

Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud*

Humanization of care during the mother-newborn encounter: an ethical responsibility of the health team

Humanização do cuidado durante o encontro mãe/recém-nascido: uma responsabilidade ética da equipe de saúde

Doris Amparo Parada Rico**

Paola Esther Olivares***

Resumen

El objetivo del presente trabajo es la revisión de la aplicación de los principios bioéticos en las prácticas de cuidado utilizadas por el equipo de salud durante el parto, a partir de las ideas siguientes: el acto de cuidado se desarrolla en una relación privilegiada entre el equipo de salud y la persona, y durante el parto, es primordial realizar intervenciones eficaces que fomenten la calidad de vida de la madre y su recién nacido. Se hizo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas y se encontró que en una gran variedad de intervenciones prácticas realizadas por el equipo de salud en esta etapa, no se aplicaron equitativamente los principios bioéticos, lo cual permite afirmar que es importante verificar que el cuidado madre-recién nacido tenga los elementos bioéticos que promuevan la humanización y el respeto por la dignidad humana, y se suministre un cuidado seguro y de calidad.

Palabras clave: Derechos de la mujer, salud materno-infantil, bioética, principios de la bioética, cuidado del recién nacido, derechos reproductivos.

Abstract

The objective of the present work is to review the application of bioethical principles in the care practices used by the health team during labor, based from the following ideas: the act of health care is developed in a privileged relationship between the health team and the person, and during labor, it is essential to efficiently

* Este artículo de revisión es original. Las autoras tienen la responsabilidad del contenido y originalidad del documento. Entregado el 7 de noviembre de 2014 y aprobado el 9 de junio de 2015.

** M. Sc., Enfermería materno perinatal; docente y directora del Programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: dorisparada@ufps.edu.co

*** Comunicadora social; estudiante de posgrado en Prácticas Pedagógicas Universitarias, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: pao_olivares@hotmail.com

perform interventions that promote the quality of life of the mother and her newborn. A bibliographical search of scientific databases found that in a grand variety of interventions practiced by the health team at this stage, bioethical principles were not equally applied, which allows the affirmation that it is important to verify that the mother-newborn health care has the bioethical elements that promote the humanization and the respect for human dignity and that quality care is provided.

Key words: Women's rights, mother-infant health, bioethics, bioethics principals, care of the new born, reproductive rights.

Resumo

O objetivo do presente trabalho é a revisão da aplicação dos princípios bioéticos nas práticas de cuidado, utilizadas pela equipe de saúde durante o parto, partindo das seguintes ideias: o ato de cuidado se desenvolve em uma relação privilegiada entre a equipe de saúde e a pessoa, e, durante o parto, é essencial realizar intervenções eficazes que promovam a qualidade de vida da mãe e de seu recém-nascido. Uma pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas e foi descoberto que, em uma grande variedade de intervenções práticas realizadas pela equipe de saúde nesta etapa, não foram aplicados, igualmente, os princípios bioéticos, o que permite afirmar que, é importante verificar que o cuidado mãe/recém-nascido tenha os elementos bioéticos que promovem a humanização e o respeito pela dignidade humana, e que se providencie um cuidado seguro e de qualidade.

Palavras-chave: direitos da mulher, saúde materno-infantil, bioética, princípios da bioética, cuidado do recém-nascido, direitos reprodutivos.

Introducción

En la búsqueda de humanizar el cuidado y promover la calidad de atención para el binomio madre-recién nacido, se han diseñado estrategias y directrices que promueven el ejercicio de los derechos, buscan la disminución de eventos adversos y, sobre todo, la mortalidad evitable. Se puede mencionar como ejemplo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, que estableció el derecho a una atención prenatal adecuada y a que la mujer ejerza un papel central en todos los aspectos de dicha atención.

No obstante, frente a propuestas y lineamientos que han llevado a cabo los diferentes países, incluida Colombia, el panorama de muerte materna, perinatal y neonatal aún es alto y

está mayormente distribuido en regiones que, en general, no tienen acceso a un cuidado seguro ni de calidad como lo señalan Family Care International², el Ministerio de Salud³, y el Departamento Nacional de Planeación⁴. Es necesario, por tanto, realizar el análisis de las prácticas de cuidado del equipo de salud durante el parto y posparto, y a la luz de los principios bioéticos evaluar el ejercicio del cuidado, es

¹ RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE EL NACIMIENTO. DECLARACIÓN DE FORTALEZA 1985. Tecnología apropiada para el parto. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.unizar.es/mednaturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf>

² FAMILY CARE INTERNATIONAL. «La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas». 2003. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. CINETS. *Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio*. 2013, p. 21. [En línea]. [Fecha de consulta 8 de agosto de 2014]. Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>

⁴ COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento Conpes 140 DNP de 28 de marzo de 2011. Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015. [En línea]. [Fecha de consulta 9 de agosto de 2014]. Disponible en http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0140_2011.htm

decir, la autonomía que se permite a la paciente, la beneficencia implícita en los procedimientos e intervenciones, así como la no maleficencia y Justicia que integran este quehacer profesional.

Los objetivos de este artículo de revisión son analizar el contexto del cuidado durante el parto, en relación con la salud materna y las normas establecidas para humanizar la atención en esta etapa e identificar la aplicación de los principios bioéticos frente a las intervenciones de cuidado realizadas durante el parto.

