

Una concepción integral del parto humanizado en Cuba

A Holistic Concept of Humanized Childbirth in Cuba

Lareisy Borges Damas,¹ Rolando Sánchez Machado,² Roberto Domínguez Hernández,³ Arahi Sixto Pérez³

¹ Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa, Cuba.

² Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Artemisa. Cuba.

³ Facultad de Ciencias Médicas 10 de octubre. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: El sistema de salud cubano ha logrado bajos índices de mortalidad materna e infantil, lo que constituye un logro tanto para el sistema de salud como para el sistema socioeconómico; pero al tomar en consideración que el parto establece el principio de la vida, su humanización constituye una necesidad inaplazable.

Objetivo: caracterizar el parto humanizado en Cuba.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos. La búsqueda fue realizada en las bases de datos SciELO y Google académico. Tras la identificación de los estudios preseleccionados, se llevó a cabo la lectura de los títulos, resumen y palabras clave, comprobando la pertinencia con el estudio.

Conclusión: De este análisis teórico surgen presunciones con relación al proceso de parto en el contexto de las maternidades cubanas, donde existen profesionales de la salud con un nivel científico y un dominio tecnológico elevado para garantizar un resultado satisfactorio en el binomio madre-hijo pero se precisa la inclusión del componente humanizador e integral.

Palabras clave: parto humanizado; atención; mujer; equipo de salud.

ABSTRACT

Introduction: The Cuban health system has achieved low rates of maternal and infant mortality, which is an achievement of both the health system and the socioeconomic system; but when taking into consideration that childbirth constitutes the beginning of life, its humanization constitutes an unplayable need.

Objective: To characterize humanized childbirth in Cuba.

Methods: We carried out a systematic bibliographic review to grow a reflexive critical analysis of the content of documents in SciELO and Google academic databases. After the identification of the pre-selected studies, we studied titles, abstracts and

keywords for verifying the relevance for our study.

Conclusion: This theoretical analysis brings assumptions regarding the birthing process in the context of Cuban maternity wards where health professionals with high scientific level and high technological expertise domain to guarantee a satisfactory result in the mother-child binomial but inclusion of the humanizing and integral component is required in order to provide better quality care.

Keywords: humanized, childbirth, assistance, woman, health team.

INTRODUCCIÓN

La atención humanizada del parto y el nacimiento se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas y en los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo.¹ Durante el siglo XX, la falta de confianza en la naturaleza y el exceso de confianza médica en la tecnología llevaron a la aplicación de una serie de prácticas que caracterizaron la Obstetricia moderna e influyeron en alejar al parto de su esencia natural.²

Los profesionales de salud involucrados en el proceso de parto, se han centrado durante los últimos dos siglos en "tecnocratizar" la atención brindada, cuyos resultados han sido una disminución en las tasas de mortalidad materna e infantil.^{3,4} Sin embargo, a partir de algunas décadas atrás, numerosas iniciativas y políticas públicas internacionales y recientemente nacionales, han intentado dar un vuelco a esta tendencia, tratando de humanizar la atención en salud desde el nacimiento.^{3,5}

El sistema de salud cubano ha logrado bajos índices de mortalidad materna e infantil que lo ubican dentro de los primeros países a nivel mundial en exhibir estas cifras, lo que constituye un logro tanto para el sistema de salud como para el sistema socioeconómico; pero al tomar en consideración que el parto establece el principio y el punto de partida de la vida, su humanización constituye una necesidad inaplazable, razón por lo que la presente investigación tiene como objetivo caracterizar el parto humanizado en Cuba que permita desplegar los horizontes profesionales del equipo de salud que atiende el parto.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, donde se consideraron tesis de doctorado, de maestría, artículos originales y de revisión. Se utilizaron como palabras clave: parto, humanizado, atención, mujer, equipo de salud siendo estas identificadas a través de DECs o de MeSH. Iniciamos la búsqueda en libros de autores cubanos publicados digitalmente en la Biblioteca Virtual de Salud. Posteriormente, la búsqueda se efectuó de manera digital en los sitios de SciELO Cuba y SciELO Regional, así como a través de Google Académico donde se visitó sitios web referentes al tema. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: artículos en español e inglés disponibles en los portales de datos seleccionados que presentaban adherencia a la

temática. Los criterios de exclusión fueron las pesquisas que se encontraron repetidas en las bases de datos. La traducción fue realizada por los autores. No hubo distinción en cuanto a la fecha de publicación de los artículos. La búsqueda de la información comenzó en julio del 2017 hasta septiembre del mismo año. No se reportan conflictos de intereses.

