



## Siglo XXI ¿Parto humanizado?

Entender el parto como un proceso exclusivamente médico que le garantiza seguridad al binomio madre/hij@, olvidando que, en realidad, primariamente, se trata de un evento doméstico y familiar, es una de las causales que han llevado a la deshumanización del parto y que, en muchas ocasiones, derivan en acciones que constituyen violencia obstétrica. Ello, sin desconocer que la intervención médica ha reducido notablemente la mortalidad materna/infantil.

La estandarización del modelo de atención por parte del personal de la salud para con la persona gestante (por ejemplo: exceso de medicalización, patologización e intervenciones, prácticas innecesarias, etcétera) ha forzado a la mujer a una subordinación con relación a los médicos, limitando, entre otros, sus derechos a ser informada, a decidir y elegir libremente.

Para mejor comprender lo que aquí se expone, y para, quizás, arribar a alguna conclusión, se seguirá un orden cronológico. Véase.

La llamada Declaración de Fortaleza (1985), organizada por la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas, bajo el lema *“El nacimiento no es una enfermedad”*, concluyó con una serie de Recomendaciones generales que sostienen que: *“toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera; la formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos*



*sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto; la formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.” También concluyó con Recomendaciones específicas que indican que: “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; el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional; el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible; la observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre ... cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo; la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas ... debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto, no nos encontraríamos todos nosotros tratando de encontrar cada día mejores formas para erradicar esa modalidad de violencia.”.<sup>1</sup>*

La denominada Declaración de Ceará (2000) reforzó la idea del parto y nacimiento respetado, al señalar que: “La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminales, envejecientes, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza. El

---

<sup>1</sup> <https://bit.ly/3YeqHTb>



*parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.”.*<sup>2</sup>

En el año 2001, la Oficina Regional de la OMS para Europa elaboró 10 principios que deberían ser considerados en el Cuidado Perinatal en el futuro. En ellos se establece que: El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.

---

<sup>2</sup> <https://bit.ly/40nfyRK>



5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

La OMS, en el año 2018 actualizó sus *“Recomendaciones - Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.”* (Número de referencia OMS: WHO/RHR/18.12)<sup>3</sup>, disponiendo 34 acciones recomendadas a seguir y 22 a no implementar en todo el proceso de: **a.** Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento; **b.** Período de dilatación; **c.** Período expulsivo; **d.** Alumbramiento; **e.** Atención del recién nacido; y **f.** Atención de la mujer tras el nacimiento.

Sus primeras dos Recomendaciones son las siguientes. **1.** *“Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de*

---

<sup>3</sup> <https://bit.ly/3Jz39RQ>



*manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.”; y 2. “Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.”.*

El documento A/74/137 de Naciones Unidas (11 de julio de 2019)<sup>4</sup>, “Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”, señala que:

*“9. El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos ... y en otros contextos de salud sexual y reproductiva.”.*

---

<sup>4</sup> <https://bit.ly/2m9lmi1>



*“30. Las mujeres también han denunciado una falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida...”.*

*“31. Muchas mujeres procedentes de diferentes partes del mundo han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud. Solo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios. Especialmente se han destacado las observaciones sexistas y ofensivas...”.*

*“46. Los nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer. Estos estereotipos surgen de sólidas convicciones religiosas, sociales y culturales y de las ideas sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad. Estos estereotipos nocivos se justifican además con la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer. A las mujeres se les dice que estén felices por tener un niño sano, sin valorar en ningún momento su salud física ni su equilibrio emocional.”.*

*“49. La dinámica del poder, en la relación entre el centro de salud y los pacientes, es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen, básicamente, de la información y la atención del centro de salud.*



*Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto.”.*

Ahora bien, en el ámbito nacional, en concomitancia con lo dispuesto por las Leyes N° 25.929 y N° 26.485, desde la hermenéutica, deben tenerse presente: **a.** el documento “MATERNIDAD Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural - conceptualización e implementación del modelo-”<sup>5</sup>, elaborado por UNICEF y Ministerio de Salud de la Nación (2012); y **b.** la “Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia”<sup>6</sup> (actualizada, 2010), oportunamente aprobada por Resolución N° 647/2003 del Ministerio de Salud de la Nación.