1. METODOLOGÍA

La recolección y selección de evidencia fue realizada de manera sistemática, utilizando bases de datos científicas y motores de búsqueda con palabras clave como «humanización», «humanización del parto», «intervenciones durante el parto», «derechos reproductivos» y «políticas de cuidado para la mujer». Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Proquest, Science Direct, Dialnet, Ibecs, Elsevier y Cochrane. Se eligieron los artículos y documentos de acuerdo a su actualización, contenido y rigor metodológico. Se obtuvo un total de 50 artículos.

2. RESULTADOS

2.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MATERNA

La mujer debe tener un papel protagónico durante el desarrollo del trabajo de parto y posparto; es decir, de acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos, las normas vigentes y los principios bioéticos, la mujer debe ejercer su autonomía y debe tenerse en cuenta su dignidad como persona y sus derechos como lo reconocen Bejarano⁵, Vi-

vanco⁶, Antacle *et al.*⁷, Zamarriego *et al.*⁸, Goberna *et al.*⁹, Goberna¹⁰; sin embargo, el contexto en que se cuida a la paciente, en la mayoría de instituciones, es de tipo «paternalista», pues se dirige su atención hacia lo que debe hacer o evitar, sin tener en cuenta sus preferencias, creencias o cultura, o sin aportarle información clara, completa y veraz, que le permita decidir libremente, lo que confluente en la deshumanización del cuidado y desvalorización social de la persona. «Se desconoce con frecuencia la libertad que tienen los pacientes para elegir alguna de las opciones propuestas, por causa de la deficiente calidad de la información y la poca opción de alternativas que se brindan a la

nea]. [Fecha de consulta 8 de septiembre de 2014]. Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/01.pdf>

- ⁶ VIVANCO, María L. «Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS». *Revista Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster. Volumen 1 N.º 2*, pp. 275-299. Madrid, 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de abril de 2013]. Disponible en <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44>
- ⁷ ANTACLE, Alberto, *et al.* «Maternidad centrada en la familia: ¿las madres son actrices protagónicas o de reparto?» *Archivos de Medicina Familiar y General*. Vol. 3 N.º 1, pp. 25-31. Bahía Blanca (Arg): Departamento Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. 2006. [En línea]. [Fecha de consulta 28 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/34/34>
- ⁸ ZAMARRIEGO, José, *et al.* «Un nuevo escenario asistencial». *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 52 No.11, pp. 653-67. 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de octubre de 2013]. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13145209&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=97&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&ficher o=151v52n11a13145209pdf001.pdf
- ⁹ GOBERNA, Josefina *et al.* «Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de la mujeres». *Profesión Matronas*. Vol. 9 No. 1, pp. 5-10. 2008. [En línea]. [Fecha de consulta 29 de julio de 2013]. Disponible en <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6692/173/tecnologia-y-humanizacion-en-la-asistencia-al-nacimiento-la-percepcion-de-las-mujeres>
- ¹⁰ GOBERNA Josefina. «Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso del parto». *ENE Revista de Enfermería*. Vol. 6 No. 1, pp. 71-78. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de julio de 2014]. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32551/1/615067.pdf>

⁵ BEJARANO, Nancy L. «El cuidado como elemento socializador», en PINTO, Natividad. (Coord). *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2000. [En lí-

hora de plantear las conductas terapéuticas a seguir. De ahí, que aun cuando el paciente es capaz de decidir, la libertad y la posibilidad de agencia se ven seriamente afectados»¹¹.

En este sentido, se debe tener en cuenta la situación de salud por la que atraviesa la mujer en estas etapas vulnerables. En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social¹² evidenció un incremento progresivo en la mortalidad materna a partir del año 2008, cuando la razón de mortalidad fue de 42,18 por 100 mil nacidos vivos, y se pasó en 2011 a una razón de mortalidad materna de 71,22 por 100.000 nacidos vivos. Además de lo anterior, la mortalidad neonatal ocupa un gran porcentaje y cerca del 63 % se produce durante los 28 días posteriores al nacimiento.

El departamento con mayor mortalidad, según el Ministerio de Salud y Protección Social¹³, es el Chocó, donde es 4,20 veces más alta que el nivel nacional, lo que demuestra las difíciles condiciones en que vive su población. Sin embargo, la evidencia demuestra que países con lugares en condiciones similares, han disminuido la mortalidad materna, mejorando el acceso a servicios maternos efectivos y a un cuidado humano y de calidad.

Family Care International¹⁴, asegura, además, que si se asigna estratégicamente personal calificado, se brindan cuidados maternos gratuitos

a todas las usuarias y se mejora la gerencia del cuidado para lograr el empoderamiento de las usuarias y de la comunidad y, sobre todo, si se mejora la calidad de los servicios disponibles, se logra el impacto deseado en disminución de mortalidad materna, lo que implica atender de manera individualizada y conocer las necesidades de las mujeres.

Estas informaciones reflejan una situación latente que ha permanecido en el tiempo, pero que puede cambiar de manera positiva. Es necesaria una mirada más atenta hacia las condiciones científicas, técnicas, financieras y políticas que rodean el cuidado del binomio madre-hijo recién nacido. La implementación de estrategias que mejoren la calidad de la atención del equipo de salud, y humanicen el cuidado, son una variable relevante para el logro del bienestar de la madre y su hijo.