Recorrido histórico del nacimiento en Cuba

Entre las referencias anteriores al siglo XX sobre el proceso reproductivo, Fray Bartolomé de las Casas, en *Historia de las Indias*, refiere que las aborígenes, se multiplicaban mucho, no dejaban de trabajar durante el embarazo y los dolores durante el parto eran pocos e insensibles. Coincide la descripción del Obispo de Chiapas, quien, además, agrega que después de lavar en el río a la criatura le daban leche a beber y regresaban a sus oficios.⁶ El Padre de las Casas, también refiere que eran frecuentes los partos de gemelos y que se hacían con prontitud y facilidad.⁷

Ancheta Niebla expone que en Cuba después de finalizada la conquista el doctor Le Roy Cassá en sus apuntes para la historia de la Obstetricia en Cuba, hace referencia al asombro del Padre Bartolomé de las Casas sobre la particularidad y sencillez con que la mujer india paría. Destaca además a los doctores Pérez Beato y Delgado García en su referencia a mujeres que se dedicaban a curar o auxiliar a las parturientas. La primera referencia documental sobre estas mujeres, correspondió a "la comadre de parir" María Hinojosa, que bautizó a un niño el 13 de agosto de 1593.⁸

En 1711 se inauguró en La Habana, en la Casa de Niños Expósitos o Casa Cuna, una sala de Partos Secretos para asistir a madres solteras sin recursos económicos suficientes que ingresaban de manera oculta para parir y dejar al recién nacido en la institución.³

En 1728 con la fundación de la Real y Pontificia Universidad San Jerónimo en La Habana, egresan eminentes médicos como el Dr. Domingo Rosain Castillo que llevara por primera vez el arte de parrear a la docencia a través de un libro redactado el 12 de julio del 1827, titulado: Examen y cartilla de parteras, teórico/práctico. El 7 de julio del 1828 se inaugura, a consecuencia de la salida de este texto y a solicitud del propio médico, la academia para parteras en el Hospital de San Francisco de Paula, con carácter gratuito y apoyada por el Obispo Espada.⁹

A pesar de ello, en el Libro de Actas de la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba (1877 - 1891), no se hace referencia a los embarazos, partos, ni a la atención a estos, solo se menciona a San Ramón como el protector de los partos. Durante el siglo XIX se generó un movimiento eugenésico en función del "mejoramiento de la raza", que incluyó la creación de medidas sanitarias encaminadas especialmente a defender la maternidad y la niñez.^{3,10}

El 2 de mayo de 1939, un grupo de obstetras y ginecólogos que ejercían en La Habana lograron constituir la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia en el Gobierno Provincial, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Asociaciones, entonces vigente. En la actualidad, esta ilustre Sociedad permanece activa y fortalecida con los objetivos de promover el desarrollo de la Ginecología y la Obstetricia, su enseñanza y sus aplicaciones, para contribuir a la salud reproductiva de la mujer cubana.¹¹

En general es escasa la información sobre la situación de salud antes de 1959, salvo algunas referencias publicadas en los Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Entre las noticias relacionadas con la atención al proceso reproductivo se destacan dos: la creación a finales de la década de 1940 de una sala de cuatro camas con el nombre

de Hogar Materno, en el Hospital de Maternidad "América Arias" de La Habana, y el aumento de los partos en el mencionado hospital en el año 1958. En la década del 50 la situación de la madre embarazada en Cuba estaba matizada por los elevados índices de mortalidad, la escasez de tratamiento especializado y de centros asistenciales.^{3,12}

