad de tratar a la mujer en un contexto familiar y de visualizar el proceso mismo como un fenómeno natural, partiendo de la vigilancia misma que su formación profesional le exige y del grado de responsabilidad que la institución en la que desempeña sus labores le recomienda.

Una persona calificada puede ser un médico/a especialista en obstetricia o en perinatología, una enfermera con especialidad en las mismas ramas o una enfermera que tenga la habilidad y destreza para acompañar el trabajo de parto de una mujer, reconocer una complicación, practicar una intervención esencial en forma inmediata e

iniciar el tratamiento en caso de ser necesario y de acuerdo con la evolución misma de la labor de parto, garantizando de esta manera la atención y facilitando el cuidado a partir de atención altamente calificada de la labor de parto de manera que se atienda el derecho humano de la protección de la maternidad.

La excesiva medicalización del parto ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos, emocionales y la participación de la familia durante el proceso del parto el cual es tanto o más importantes que la ecografía, el monitoreo electrónico fetal, la inducción del trabajo de parto, y la cesárea misma. Los hallazgos de la investigación ratifican el manejo médico del parto que es una conducta muy frecuente en la práctica clínica; por otra parte, algunas intervenciones farmacológicas durante el trabajo de parto pueden afectar la relación madre/hijo al nacer. La oxitocina, exógeno utilizado en inducciones/aceleraciones muchas veces innecesarias, interfiere con procesos neurológicos que sustentan el comportamiento materno; el uso de sedantes potentes puede afectar la capacidad de adaptación extrauterina del recién nacido. La tendencia actual en la asistencia obstétrica se basa en dos principios éticos: respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y, no someter a la madre a un daño innecesario. El rol de los profesionales de la atención obstétrica (médicos y enfermeras) es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información lo más completa posible, basada en la mejor evidencia disponible, que permita a la madre realizar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo, auto cuidado durante el embarazo y protagonismo en el parto y postparto.

El deber de proteger el derecho a la integridad física, moral, social y espiritual de las mujeres embarazadas durante la labor de parto compromete al Estado costarricense a través de las instituciones encargadas de facilitar la atención y los cuidados a mujeres en este periodo de su vida. Los actores involucrados deben priorizar sus recursos y esfuerzos para abordar las necesidades particulares de las mismas, no solamente en la proyección de

equipo médico para la atención, sino también en la sensibilización de aspectos concernientes a la atención humanizada del parto. Asimismo, los componentes de esta filosofía deben ser llevados hasta su máxima expresión, entendiendo a la persona humana como el fin principal del quehacer de un profesional en el área de la salud y atendiéndola en un ambiente humano que propicie y facilite su desarrollo en un momento tan importante como la llegada de un nuevo ser humano al grupo familiar y al mundo.

Bibliografía

Family Care International. (2002). *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes, incluidas las conferencias de Beijing, Copenhague, el Cairo y Viena*. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (1985). *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. Fortaleza. Brasil.

Organización de Estados Americanos. (1948). *Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre*. Bogotá. Colombia.

Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos*, Viena. Austria.

Organización de las Naciones Unidas. (1996). *Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York, Estados Unidos de América.

Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible*, Johannesburgo, Sudáfrica.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*: Organización de las Naciones Unidas. Estados Unidos de América.

Organización Internacional del Trabajo. (2000). *Convenio 183 relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad*. Viena. Austria.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización mundial de la Salud*, Ginebra. Suiza.

UNESCO. (2003). *Guía para derechos humanos instituciones, normas y procedimientos. Décimo aniversario de la conferencia mundial en derechos humanos*, Viena, Austria.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina*. Washington,