2.2 NORMAS Y LINEAMIENTOS PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO MATERNO

La OMS¹⁵, el Ministerio de Salud de Ecuador, Family Care y Usaid¹⁶ además de otros programas internacionales han señalado la necesidad de ofrecer una atención calificada y un cuidado adecuado e integral durante el embarazo, parto, posparto y periodo neonatal, pues estiman que el embarazo y el parto deben convertirse en procesos seguros. Por lo anterior, se han establecido programas e intervenciones que parten de recomendaciones hechas por diferentes academias e instituciones internacionales como

¹¹ OVALLE GÓMEZ, Constanza; «Autonomía como condición esencial de la dignidad humana y fundamento del consentimiento informado». *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 4 N.º 2, p. 243. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189214316011>

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2013*. [En línea]. [Fecha de consulta 8 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>

¹³ *Ibid.*

¹⁴ FAMILY CARE INTERNATIONAL. *Op cit.*, p. 4.

¹⁵ RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE EL NACIMIENTO. *Op. cit.*, p. 3.

¹⁶ ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. FAMILY CARE, USAID. *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto*. 2007. [En línea]. [Fecha de consulta 29 de septiembre de 2014]. Disponible en http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadk045.pdf

American Academy of Pediatrics¹⁷, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España¹⁸, el Cenetes¹⁹, el Ministerio de Salud de Ecuador, Family Care y Usaid²⁰, Suárez y Oyarzún²¹, y Seoane²² en los que se propende por evitar eventos adversos en el parto y por privilegiar y atender las necesidades del paciente, tal y como lo reconocen Tessier *et al.*²³, la Junta de Andalucía²⁴ y Kemp²⁵.

Estos documentos presentados como normas, guías y paquetes de instrucciones, demuestran

¹⁷ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Planned Home Birth. Pediatrics 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de septiembre de 2014]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/04/24/peds.2013-0575.full.pdf>

¹⁸ ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Guías de práctica clínica en el SNS. España, 2010*. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de octubre de 2014]. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf

¹⁹ CENETEC. *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de alto riesgo. Evidencias y recomendaciones*. 2014. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de septiembre de 2014]. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf

²⁰ ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, FAMILY CARE, USAID. *Op. cit.*

²¹ SUÁREZ P., EUGENIO & OYARZÚN E., ENRIQUE. 2007. «Atención del parto y reforma de la salud». *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(3), 137-8. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de abril de 2014]. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717-75262007000300001&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262007000300001>.

²² SEOANE José. «Bioética y humanización del parto». En *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto* (2010. A Coruña), 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de octubre de 2014]. Disponible en http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/9096/1/CC_119-art6.pdf

²³ TESSIER, E. et al. «Cesárea humanizada». En *Progresos de obstetricia y ginecología*. Vol. 56. N.º 2. Febrero 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de octubre de 2014]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501312001161>

²⁴ JUNTA DE ANDALACÍA. *Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal*. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://www.perinatalandalucia.es/>

²⁵ KEMP, Emily *et al.* «Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia». *Cochrane Database of systematic Reviews* 2013, Issue 1. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de septiembre de 2014]. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub2/full>

científicamente, con alto grado de certeza (tipo A) que la atención calificada desde el control prenatal hasta el parto e inmediatamente después de este, puede tener un efecto significativo en la reducción de las muertes maternas.

Colombia, unida a otros países y alineada con estas normas internacionales, se ha propuesto cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio, y se ha trazado metas en relación con la disminución de la mortalidad materna e infantil, como puede verse en el seguimiento hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social²⁶. Así mismo, se ha propuesto promover la equidad de género, la autonomía de la mujer y mejorar la salud materna. De igual manera, disminuir la mortalidad en menores de cinco años, para lo cual diseñará estrategias, guías y normas técnicas que promuevan la aplicación de un cuidado seguro según las necesidades de la mujer y su recién nacido.

Es importante identificar las prácticas realizadas por el equipo de salud en esta etapa y analizarlas frente a la evidencia científica para establecer aquellas que se realizan en un marco de cuidado seguro al binomio madre-hijo, es decir, las prácticas que favorecen el ejercicio de la autonomía en la mujer (principio de autonomía), aquellas que demuestran la utilización de toda la atención necesaria para su beneficio (principio de beneficencia y justicia) y, por último, las que previenen o evitan hacer daño (principio de no maleficencia), con lo cual se caracteriza la inclusión de los principios éticos propuestos por Beauchamp y Childress²⁷ denominados «principalismo» en estas prácticas. No hay que olvidar que «el principalismo res-

²⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Seguimiento a los objetivos del Milenio. 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de noviembre de 2014]. Disponible en http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/ODM_Boletin_seguimiento_ODM%20salud.pdf

²⁷ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999, p. 3.

ponde a la solicitud de reglas simples y claras que orientan la toma de decisiones...»²⁸, para solucionar problemas.

2.3 APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LAS INTERVENCIONES DE CUIDADO DURANTE EL PARTO: FAVORECER EL EJERCICIO DE SU AUTONOMÍA

La evidencia científica ha demostrado intervenciones específicas en las cuales la madre debe ejercer su autonomía, sin afectar el proceso del parto o parto. En relación a la posición de la madre durante el trabajo de parto, por ejemplo, Gayeski y Brüggemann²⁹, Berghella, Baxter y Chauhan³⁰, Rocha³¹, Mamede, Mamede y Geromel³², y Barbosa³³ consideran que la libertad de movimiento y la escogencia autónoma, según su cultura y creencias, como la posición vertical, puede ser más cómoda, favorece la movilidad y reduce el esfuerzo de expulsión,

pero ¿cuántos de nuestros hospitales y clínicas permiten a la madre expresar sus deseos a la hora del trabajo de parto o parto? «... lo que hay que hacer, es generar un clima relajado, bajar al mínimo la intervención externa y dejar que la mujer sea la dueña de su parto...»³⁴.