El nacimiento en Cuba fue atendido mayoritariamente por las comadronas. Las mismas existieron en Cuba tanto en la zona rural como urbana y eran conocidas popularmente y, se mantuvieron sobre todo, en las montañas orientales hasta el 1959. Tras el triunfo revolucionario cubano y el surgimiento del Sistema Nacional de Salud (1960) fueron incorporadas como trabajadoras de las unidades rurales de servicios que se creaban. Se erradicó, de esta manera, la práctica empírica en la atención del parto en Cuba y desaparecieron los partos domiciliarios realizados por la figura centenaria de las comadronas.¹³ El 16 de octubre de 1959 se crea la Carrera Sanitaria para médicos, estomatólogos, veterinarios, ingenieros sanitarios, farmacéuticos, enfermeras y educadores sanitarios por la Ley No. 607.¹⁴

La salud pública cubana, a partir de este momento, priorizó a los grupos poblacionales de riesgo, en particular a la mujer y los niños. Una de las primeras tareas educativas que asumieron los médicos rurales en los inicios de la década del 60' del pasado siglo XX, fue ofrecer su colaboración a las parteras empíricas. Estas parteras fueron instruidas y se les facilitaron medios para mejorar su labor. En 1962, se constituye una unidad de atención primaria especializada en el tratamiento de embarazadas en ciudades o pueblos: el hogar materno. Considerada una fortaleza para el programa materno-infantil. Actualmente, es común encontrar estos centros en cada comunidad del país.^{10,13}

La tasa de mortalidad infantil (M.I) en 1959 era de 70 por cada 1 000 nacidos vivos, la mortalidad materna (M.M) alcanzaba una razón de 137.8 por 100 000 nacidos vivos. A partir de ese año se incrementó progresivamente la atención de salud en todo el país. Como resultado, pocos años después el parto hospitalario fue la principal opción y se tomaron medidas para aumentar su cobertura. En 1963 se registró un 63.2 % de partos institucionales y este porcentaje se incrementó anualmente. Diez años después, la cobertura alcanzó 98 % y posteriormente 99.9 %.³

El incremento de los hogares maternos, así como el aumento de la cobertura de salud, el aborto voluntario y gratuito en los hospitales de maternidad; el aumento de camas obstétricas, de personal especializado en Ginecobstetricia y del parto hospitalario, constituyen los elementos que han contribuido a los indicadores de salud reproductiva en Cuba.

En la primera década del siglo XXI (2009) se reafirma la calidad de la atención al proceso reproductivo cuando la M.I alcanzó 4.8 por 1 000 N.V y la M.M. reportada fue de 46.9 por 100 000 NV; Mortalidad Perinatal: 11 por 1 000 NV).³ Cuba concluyó el año 2016 con una mortalidad infantil de 4,3 % por cada mil nacidos vivos.¹⁵ Uno de los mejores indicadores alcanzados hasta hoy que es el resultado del trabajo de atención integral que el sistema de salud ofrece al ser humano.

El advenimiento del control biomédico del parto

Durante el embarazo ocurren cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos importantes que pueden ser sistémicos o locales, muchos de los cuales regresan a su estado pre-gestacional entre el parto y las seis semanas del puerperio. En general garantizan un entorno saludable para el feto, sin compromiso de la salud materna. Este proceso es considerado trascendental por los posibles riesgos a los que se expone el binomio madre-hijo durante su curso.^{3,16,17}

El proceso reproductivo es fisiológico y natural, pero se describe que durante su curso pueden surgir complicaciones que afectan el bienestar y la vida de los implicados (madre-embrión/feto/recién nacido). El organismo femenino es más susceptible biológica y emocionalmente durante esta etapa, de modo que le acompaña la concepción y el enfoque de riesgo.³ Los autores han considerado pertinente abordar el riesgo, su enfoque y percepción para introducirse en el parto como acontecimiento del proceso reproductivo femenino con control biomédico. Los autores comparten las definiciones de riesgo y factor de riesgo de Álvarez Síntes pues aportan los elementos esenciales que permiten relacionar estos conceptos al control biomédico de procesos naturales percibidos desde una visión preventiva. Si se aborda el riesgo como la probabilidad de enfermar o morir de una determinada afección o accidente y, los factores de riesgo como el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad, entonces los factores de riesgo que pueden conllevar a enfermar o morir durante el proceso reproductivo de la mujer, expresarían que el embarazo no es una enfermedad, pero es una condición que aumenta la probabilidad de enfermar o morir. Por su parte, el parto puede conducir a complicaciones y el riesgo de muerte de una mujer embarazada es mayor que el de una mujer no embarazada.¹⁸

