

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN DERECHO HUMANOS**



CURSO.

Metodología de la investigación II

PROF. DR. DANIEL CAMACHO

Trabajo de investigación

PRACTICAS EN LA ATENCION DE LA SALUD QUE FAVORECEN EL DERECHO
HUMANO A LA PROTECCION DE LA MATERNIDAD EN UN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

POR.

Manuel Antonio Serrano R.

Agosto, 2010

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido	Numero de página
Justificación.....	3
Tema, problema y objetivos de la investigación.....	5
Marco teórico.....	6
Procedimiento metodológico.....	32
Presentación y análisis de los datos.....	36
Conclusiones e implicaciones de la investigación.....	53
Literatura consultada y citada.....	57
Anexos.....	60

JUSTIFICACION

Diversos documentos internacionales han reconocido la necesidad de proteger la salud materna, iniciando con la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Americana de los Derechos Humanos. Complementada en tiempos más recientes por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1995, Resoluciones y Planes de Acción de la Organización Panamericana de la Salud, asimismo, los Objetivos de Desarrollo para el Tercer Milenio planteados por Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud ,todos ellos, enfatizaron la urgente necesidad de reducir las altas tasas de muertes maternas. El programa para mejorar la salud materna se plantea como meta reducir en tres cuartas partes, entre el año 1990 y el año 2015, la tasa de mortalidad materna en todas las regiones.

Por su parte, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, esfuerzo global para reducir el número de muertes y enfermedades asociadas con el embarazo y parto, fue lanzada en una conferencia realizada en Nairobi, Kenia, en 1987, coincidentemente con la instauración desde el movimiento de mujeres del 28 de mayo como Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. Dicha iniciativa fue patrocinada por un grupo de agencias internacionales que fundaron el Grupo Inter agencia para una Maternidad sin Riesgos que en sus documentos de acción ha señalado:

"Prevenir las muertes y morbilidades maternas es un asunto de justicia social y de derechos humanos. Lograrlo, por lo tanto, requiere que los derechos de las mujeres sean totalmente garantizados y respetados. Estos incluyen el derecho a servicios de alta calidad y a recibir información antes y después del embarazo y parto; el derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su salud libremente, sin coerción o violencia y con plena información; derecho a que se eliminen las barreras legales, políticas y sanitarias que contribuyen a la mortalidad materna".
"...Los gobiernos tienen la obligación de enfrentar las causas de la mala salud materna a través de sus sistemas políticos, de salud y legal. Los tratados internacionales y las constituciones nacionales que abordan los derechos humanos básicos (por ejemplo, el derecho a la vida, a la libertad y la seguridad, el derecho a la salud, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, entre otros), deben ser aplicados en temas relativos a la salud materna, de tal forma de garantizar a todas las mujeres su derecho a tomar decisiones libre e

infamadamente acerca de su salud, y de proveer acceso a servicios de calidad antes, durante y después del embarazo y parto".(Freyermuth.2009.pag49)

Así pues desarrollar investigación dirigida a potencializar y evidenciar el estado del derecho humano a la protección de la maternidad en una zona determinada, proporcionará información sobre el desarrollo de este derecho de manera particular y que afecta o beneficia a un grupo de seres humanos involucrados en la progenie de la especie humana.

Considerando que la función primordial del Estado contemporáneo es garantizar la realización de los derechos humanos de sus habitantes, en esta investigación se aborda desde un punto de vista teórico y vivencial, cómo la política implementada en practicas normalizadas para la atención de salud, puede contribuir o a desmejorar la realización efectiva de los derechos humanos. Con este propósito, se propone la ejecución de prácticas en salud que favorecen la implementación de un derecho humano en particular, a saber el derecho humano a la protección de la maternidad.

Al mismo tiempo, es evidente que el enfoque de la salud materna a partir de los derechos humanos es hoy más pertinente que nunca en la medida que los servicios de salud, en sus distintos niveles de atención, se han visto debilitados por la crisis económica mundial y como consecuencia de los modelos de desarrollo impuestos por los organismos financieros internacionales, cuya aplicación han determinado el debilitamiento del aparato estatal, siendo el sector salud especialmente afectado. Por lo tanto, la sociedad civil debe estar presente en toda campaña y jornada de acción para exigir el cumplimiento de la responsabilidad de los gobiernos con los derechos ciudadanos, en especial, el derecho humano a una salud integral.

Partiendo de esta realidad social y política es que se plantea la necesidad de indagar sobre la protección a la maternidad como un derecho humano fundamental, visualizado en la programación y ejecución de prácticas en la atención de la salud de las mujeres embarazadas y sus familias, durante un periodo específico del mismo: la labor de parto, concibiendo que este es un momento de vital importancia para la mujer, su familia y el nuevo ser humano que verá la luz al finalizar este proceso.

TEMA.

El derecho humano a la protección de la maternidad.

PROBLEMA.

¿Cuales prácticas en la atención de la salud favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad a mujeres durante la labor de parto en el Hospital Max Peralta Jiménez de la ciudad de Cartago. Costa Rica?

OBJETIVOS

Objetivo general.