El equipo de salud debe reconocer a los padres como los protagonistas de este momento vital, y no debe intervenir cuando no hay evidencia de riesgo. Debe respetar la intimidad de la persona y su dignidad, así como permitir a la madre la libertad de movimiento, la elección de posición durante el trabajo de parto y parto. Así mismo, el equipo de salud debe promover el vínculo de los padres con su hijo recién nacido, especialmente el de la madre en la primera hora de nacimiento y crear un ambiente individual y cálido.

La enfermería, por ejemplo, como una de las profesiones que tiene mayor acercamiento a la mujer y su familia durante el embarazo y el parto, tiene una función primordial y debe ser partícipe y promotora de este clima de humanización en que se respete la decisión de la mujer, especialmente cuando es un parto sin complicaciones, para cumplir de esta manera con la responsabilidad ética de «respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica»³⁵.

Un cuidado digno, respetuoso implica dar a la mujer información clara, completa y veraz, así como instruirla sobre los signos de alarma y los

²⁸ HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: Vrin-Universidad El Bosque, 2007, p. 47.

²⁹ GAYESKI, M., y BRÜGGEMANN, M. *Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la Posición vertical y horizontal*, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009, 17(2). [En línea]. [Fecha de consulta 23 de agosto de 2014]. Disponible en www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_03.pdf

³⁰ BERGHELLA, V., BAXTER, J. K., y CHAUHAN, S. P. *Abstract Evidence-based labor and delivery management*. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(5):445- 454 [en línea] [consultada el 24 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18984077>

³¹ ROCHA, Ims. *Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação*. [dissertação de Mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-21032007-164206/pt-br.php>

³² MAMEDE, F. V., MAMEDE, M. V., y GEROMEL DOTTO, L. M. *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(2):331-336.

³³ BARBOSA DA SILVA, Flora Maria *et al.* «Práticas para estimular el parto normal». *Revista Index Enferm*. Vol. 20, N.º 3, 2011, pp. 169-173. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007&lng=es&nrm=iso

³⁴ GÁLVEZ, F. *Sin miedo y sin estrés*. Entrevista a Michel Odent. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.paula.cl/entrevista/parto-sin-miedo-y-sin-estres/>

³⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y su régimen disciplinario. Diario oficial. Bogotá, D. C., 2004. N.º 45693, art. 9.

riesgos inherentes a este proceso. Es necesario, como lo afirman Gavilán y Vélez³⁶, Tumblin y Simkin³⁷, Bohórquez *et al.*³⁸ y Parada³⁹, promover la toma de decisiones libres e informadas por parte de ella y su familia; identificar y tratar riesgos tempranos en el binomio madre-hijo(a), para evitar lo que sucede cuando no se facilita información ni se realiza seguimiento que evalúe y prevenga el riesgo.

2.4 PROMOCIÓN DE BENEFICENCIA Y JUSTICIA

Existen actividades sencillas y de bajo costo que pueden mejorar la calidad de vida de las personas. Entre otras, el inicio temprano de la lactancia materna, el vínculo temprano madre-recién nacido, pinzamiento tardío del cordón y apoyo emocional.

Moore, Anderson y Bergman⁴⁰ mostraron que el fomento del inicio temprano en la lactancia

ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del milenio respecto de la sobrevivencia del niño. Se podrían evitar el 16 % de las muertes neonatales, si se amamantara a todos los neonatos a partir del primer día de vida y el 22 % si se lo hiciera en la primera hora; además, reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene la regulación de temperatura al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente. Demostraron además que el apoyo psicosocial durante el trabajo de parto en los servicios de salud altamente medicalizados, reduce la necesidad de aliviar el dolor, la duración del trabajo de parto y las cesáreas, además de que se asocia con una experiencia de parto positiva.

Así mismo, el alojamiento conjunto madre-recién nacido ha probado que incrementa la confianza materna, su autoestima y el desarrollo de competencias; además, dice la OPS⁴¹, favorece el apego y el inicio y mantenimiento de la lactancia; favorece la identidad como madre y el conocimiento de su hija o hijo; de igual manera, brinda tranquilidad y entusiasmo a los padres para el egreso.

Este grupo de evidencias demuestran el beneficio que se puede lograr con prácticas clave, de bajo costo y seguras, al binomio madre e hijo/a recién nacido, las cuales deben mantenerse y fomentarse, puesto que esta etapa —que involucra a la mujer y a su hijo/a en períodos de gran vulnerabilidad— requiere del acompañamiento del equipo de salud con conocimiento científico, con habilidades para el cuidado y con competencias que permitan reconocer en el otro sus derechos, así como proveer cuidados equitativos y acordes a las necesidades de cada

³⁶ GAVILÁN MARTÍNEZ, Diana y VÉLEZ GONZÁLEZ, Martha. *Vivencias de las mujeres que transcurren su proceso de atención de parto y cuidado posparto con compañía y sin ella bajo el cuidado de enfermería*. 2009. Trabajo de grado. Enfermera. Bogotá: Universidad Javeriana. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis12.pdf>

³⁷ TUMBLIN, A., y SIMKIN, P. Citado por BRAVO V., Paulina; URIBE T., Claudia y CONTRERAS M., Aixa. «El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres». En *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2008, vol.73, N.º 3, pp. 179-184. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de agosto de 2014]. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007&lng=es&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>.