Desde esta perspectiva, este enfoque de riesgo le concedería al embarazo, parto y puerperio características similares a la de las patologías, entendiéndolo como un "problema de salud" y justificando la intervención del equipo de salud. En este sentido, la mujer busca ayuda en el equipo de salud y se transforma en una paciente, lo que marca en principio la dicotomía entre proceso fisiológico - proceso patológico que caracteriza su atención.^{3,16}

En Cuba, durante el embarazo, específicamente en su atención prenatal, a cada mujer se le realizan de forma gratuita no menos de 10 consultas y 30 exámenes diagnósticos.¹⁹ Los autores coinciden en este sentido, con el estudio de García Jordá en el cual la autora no niega la utilidad y los beneficios que implican los controles prenatales para el monitoreo del embarazo, no obstante, considera que estos deben realizarse respetando en todo caso el protagonismo de las parejas durante el proceso, a través de una relación respetuosa que considere elementos contextuales que puedan influir sobre el mismo.³

Los ingresos hospitalarios a causa del parto son los únicos en los que la población es generalmente sana y su resultado no es la cura de una enfermedad sino el nacimiento de un nuevo ser. La atención hospitalaria al parto se centra alrededor de la maternidad hospitalaria que se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como "el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinaria a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, con infraestructuras y equipamiento necesarios, garantizando las situaciones apropiadas de seguridad, calidad y eficacia, para realizar dicha actividad".²⁰

La unidad obstétrica para la prestación de servicios en las maternidades cubanas está formada por la sala de parto, los salones de partos, la sala de alojamiento conjunto, las salas de pre y post-operatorio y los salones de cirugía. Poseen el equipamiento necesario para laborar. El personal médico y de enfermería se integrará en equipos de trabajo liderado por un jefe de guardia, para brindar una atención con calidad y seguridad para que la mujer y su hijo se encuentren en las mejores condiciones para la vida.¹⁹

Desde hace algunos años se considera que la exagerada intervención médica, el uso abusivo de la tecnología, la medicalización de procesos naturales como el embarazo y el parto, son factores que determinan la salud de la mujer.³ De tal forma, el abordaje del control biomédico del parto y su transformación en un proceso biológico normal, contribuirá a proporcionar elementos para la humanización del proceso en

función del bienestar de las gestantes, sus familias y del éxito del mismo en términos generales.

Corrientes actuales en la percepción y manejo del parto humanizado

Internacionalmente la medicalización e institucionalización del parto obedeció a diferentes motivaciones y evolucionó de diversas maneras en los últimos 50 a 60 años.^{3,17} En España, desde 1988 se promueve "El parto en casa" como otra realidad humana de las atenciones a la mujer, que son intervenidas por profesionales de medicina y de enfermería especializados, similar al de países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica, con una reciente tendencia al incremento de los partos naturales sin intervenciones en los propios hospitales y el incremento de otras modalidades, como el parto domiciliario. En Holanda y países escandinavos, coexisten otros modelos alternativos no institucionalizados y atendidos fundamentalmente por matronas calificadas y autónomas, o el parto humanizado, como acontece en el Reino Unido y Alemania^{3,20}. Autores consultados exponen que en la actualidad se aprecia un declive en esta tendencia medicalizadora y han surgido una gran variedad de opciones como alternativas en las últimas décadas que incluyen habitaciones alternativas de atención al parto en los hospitales, centros de nacimientos o de maternidad independientes de los hospitales y servicios de partos domiciliarios.^{3,20}

Latinoamérica ha recibido influencias de ambos modelos. En Chile más del 70 % de los partos son atendidos por matronas, desarrolla proyectos de atención intercultural de partos y desde el año 2008 aplica un enfoque de género al parto, así como el parto humanizado. Por su parte, Nicaragua, Brasil y México han implementado programas de capacitación a parteras tradicionales, para que integren prácticas biomédicas que ayuden a reducir complicaciones e infecciones, pero sin dejar de practicar su profesión ni de atender a población rural o indígena.²¹ En Uruguay, hace más que quince años un pequeño grupo de parteras y otras mujeres se organizaron para asistir a las mujeres embarazadas con un enfoque diferente al convencional. El movimiento fue denominado "AYIQUEN", que en Mapuche significa felicidad. La felicidad que debe acompañar al embarazo, a la mujer, a su pareja y a quienes la rodean.²²