El documento referenciado en **a.** expresa que: *“Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de*

---

<sup>5</sup> <https://uni.cf/3As4jeB>

<sup>6</sup> <https://bit.ly/3CzdooE>



*los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN [Hospital Amigo de la Madre y el Niño], que promueve fuertemente la lactancia materna.” (pág. 11).*

Y la Guía referida en **b.** expone que: “Esta Guía está destinada a los Equipos de Salud que asisten a mujeres y recién nacidos sanos durante el período perinatal. Estos equipos pueden estar conformados, de manera ideal, en forma multi e interdisciplinaria por: Obstétricas; Médicos/as tocoginecólogos y neonatólogos; Médicos/as pediatras entrenados en neonatología; Médicos/as generalistas entrenados en obstetricia y pediatría; Enfermeros/as; Psicólogos/as, Asistentes Sociales, Sociólogos/as, Nutricionistas, etc.” (pág.11). Y agrega: “Hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia ... A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20% del total). Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, significó la incorporación en Hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos ... El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros



actores sociales ... El Equipo de Salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias. Se consideró conveniente 'gobernar o dirigir' el parto, aun los normales, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando, como rasurado perivulvar/perineal, enemas, venoclisis, episiotomías rutinarias y parto en posición horizontal. El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc.) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales. En resumen, se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados y subordinados por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones ... Pero en nuestro país y en el mundo, desde hace varios años, comienzan a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia ... El concepto de Maternidades centradas en la familia presupone un proceso de empoderamiento de la familia. Los Equipos de Salud deben reconocer que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido por lo que deben ser informados, facilitar su participación, involucrarlos en las actividades, destinarles áreas específicas y respetar sus decisiones y prioridades. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia." (págs. 15/6).



Así entonces, *“Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la madre y su producto de la concepción sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. Es un concepto que requiere para su entendimiento de un cambio en la actitud y paradigmas de quien asiste a las mujeres que están pariendo. Humanismo como actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos, significa valorar de forma holística al ser humano y la condición humana. En este sentido, se relaciona con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas. Al analizar el significado que lo humano es ser compasivo, piadoso, tierno, comprensivo y que el acto de humanizar es la acción de ablandar, suavizar, apiadarse, la humanización del cuidado y la atención llevan consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por tanto, deben tenerse en cuenta sus individualidades. Los autores asumen el humanismo como la actitud indispensable para el logro de la atención integral a la mujer durante el parto.”* (“El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer”<sup>7</sup>, publicado en Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, vol.44 n°.3 Ciudad de la Habana, jul.-set. 2018).

No hay dudas que en el siglo XXI no puede seguir realizándose, referida sólo a modo de ejemplo, la maniobra de Kristeller, pero ocurre, pese a las reiteradas recomendaciones que en sentido contrario ha formulado la Organización Mundial de la Salud (OMS); y siguen, y son habituales, y son recurrentes, y se quejan, pero siguen, continúan, y nadie pone coto a tamaña salvajada: niños y niñas nacen con graves lesiones a

---

<sup>7</sup> <https://bit.ly/40oyEXF>



consecuencia de esa práctica; pero no importa, siguen sentándose sobre la panza de la mujer a riesgo de lesionar a la persona por nacer.

Sin embargo, la realidad es que se vislumbran cambios en la atención del parto, teniendo en cuenta que desde hace años ha surgido la inquietud de dar solución al problema de la mujer en trabajo de parto y parto, privilegiándose la voluntad de la parturienta por sobre las indicaciones o protocolos médicos, de modo que aquél se desarrolle de la manera más natural posible.