³⁸ BOHÓRQUEZ GAMBA, Onaidy *et al.* «Seguimiento de enfermería a la madre y recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias». En *Rev av enferm*. XXVII (2): 139-149, 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a14>

³⁹ PARADA RICO, Doris *et al.* «Programa de extensión: cuidado en casa a las adolescentes egresadas del HUEM y a su recién nacido, año 2012». *Revista Ciencia y cuidado*. Volumen 10(2). 2013.

⁴⁰ MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C. y BERGMAN, N. «Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos». En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 N.º 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.update-software.com>.

⁴¹ OPS, TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL. *AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia. En el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño*. 2.ª ed. Washington, D. C., 20037. 2010.

grupo poblacional. Con lo anterior, dice Profamilia⁴² se garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, especialmente a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad, y a fortalecer su autoestima y autonomía para adoptar decisiones.

La relación enfermera-paciente y equipo de salud-paciente debe fundamentarse, por tanto, en principios que eleven la ciencia y la tecnología, pero, sobre todo, que privilegien y reconozcan a la persona como el motivo de su labor, y al cuidado, como el objeto de estudio y la razón de ser del profesional de salud. La búsqueda del bien, basado en la evidencia, es la obligación ética que involucra la Beneficencia y la Justicia.

La Justicia como principio bioético interviene en este cuidado cuando se integran elementos de calidad, racionalidad tecno-científica, normas vigentes, eficiencia y eficacia; es decir, cuando se brinda «el mejor cuidado al mejor costo», para lo cual la asignación de recursos debe también ser equitativa y acorde con las necesidades de la población. Stenberg *et al*⁴³ dicen que mejorar la calidad del cuidado y proveer el aumento del gasto sanitario en solo 5 dólares por persona, desde este momento hasta el año 2035, en los 74 países que registran el mayor porcentaje de muertes maternas e infantiles, podría aportar beneficios económicos y sociales por un valor nueve veces superior. Estos beneficios incluyen un mayor producto interno bruto (PIB), mediante la mejora de la productividad, y la prevención de las muertes innecesarias de 147 millones de niños, de 32

millones de nacidos muertos y de 5 millones de mujeres.

2.5 EVITAR LA MALEFICENCIA

La evidencia demuestra que existen prácticas realizadas en el momento del parto, que afectan al binomio madre-recién nacido. En el modelo obstétrico actual, dice Magnone⁴⁴, aún se realizan prácticas inefectivas o dañinas y se constatan violaciones a los derechos de las mujeres y sus entornos afectivos; por ejemplo, el atentar contra la libertad de movimiento y hablar a la mujer en actitud displicente. Las normas vigentes establecen unos criterios mínimos para prestadores de servicios de salud; sin embargo, algunas instituciones no han adoptado las guías, manuales técnicos y protocolos establecidos para los diferentes procedimientos o, en algunos casos, no se adhieren a ellos.

Los estándares de calidad son violados y se realizan acciones fútiles o dañinas, como el pinzamiento inmediato del cordón, lo que causa carencia de hierro y anemia durante la primera mitad de la lactancia, a pesar de que hay cada vez más pruebas de que el pinzamiento tardío del cordón es beneficioso para el recién nacido, porque mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros durante las primeras 24 horas de vida como lo reconocen por ejemplo la OMS⁴⁵, McDonald *et al.*⁴⁶ y Ceriani

⁴² PROFAMILIA. *Derechos sexuales y reproductivos*. [En línea]. [Fecha de consulta 25 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.profamilia.org.co/avise/derechos2.php>

⁴³ STENBERG, K., *et al.* «Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new global investment framework». *On Behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's Children's Health*. 2013. *The Lancet* -12 April 2014 (Vol. 383, Issue 9925, Pages 1333-54).

⁴⁴ MAGNONE ALEMÁN, Natalia. *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización*. Presentado en las IX Jornadas de Investigación de la facultad ciencias sociales, Udela R, Montevideo. 2010. [En línea] [Fecha de consulta 25 de agosto de 2014]. Disponible en http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf

⁴⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes*. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de septiembre de 2014]. Disponible en http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/

⁴⁶ MCDONALD, S. J., *et al.* *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. N.º CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

*et al.*⁴⁷. También, se realizan acciones nocivas como alejar al recién nacido de su madre después del parto, lo que causa, según Hutton y Hassan⁴⁸, disminución de receptores GABA en el recién nacido y rompe el vínculo afectivo, con las implicaciones que esto acarrea.

La disminución de intervenciones dañinas, según Family Care International⁴⁹ se puede evitar aproximadamente un 4 % de la carga por enfermedad de un país, y entre el 20 % y el 80 % de las muertes maternas y neonatales, teniendo en cuenta las condiciones nacionales específicas. Esto lleva a reflexionar sobre el impacto de las intervenciones aplicadas por el equipo de salud, las cuales generan, en algunos casos, daños a corto y largo plazo, no solo al binomio madre-hijo, sino que impone una carga de mayores cuidados y costos a su familia. Las enfermeras y demás personal del equipo de salud, pueden mejorar la calidad del cuidado, lo cual implica evitar hacer daño, realizando las funciones siguientes:

Mejorar las guías de prescripción, la información, la formación y la práctica en materia de prescripción, formar a las personas y las comunidades sobre la detección y la vigilancia de los medicamentos falsos, desarrollar e implementar guías de mejores prácticas clínicas basadas en la evidencia, implementar el desplazamiento de tareas y otras formas de combinar las habilidades con las necesidades, observar y defender los procedimientos de

control de infecciones, mejorar los estándares de higiene en los hospitales, proporcionar más continuidad en los cuidados, realizar más auditorías clínicas, monitorizar el desempeño del hospital y utilizar los datos para guiar las decisiones clínicas, reducir las cargas administrativas, evaluar e incorporar a las políticas evidencia sobre los costos y la repercusión de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones en materia de formulación de políticas⁵⁰.