En el año 2003, en Barcelona, se celebró el II Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, encuentro organizado por la asociación "Nacer en Casa" el cual contó con la presencia de especialistas procedentes de diversos países y de todas las ramas relacionadas con el embarazo y el parto, así como de los cuidados del recién nacido.²³ En el 2004 surge *RELACAHUPAN*, la Red de Parto Humanizado, con contactos en toda América Latina y el Caribe, para trabajar aunadamente por un cambio real en la atención de la mujer embarazada, del parto y el nacimiento.²⁴

En la primera década de este siglo, el Colegio de Enfermeras y Matronas estadounidenses (ACNM, su sigla en inglés) expuso su preocupación en relación con el número alarmante de cesáreas y episiotomías que se practican exponiendo además que la tarea de "partear" ha quedado relegada y se ha sustituido por un acto médico, que en ocasiones se limita a la extracción quirúrgica del feto del vientre de la madre.²²

Álvarez Fumero, jefe del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud de Cuba, expresó que el parto transpelviano continúa siendo la vía natural por la cual se tienen los hijos y se posesiona al respecto al cuestionar que algo tan ancestral quiere ser modificado por la sociedad y reafirma la falsa percepción de seguridad en el proceso de la cesárea al explicar las cuantiosas ventajas que el parto natural tiene para la madre y para el recién nacido.²⁵

Los autores comparten lo expuesto por García Jordá al expresar que en la sociedad cubana un conjunto de imágenes influye en el proceso reproductivo. Muchas creencias y prácticas han sido, en mayor o menor medida, populares a lo largo de años. En general forman parte de una ideología que identifica y se involucra de alguna manera en el tránsito por el proceso desde lo personal, familiar y colectivo.³

La excesiva intervención médica en el parto ha sido criticada desde diferentes ámbitos, sobre todo, al proponer alternativas para proporcionar al parto una atención más humana y digna en la que, además de reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho.²⁴ Al hablar de parto humanizado se incluyen debates diversos cómo cuál es la postura ideal para el parto, qué profesional debe de atender el "parto de bajo riesgo", cuál debe de ser el rol de la matrona, qué tasas de cesáreas o episiotomías son aceptables, cómo hay que decorar o iluminar las habitaciones de la maternidad, qué apoyo puede ofrecer el padre durante el parto, entre otros. Aunque se habla de la necesidad de humanizar el parto ocasionalmente se reconoce explícitamente que éste está deshumanizado.²²

En el 2001 se fundó en México un foro virtual de apoyo psicológico (aun activo) para madres que habían tenido una o más cesáreas. En muchos de los testimonios recogidos a la experiencia de la cesárea o del parto vaginal se sumó una situación de pésima atención hacia la mujer por parte de los profesionales sanitarios que le atendían. En la mayoría de esos testimonios se evidencia maltrato por parte de los profesionales y la institución sanitaria hacia las madres y los niños.²⁶

En la literatura consultada se plantea que existen profesionales que actúan desde un lugar de poder y ello conlleva a ejercer un trato ciertamente violento contra la mujer, que en un momento tan crítico como el parto es especialmente vulnerable al sufrimiento psicológico de dicho maltrato. Los comentarios, gestos o incluso miradas afectan a la mujer precisamente por la vulnerabilidad intrínseca durante su proceso de parto.²⁶

En algunos países latinoamericanos se está utilizando el término legal de «violencia obstétrica», que describe las violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una mujer que esté en trabajo de parto, entre las que se incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto,^{24,26,28} visibles a través de la poca información que reciben las mujeres, la poca capacidad de acción y decisión y la legitimación de su rol de pacientes durante todo el proceso, lo que consolida su subordinación hacia las indicaciones médicas. Las mujeres carecen de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios partos, pierden protagonismo al ser descalificados sus conocimientos y al no crear condiciones para que ellas y sus parejas tomen decisiones y sean sustituidos por las de un equipo de expertos que, además, excluye a los padres del trabajo de parto y el parto y separa a las madres de los recién nacidos.^{3,24,26}

Sin embargo, asumir que los profesionales cubanos que asisten el parto actúan intencionadamente con violencia se considera completamente errado y puede prestarse a confusión. La mayoría de los médicos y profesionales de enfermería optaron por su especialización motivados por el humanismo y brindar su ayuda y conocimientos en pro de la vida de un nuevo ser.