Es un concepto que requiere, para su entendimiento, de un cambio en la actitud de quienes asisten a las mujeres que están pariendo. *“Este viejo y nuevo paradigma requiere de profundas transformaciones sociales: por un lado, de las mujeres y hombres que deciden ser padres a los que se les requiere empoderarse y ser protagonistas de su embarazo y del proceso de parto y nacimiento. Mujeres y hombres que puedan reaprender a escuchar su cuerpo, a permitirse pasar por la incertidumbre de los tiempos naturales, mujeres y hombres que adquieran un rol activo y que puedan interpelarse sobre sus propios saberes y elecciones en una sociedad medicalizada y en donde la intervención, como en el caso del nacimiento por cesárea, pasa a ser por su frecuencia la norma. Dicho paradigma está pensado y se trabaja para que las mujeres puedan conectarse con su cuerpo y con la sexualidad del embarazo, para mujeres y hombres que acompañados por equipos de salud puedan transitar el proceso de parto y nacimiento desmenuzando las diferencias entre el dolor del parto real y tolerable, pero que nunca debe ser sufrimiento.”* (Propuesta



de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos<sup>8</sup>; Maternidad Estela De Carlotto. Moreno, Buenos Aires, año 2016).

Sin dudas, el camino a recorrer será arduo, aunque anima la realidad una publicación del 17 de marzo de 2019, titulada *“Parto respetado con cobertura médica: en una clínica platense podrá elegirse cómo parir”*<sup>9</sup>, que informa lo siguiente: *“El Programa de Nacimientos No Intervenidos es desarrollado en el Instituto de Diagnóstico de La Plata y todas las prácticas serán cubiertas por las obras sociales. Si no se detectan riesgos, el equipo interdisciplinario garantiza que el evento fisiológico se realice sin interferencias, porque parten de la concepción de la persona gestante y su bebé como soberanos de la escena ... A oscuras, en una pileta, en cuclillas, parada o sentada sobre el banquito especial. La elección de la forma de parir en un centro de salud será un hecho en la ciudad y contará con cobertura médica. Lo que hasta entonces era un privilegio de clase, será accesible de la mano del PRONaNI: el Programa de Nacimientos No Intervenidos del Instituto de Diagnóstico de La Plata.”*

Y, agrega *“En Argentina desde el 2004 que existe la Ley Nacional de Parto Humanizado [pero] ... los establecimientos médicos no cuentan con la infraestructura necesaria o no velan por el cumplimiento de la ley. En La Plata no existe un lugar que siga estas premisas y en el país son escasas las instituciones de salud que tengan a los partos fisiológicos como una política central. En ese sentido, el Hospital Austral es una clínica modelo en los partos seguros sin intervención, como La Trinidad de Ramos*

---

<sup>8</sup> <https://bit.ly/3l2oFad>

<sup>9</sup> <https://bit.ly/2TEInvo>



*Mejía. En el sistema público, la Maternidad Carlotto de Moreno [10] y el Hospital Carrillo de Mendoza son referencias, mientras que en Tucumán hay otro sanatorio que se dedica a las prácticas humanizadas, aunque saturado por la importante demanda.”.*

Corolario: así como ha sostenido el filósofo griego que “El movimiento se demuestra andando”, resulta fundamental que el personal de la salud que atiende partos y nacimientos, redefina su participación en ese proceso, que devuelva a la parturienta el rol protagónico que jamás debió haber perdido, y que cumpla, como mínimo, con las 56 Recomendaciones de la OMS, particularmente, brindándole a la mujer una atención respetuosa, asegurando un trato adecuado, y una comunicación efectiva que le permita tomar una decisión informada durante el trabajo de parto y el parto. Todo ello, en beneficio de lograr una “experiencia de parto positiva”.

Asesoría Legal y Técnica  
Febrero de 2023

\*\*\*\*\*

---

<sup>10</sup> <https://bit.ly/3JxpNNv>