Estas acciones permitirán evaluar las intervenciones y realizar planes de mejoramiento de acuerdo a resultados y retroalimentar el proceso para promover la calidad y evitar el daño.

3. DISCUSIÓN

Family Care International⁵¹ plantea ciertos elementos que son eficaces para aumentar la atención calificada durante el parto y reducir la mortalidad materna, por ejemplo: a) definir indicadores de referencia nacional; b) elaborar políticas nacionales que garanticen el derecho de toda mujer a la atención calificada; c) implementar estrategias nacionales para capacitar y actualizar al personal; d) establecer normas y directrices nacionales; e) invertir en medidas concretas, y, f) incorporar intervenciones claves para salvar vidas.

Valenzuela, Uribe y Contreras⁵², consideran que a pesar del avance de la ciencia, en algu-

⁴⁷ CERIANI CERNADAS, J. M. *et al.* *The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial.* 2006. [En línea]. [Fecha de consulta 26 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16567393>

⁴⁸ HUTTON, EK y HASSAN, ES. *Late vs. Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials.* JAMA.2007;297(11):1241-1252. [En línea]. [Fecha de consulta 26 de agosto de 2014]. Disponible en <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=206143>

⁴⁹ FAMILY CARE INTERNATIONAL, *La atención calificada durante el parto, Recomendaciones para políticas.* Op cit., p. 5.

⁵⁰ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos.* Suiza, 2015. [En línea]. [Fecha de consulta 7 de marzo de 2015]. Disponible en http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_2015_Sp.pdf

⁵¹ FAMILY CARE INTERNATIONAL. Op. cit.

⁵² VALENZUELA MUJICA, María Teresa; URIBE TORRES, Claudia y CONTRERAS MEJÍAS, Aixa. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. Index Enferm, Granada, v. 20, N.º 4, dic. 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de abril de 2015]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1132-12962011000300007&lng=es&nrm=iso>.

nos casos se presentan intervenciones innecesarias, medicalización y uso de tecnología en forma desproporcionada, lo que interfiere con el proceso natural que se debe dar en este período pero, sobre todo, se nota la ausencia de la participación activa que se debe permitir a la mujer; todo lo cual requiere análisis ético. «La interacción de la investigación y el desarrollo tecnocientíficos continuos y sus aplicaciones en los seres humanos con la evolución multicultural en la sociedad actual, plantea problemas para la bioética que requieren reflexiones y deliberaciones plurales y pluridisciplinarias»⁵³.

Durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres, entendiendo esta última, como la autolegislación que «cuando no se respeta la autonomía significa ver a la persona como un medio y no como un fin en sí misma»⁵⁴, lo cual no dignifica, sino que violenta la integridad personal. Chalmers⁵⁵ considera que en el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud, especialmente en áreas lejanas y en grupos sociales especiales.

Estas prácticas, dice el Ministerio de la Protección Social⁵⁶, contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna, y «tanto la no maleficencia como la justicia, son expresiones de un principio general extraído de la formulación de R. Dworkin: “todos los seres humanos deben de ser tratados con igual consideración y respeto”. Por ese motivo, cuando esto no se cumple y se hace daño en la vida social, se comete una injusticia. Asimismo, si el daño se realiza en la vida biológica, se vulnera el principio de no-maleficencia»⁵⁷.

La relación del equipo de salud con la madre y su recién nacido debe contener elementos de calidad de cuidado y ejercicio ético. La aplicación de principios basados en el mejor conocimiento, la capacidad técnica y científica, la capacidad financiera e institucional, y la conciencia de estar frente a un ser humano con necesidades y riesgos, especialmente en la etapa del parto y el posparto.

4. CONCLUSIONES

La salud de la madre y su recién nacido se ha mantenido en el tiempo como un evento de alto impacto social por sus riesgos e índices de morbimortalidad; por tanto, se han establecido medidas para asegurar un cuidado según las necesidades del macro- y microcontexto, como asignar personal calificado, mejorar el acceso a los servicios de salud, educar a la comunidad,

⁵³ ESCOBAR TRIANA, Jaime. «La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología». En *Revista colombiana de Bioética*. Vol. 4(2): 15-51. Bogotá: Universidad El Bosque, diciembre de 2009.

⁵⁴ URREA MORA, Fanny. «Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género». En *Revista colombiana de Bioética*. Vol. 7(2): p.100. Bogotá: Universidad El Bosque, diciembre de 2012.

⁵⁵ CHALMERS. 1977. Citado por COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Guía Técnica «Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud». Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo*. Marzo 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

⁵⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Guía Técnica «Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud». Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo*. Marzo 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

⁵⁷ QUINTANA, C. «D. Gracia: Fundamentos de bioética» [En línea]. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2013/02/dgracia-fundamentos-de-bioetica.html>

así como el establecimiento de normas nacionales e internacionales que mejoren la calidad del cuidado, las cuales incluyen humanizar la atención como elemento relevante requerido en la relación del equipo de salud con la madre y su recién nacido.