Las manifestaciones de violencia en la opinión de los autores, están dadas fundamentalmente, por un fenómeno sociocultural donde el trato incorrecto, las exigencias de omnipotencia, la desvalorización del parto como proceso natural y fisiológico y la estandarización de protocolos y normas sobre una base puramente biologicista que designan a la mujer como un objeto de atención y cuidados por parte de los profesionales de la salud conllevan a las denuncias, inconformidades y quejas

de las mujeres sobre la atención que reciben así como la aceptación y conformidad de todas estas manifestaciones por el nacimiento de un recién nacido sano.

Por ello, tan importante como invertir en tecnologías, infraestructura y estandarización de protocolos basados en la evidencia científica sería muy razonable reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno al parto, reconociendo que todas las partes, tanto la mujer como los profesionales de la salud, pueden estar expuestas en este momento trascendental.

Sin embargo, para algunos autores estudiados, parece claro que cuándo se habla reiteradamente de "humanizar" el parto es porque actualmente está deshumanizado. Para autoridades sanitarias, gestores y profesionales de la salud esta concepción taladra de forma cruda, sería aceptar algo tan grave como que la atención al parto en los hospitales es cruel. Esta afirmación llevaría ineludiblemente a valorar la forma en que los profesionales sanitarios asisten a las parturientas o a los recién nacidos.

En opinión de los autores sería necesario inicialmente plantearse cuál es la prevalencia o la dimensión del problema, o sea, si es poco frecuente o por el contrario si se generaliza. Por otra parte, habría que analizar los procesos que pueden impedir la humanización del parto para poder plantear sobre qué factores se debe actuar si verdaderamente deseamos humanizarlo.

La insuficiencia de estudios en Cuba respecto al tema imposibilita proporcionar datos reales o aproximados del manejo del parto humanizado. Sigue siendo necesario el desarrollo de investigaciones de corte cualitativo y trabajos de campo que estimen las características de la atención que reciben las mujeres en el proceso de parto para el logro del parto humanizado. Al respecto, sería conveniente comenzar por definir, desde la perspectiva cubana, el parto humanizado. Existen diferentes definiciones internacionales sobre el parto humanizado,^{23,24,26,27} no encontrando los autores en la revisión de la literatura, una definición desde la perspectiva cubana. La sistematización realizada a las mismas, conllevaron a identificar asociaciones con respecto a: derechos, género, necesidades, satisfacción, cuidados y proceso natural y fisiológico, con las cuales, los autores armonizan por aportar elementos fortalecedores que permiten incorporar a la actual atención del parto en Cuba, el componente humanizador necesario.

Se define entonces por los autores, como parto humanizado desde la perspectiva cubana, la atención integral que se le brinda a la mujer y la familia durante el proceso de parto, con el objetivo de percibir a la mujer como sujeto de cuidado, permitiéndole su participación activa, la satisfacción de necesidades y libertad de decisión mediante la combinación científico-humanista del equipo de salud en su atención para la percepción del parto como un acontecimiento natural y fisiológico, acorde a los preceptos del sistema de salud cubano.

El movimiento de humanización del embarazo, el parto y el nacimiento se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de los mismos. Ningún procedimiento debería existir simplemente por la comodidad del personal hospitalario. El parto humanizado, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la mujer, para servir sus necesidades individuales y deseos particulares y deben basarse en un soporte legal que apremia, se asuma en Cuba con carácter urgente. En opinión de los autores, se percibe aún, el camino a recorrer en los hospitales y maternidades hasta que las mujeres tengan acceso a una atención de parto, no solo segura sino también acogedora, con respeto a sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas, sociales y espirituales.

Como regla general se presume que toda mujer mayor de edad es capaz de actuar y ejercer de forma autónoma sus derechos. Por consiguiente, puede tomar decisiones sobre su embarazo y parto por sí misma, autorizando los cuidados o tratamientos a través del consentimiento informado, que es la manifestación de la conformidad libre, voluntaria, consciente e informada de una persona capaz en relación con una intervención o actuación que afecta a su salud.²⁸

Según Barrio, Simón y Pascau es recomendable planificar los cuidados y, en el caso de la mujer embarazada, es prever la atención futura relacionada con su embarazo y parto. La planificación anticipada de la atención en el caso de la mujer embarazada se refiere a un proceso generador de vida. Esta planificación serviría para reforzar la relación clínica entre la mujer y los profesionales asistenciales, con el entorno familiar y personal, para que la mujer y su pareja conozcan las características, consecuencias del embarazo y del parto y la consideración de este proceso como un acontecimiento vital, normal, y no como una enfermedad.²⁹

Para los autores, esta planificación anticipada en Cuba, se traduce en la atención prenatal y el resto de las atenciones que le brinda el sistema de salud a la embarazada, obteniendo un lugar cimeros los programas de Maternidad y paternidad responsables y el de Psicoprofilaxis obstétrica, a través de los cuales se realiza la orientación y preparación de la pareja para asumir el embarazo y el parto como procesos naturales incluidos dentro del ciclo vital de la familia. Aseveran, además, que en el desarrollo de estos programas se encuentran las bases que incursionarán el progreso del parto humanizado en Cuba, a pesar de que resulta necesario realizar una revisión de ambos para la inclusión del abordaje integral del parto humanizado desde la esencia propia del nivel primario de salud.

CONCLUSIONES

De este análisis teórico surgen presunciones con relación al proceso de parto en el contexto de las maternidades cubanas, donde existen profesionales de la salud con un nivel científico y un dominio tecnológico elevado para garantizar un resultado satisfactorio en el binomio madre-hijo pero se precisa la inclusión del componente humanizador e integral para la concepción del parto como un proceso natural y fisiológico, con la combinación científico-humanista en el logro de una atención con calidad y calidez, donde la mujer cubana protagonice su proceso de parto como un sujeto de cuidado y no como objeto del mismo.

RECOMENDACIONES

Lograr una mayor incorporación de las mujeres y sus familias en el proceso del parto a través del fortalecimiento del desarrollo del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica, al realizar un análisis exhaustivo para la inclusión del tema del parto humanizado.

Propiciar el desarrollo de investigaciones, desde la perspectiva cualitativa, del proceso reproductivo y la atención del equipo de salud, en el contexto de la sociedad cubana actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Munares-García O. Características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú. 2013. MÉD UIS. 2015[citado 3 enero 2016];28(3):291-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-03192015000300004&script=sci_abstract&tIng=es
2. Gaitán-Duarte, H., Eslava-Schmalbach, J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017[citado 3 enero 2016];68(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195251837001>
3. García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2007-2010. [Tesis doctoral]. Universidad de La Habana, Facultad de Biología; [citado 23 febrero 2015] 2011. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=406>
4. Santos Redondo P, Al-AdibMendiri M. Estrategia de atención al parto normal. Extremeño de Salud. 1ª Edición. Brasil; [citado 23 febrero 2015]. 2013. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_servicio_extremeno_de_salud.pdf
5. Cabrera Ditzel J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile. Renacer del parto natural. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003[citado 21 agosto 2016];68(1):65-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000100013>
6. Fray Bartolomé de las Casas. Historia de las Indias. Vol II. Madrid: 1875 [citado 21 agosto 2016]. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/portales/inca_garcilaso_de_la_vega/obra/historia-de-las-indias-tomo-2--0/
7. De Gordón y de Acosta AM. Medicina indígena de Cuba y su valor histórico. Cuad Hist Salud Pública [serie en Internet] 2008[citado 18 Ene 2015];(104):[aprox. 24 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/his/his104/his03104.htm>
8. Ancheta Niebla E. Hechos y personalidades relacionados con la enfermería cubana 1899-1958. [Tesis doctoral]. Universidad de La Habana, Facultad de Enfermería: "Lidia Doce"; 2015.p. 5-7 [citado 1 mayo 2016]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=571>
9. Le Roy J. Hospitales de San Francisco de Paula (para mujeres). Rev. Med y Cirg. Habana. 1921[citado 4 abril 2017];26:564-73. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/his/his104/his03104.htm>
10. Delgado G. Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. Cuad Hist Salud Pública [serie en Internet]. 2007[citado 18 Jun 2015];(101):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_%20101/hissu101.htm
11. López Espinosa JA. Contribución al estudio de la bibliografía cubana sobre Obstetricia. Acimed. 2006[citado 18 agosto 2017];14(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol_14_6_06/aci11600.htm [citado 18 agosto 2017]