El período de trabajo del parto, parto y posparto, requieren de una labor vigilante y cuidadosa por parte del personal de salud hacia la madre, su recién nacido y su familia. Esta labor debe incluir prácticas de cuidado basadas en evidencia científica con aplicación visible de los principios bioéticos, en los cuales se privilegie el papel protagónico de la madre, así como las intervenciones eficientes y eficaces que incluyen apoyo emocional, espiritual y de información, que promuevan la calidad y seguridad.

Se deben fomentar prácticas beneficiosas que apunten al logro de la mejor calidad de salud materna e infantil; por ejemplo, permitir la movilidad sin restricciones durante el trabajo de parto normal; posibilitar la posición deseada por la madre al momento del parto; promover el alojamiento conjunto; facilitar el acompañamiento de un ser querido; utilizar anestesia y cesáreas solo en casos excepcionales; retomar los cuidados esenciales teniendo en cuenta que la fisiología del parto y posparto son procesos naturales que solo se «cuidan», no se «curan».

Esto implica la necesidad de un cuidado centrado en la mujer, su hijo por nacer y su familia, ya que todos poseen un entorno cultural único e individual, y que cada ser humano tiene sus propias necesidades, por esto se les debe tratar con un enfoque diferencial, en el marco de sus derechos y el ejercicio de su autonomía.

Se debe evaluar de manera continua la necesidad real de intervenciones de alta complejidad, atención especializada y/o remisión a otras instituciones, para prevenir riesgos o demoras

en la atención. Asimismo, se debe trabajar en la formación de profesionales con elementos científicos, técnicos, éticos y legales, que promuevan el cuidado integral, pero, sobre todo, con la aplicación de intervenciones que den el mayor beneficio a las madres y sus recién nacidos, y que le permitan ejercer su autonomía y disminuir los riesgos.

Bibliografía

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Planned Home Birth. Pediatrics 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de septiembre de 2014]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/04/24/peds.2013-0575.full.pdf>
2. ANTACLE, Alberto, *et al.* «Maternidad centrada en la familia: ¿las madres son actrices protagónicas o de reparto?» *Archivos de Medicina Familiar y General*. Vol. 3 N.º 1, pp. 25-31. Bahía Blanca (Arg): Departamento Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. 2006. [En línea]. [Fecha de consulta 28 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/34/34>
3. BARBOSA DA SILVA, Flora Maria *et al.* «Prácticas para estimular el parto normal». *Revista Index Enferm*. Vol. 20, N.º 3, 2011, pp. 169-173. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007&lng=es&nrm=iso
4. BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
5. BEJARANO, Nancy L. «El cuidado como elemento socializador», en PINTO, Natividad. (Coord). *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2000. [En línea]. [Fecha de consulta 8 de septiembre de 2014]. Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/01.pdf>
6. BERGHELLA, V., BAXTER, J. K., y CHAUHAN, S. P. *Abstract Evidence-based labor and delivery management*. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(5):445-454 [en línea] [consultada el 24 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18984077>

7. BOHÓRQUEZ GAMBA, Onaidy *et al.* «Seguimiento de enfermería a la madre y recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias». En *Rev av enferm.* XXVII (2): 139-149, 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a14>
8. CENETEC. *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de alto riesgo. Evidencias y recomendaciones.* 2014. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de septiembre de 2014]. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf
9. CERIANI CERNADAS, J. M. *et al.* *The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial.* 2006. [En línea]. [Fecha de consulta 26 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16567393>
10. CHALMERS. 1977. Citado por COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Guía Técnica «Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud». Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo.* Marzo 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
11. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y su régimen disciplinario. Diario oficial. Bogotá, D. C., 2004. N.º 45693, art. 9.
12. COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento Conpes 140 DNP de 28 de marzo de 2011. Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015. [En línea]. [Fecha de consulta 9 de agosto de 2014]. Disponible en http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0140_2011.htm
13. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Guía Técnica «Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud». Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo.* Marzo 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
14. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2013.* [En línea]. [Fecha de consulta 8 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>
15. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. CINETS. *Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.* 2013, p. 21. [En línea]. [Fecha de consulta 8 de agosto de 2014]. Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>
16. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos.* Suiza, 2015. [En línea]. [Fecha de consulta 7 de marzo de 2015]. Disponible en http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_2015_Sp.pdf
17. ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. FAMILY CARE, USAID. *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto.* 2007. [En línea]. [Fecha de consulta 29 de septiembre de 2014]. Disponible en http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnack045.pdf
18. ESCOBAR TRIANA, Jaime. «La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología». En *Revista colombiana de Bioética.* Vol. 4(2): 15-51. Bogotá: Universidad El Bosque, diciembre de 2009.
19. ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Guías de práctica clínica en el SNS. España, 2010.* [En línea]. [Fecha de consulta 2 de octubre de 2014]. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
20. FAMILY CARE INTERNATIONAL. «La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas». 2003. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.family-careintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>

21. GÁLVEZ, F. *Sin miedo y sin estrés*. Entrevista a Michel Odent. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.paula.cl/entrevista/parto-sin-miedo-y-sin-estres/>
22. GAVILÁN MARTÍNEZ, Diana y VÉLEZ GONZÁLEZ, Martha. *Vivencias de las mujeres que transcurren su proceso de atención de parto y cuidado posparto con compañía y sin ella bajo el cuidado de enfermería*. 2009. Trabajo de grado. Enfermera. Bogotá: Universidad Javeriana. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis12.pdf>
23. GAYESKI, M., y BRÜGGEMANN, M. *Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la Posición vertical y horizontal*, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009. 17(2). [En línea] [Fecha de consulta 23 de agosto de 2014]. Disponible en www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_03.pdf
24. GOBERNA Josefina. «Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso del parto». *ENE Revista de Enfermería*. Vol. 6 No. 1, pp. 71-78. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de julio de 2014]. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bits-tream/2445/32551/1/615067.pdf>
25. GOBERNA, Josefina *et al.* «Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de la mujeres». *Profesión Matronas*. Vol. 9 No. 1, pp. 5-10. 2008. [En línea]. [Fecha de consulta 29 de julio de 2013]. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6692/173/tecnologia-y-humanizacion-en-la-asistencia-al-nacimiento-la-percepcion-de-las-mujeres>
26. HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: Vrin-Universidad El Bosque, 2007.
27. HUTTON, EK y HASSAN, ES. *Late vs. Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials*. *JAMA*. 2007; 297 (11):1241-1252. [En línea]. [Fecha de consulta 26 de agosto de 2014]. Disponible en http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?arti_cleid=206143
28. JUNTA DE ANDALACÍA. *Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal*. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://www.perinatalandalucia.es/>
29. KEMP, Emily *et al.* «Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia». *Cochrane Database of systematic Reviews* 2013, Issue 1. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de septiembre de 2014]. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub2/full>
30. MAGNONE ALEMÁN, Natalia. *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización*. Presentado en las IX Jornadas de Investigación de la facultad ciencias sociales, Udelar R, Montevideo. 2010. [En línea] [Fecha de consulta 25 de agosto de 2014]. Disponible en http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf
31. MAMEDE, F. V., MAMEDE, M. V., y GEROMEL DOTTO, L. M. *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(2):331-336.
32. MCDONALD, S. J., *et al.* *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. N.º CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
33. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Seguimiento a los objetivos del Milenio. 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de noviembre de 2014]. Disponible en http://www.min.salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/ODM_Boletin_seguimiento_ODM%20salud.pdf
34. MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C. y BERGMAN, N. «Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos» En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 N.º 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.update-software.com>.
35. OPS, TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL. *AIEPI Neonatal, Intervenciones basadas en evidencia*. En *el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño*. 2.ª ed. Washington, D. C., 20037. 2010.
36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes*. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de septiembre de 2014]. Disponible en http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/
37. OVALLE GÓMEZ, Constanza; «Autonomía como condición esencial de la dignidad humana y fundamento del consentimiento informado». *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 4 N.º 2, p. 243. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de agosto de 2014].

- Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189_214316011
38. PARADA RICO, Doris *et al.* «Programa de extensión: cuidado en casa a las adolescentes egresadas del HUEM y a su recién nacido, año 2012». *Revista Ciencia y cuidado*. Volumen 10(2). 2013.
 39. PROFAMILIA. *Derechos sexuales y reproductivos*. [En línea]. [Fecha de consulta 25 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.profamilia.org.co/avise/derechos2.php>
 40. QUINTANA, C. «D. Gracia: Fundamentos de bioética» [En línea]. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://www.bioetica-desdeasturias.com/2013/02/dgracia-fundamentos-de-bioetica.html>
 41. RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE EL NACIMIENTO. DECLARACIÓN DE FORTALEZA 1985. Tecnología apropiada para el parto. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.unizar.es/mednaturista/Tratamientos/recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf>
 42. ROCHA, Ims. *Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação*. [dissertação de Mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de agosto de 2014]. Disponible en <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-21032007-164206/pt-br.php>
 43. SEOANE José. «Bioética y humanización del parto». En *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto* (2010. A Coruña), 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de octubre de 2014]. Disponible en http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/9096/1/CC_119-art6.pdf
 44. STENBERG, K., *et al.* «Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new global investment framework». *On Behalf of the Study Group for the Global Investment Framework for Women's Children's Health*. 2013. *The Lancet* - 12 April 2014 (Vol. 383, Issue 9925, Pages 1333-54).
 45. SUÁREZ P., EUGENIO & OYARZÚN E., ENRIQUE. 2007. «Atención del parto y reforma de la salud». *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(3), 137-8. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de abril de 2014]. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717-75262007000300001&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262007000300001>
 46. TESSIER, E. *et al.* «Cesárea humanizada». En *Progresos de obstetricia y ginecología*. Vol. 56. N.º 2. Febrero 2013. [En línea]. [Fecha de consulta 24 de octubre de 2014]. Disponible en <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0304501312001161>
 47. TUMBLIN, A., y SIMKIN, P. Citado por BRAVO V., Paulina; URIBE T., Claudia y CONTRERAS M., Aixa. «El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres». En *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2008, vol.73, N.º 3, pp. 179-184. [En línea]. [Fecha de consulta 14 de agosto de 2014]. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007&lng=es&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>.
 48. URREA MORA, Fanny. «Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género». En *Revista colombiana de Bioética*. Vol. 7(2): p.100. Bogotá: Universidad El Bosque, diciembre de 2012.
 49. VALENZUELA MUJICA, María Teresa; URIBE TORRES, Claudia y CONTRERAS MEJÍAS, Aixa. *Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno*. Index Enferm, Granada, v.20, N.º 4, dic. 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de abril de 2015]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300007&lng=es&nrm=iso.
 50. VIVANCO, María L. «Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS». *Revista Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster*. Volumen 1 N.º 2, pp. 275-299. Madrid, 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de abril de 2013]. Disponible en <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44>
 51. ZAMARRIEGO, José, *et al.* «Un nuevo escenario asistencial». *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 52 No.11, pp. 653-67. 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de octubre de 2013]. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid=13145209&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=151&ty=97&accion=L&zorigen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v52n11a13145209pdf001.pdf