12. Martínez-Fortún JA. Algunos datos relativos a la medicina contemporánea. Cuad Hist Salud Pública [serie en Internet]. 2005[citado 31 Junio 2016];(98):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_98/his0998.htm
13. Hernández Saínz M, Martel Martínez M. La práctica social de las comadronas en Nuevitas antes del Triunfo de la Revolución. Rev Hum Med. 2006[citado 22 marzo 2017] ;6(1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/issue/archive>
- 14.- Amaro Cano MC. La formación humanística de las enfermeras: una necesidad insoslayable. Cuba. Rev Cub Enf. 2013[citado 13 agosto 2017] ;29(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/issue/view/11>
15. Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. MINSAP. La Habana. Cuba Editorial Ciencias Médicas; 2016. p.28-31.
16. Saavedra Infante DL. Comportamiento de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. [tesis]. Bogotá, Colombia; 2013. Disponible en línea: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisyllorenasaavedrainfante.2013.pdf>> [consultado: 13 agosto 2017]
17. Gomes, L.O.S., Andrade, L.O de Pinheiro, E. da S., Souza, F.S., Boery, R.N.S. de O. Practices of nursing professionals against humanized labor. Journal of Nursing. 2017[citado 13 agosto 2017];11(6):2576-85. Disponible en: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23426_b
18. Montano Lima JA, Prieto Suárez VI. Enfoque preventivo y factores de riesgo. En: Álvarez Síntes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral. 2da edición. La Habana. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 2008. Volumen I. p. 168-175.
19. Águila Setién S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado JJ y Santisteban Alba E. Obstetricia y Perinatología Diagnóstico y Tratamiento. 2da edición. La Habana. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 2014. p.161-165.
20. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal: documento de consenso [monografía en internet]. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007 [acceso 10 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.federa-cion-matronas.org/ipn>
21. De león López VA. Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. [Tesis doctoral]. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud Quetzaltenango. Guatemala; 2015. [citado 28 Dic 2016]. Pág. 16-34. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-Leon-Antonieta.pdf>
22. Biurrun Garrido A., Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013[citado 28 Dic 2016];14(2):62-6. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49091> .
23. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS [actualizado 8 Sep 2007; citado 28 Dic 2016].

Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy/childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html

24. Lutz, L, Misol, S. Parto Humanizado: Recopilación de folletos y artículos, Material de apoyo para los talleres de capacitación. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), Uruguay, 2007[citado 2014 Mayo 22]:3-5. Disponible en: www.relacahupan.org

25. Hernández B. MA. Programa Materno Infantil: Una apuesta por la vida [videocinta]. Cuba (La Habana): Mesa Redonda Informativa; 14 de abril del 2017. [citado 28 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2017/04/15/programa-materno-infantil-una-apuesta-por-la-vida>

26. García Jordá. D, Díaz Bernal. Z, Acosta Álamo. M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Rev Cubana Salud Pública. 2013[citado 28 Dic 2015];39(4). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/83>

27. Borges Damas L. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. [Tesis doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Enfermería "Lidia Doce". La Habana, 2017. Pág. 35-37.

28. Vargens OM da C, Silva ACV da, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Escola Anna Nery*. 2017[citado 28 Dic 2015];21(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

29. Barrio IM, Simón P y Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enfermería Clínica*. 2004[citado 28 Dic 2015];14(4):235-41. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=193.144.49.219&articuloid=13065577&revista id=35\[30.12.2015\]](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=193.144.49.219&articuloid=13065577&revista id=35[30.12.2015])

Recibido: 21 de marzo de 2018.

Aprobado: 20 de abril de 2018.

Lareisy Borges Damas. Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa, Cuba.
Correo electrónico: rolandosanchez@infomed.sld.cu