Determinar las prácticas en atención de la salud que favorecen el Derecho Humano a la Protección de la Maternidad en las mujeres durante la labor de parto en el Hospital Max Peralta Jiménez de la provincia de Cartago .Costa Rica. Durante los meses de abril y mayo del año 2010.

Objetivos específicos.

- Describir las prácticas en la atención del personal de salud que favorecen el Derecho Humano a la protección de la maternidad en las mujeres durante la labor de parto
- Detallar las condiciones ambientales y estructurales durante la atención de salud que benefician el derecho humano a la protección de la maternidad a mujeres durante la labor de parto.

MARCO TEORICO.

Tratar de descubrir una definición de los Derechos Humanos no resulta fácil, equivale a definir el amor, la justicia y la razón ante la presencia propia y fundamento del ser humano en toda su integridad. Resulta fundamental tener en cuenta la impresionante expansión de la noción en sí de su contenido, desde el punto de vista histórico, conceptual, lo que permitirá apreciar el proceso para su desarrollo. Decidir que es un derecho humano y que no lo es, constituye un acto de análisis en la construcción de la persona humana y sus necesidades fundamentales para la convivencia social a lo largo de su ciclo vital y de desarrollo como persona humana. Así, podremos apreciar el reconocimiento de las libertades civiles y de los derechos políticos, llamados de primera generación como el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal, a no ser objeto de detención o exilio arbitrario, al debido proceso en materia civil y criminal, a la nacionalidad, etc.; luego, de los derechos económicos, sociales y culturales, o de segunda generación como el derecho al trabajo, a la educación, a la salud, a la protección contra el desempleo, a un salario igual por trabajo igual, a una remuneración justa, etc.; y por último, de los derechos llamados de solidaridad o de tercera generación como el derecho a vivir en un medio ambiente sano, ecológicamente equilibrado, etc. Y en construcción social propia y en contexto global los de cuarta generación.

Desde la instauración de las de Naciones Unidas como sistema y de la aceptación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la comunidad internacional para la promoción y protección de los Derechos Humanos ha tenido un impulso importante. La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de Diciembre de 1948 simboliza un punto de referencia fundamental para la definición de un conjunto de derechos básico de todo ser humano.

La normativa internacional de Derechos Humanos actualmente abarca un gran número de instrumentos acogidos por Estados y organizaciones no gubernamentales universales y regionales, los cuales establecieron obligaciones para la protección de los derechos humanos y crearon aparatos administrativos para fomentar y dar seguimiento a sus esfuerzos. Muchos procedimientos y estructuras han sido establecidos por la Organización de las Naciones Unidas, en muchos países han tomado la forma de Comisiones de Derechos Humanos, así como Ministerios de Derechos Humanos. El incremento en la importancia de los Derechos Humanos en la agenda internacional fue confirmado por proyectos universales que incluyen la proclamación de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su acervo ético y filosófico.

Los organismos no gubernamentales hacen una contribución muy importante a la promoción y protección de los Derechos Humanos, promueven esfuerzos diarios para movilizar a la opinión pública y ayudar a las víctimas de violaciones de los mismos. Cientos de instituciones por todo el mundo se especializan en la educación de Derechos Humanos e investigan, emprenden múltiples actividades relacionadas con la sensibilización de líderes y público en general en problemas relacionados con el tema.

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

La disponibilidad de servicios integrales de salud reproductiva se mantiene como una meta no alcanzada en la mayor parte del mundo, y algunos países incluso han experimentado un estancamiento o un retroceso en sus indicadores de salud materna e infantil (OPS, 2008). Esta realidad ha incitado a los encargados de la formulación de políticas y a las agencias internacionales de cooperación a concentrarse en la implementación de diversos esquemas de protección de la salud materna visualizada esta como un Derecho Humano derivado propiamente al derecho de la salud misma.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos ratifica el derecho humano a la protección de la maternidad y lo define tácitamente de la siguiente manera:
Art. 25:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros vasos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancia independiente a su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, es otro instrumento de carácter regional en materia de Derechos Humanos, fue decretada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá Colombia en 1948, la misma que instaló la Organización de Estados Americanos . Históricamente, fue el primer convenio internacional sobre Derechos Humanos, precediendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, declarada seis meses después. Posteriormente en 1969 se reconoce la Convención Americana sobre Derechos Humanos ,también llamada Pacto de San José de Costa Rica que entre en vigencia en 1978 que establece el Sistema interamericano de Derechos Humanos. Estos convenios y declaraciones de carácter internacional, destacan la protección a la maternidad como un derecho humano fundamental, es así como en la Declaración Americana de Derechos Humanos se argumenta en lo referente al Derecho Humano a la protección de la maternidad lo siguiente: Artículo 7

- Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales llamado también Protocolo de San Salvador, 1988, reafirma el compromiso y la protección a la maternidad con los siguientes argumentos que aunque no lo define de manera directa, lo expresa como cometido en lo que se refiere al derecho a la seguridad social y al derecho humano a la Salud

- Artículo 9. Derecho a la seguridad social
 1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.
 2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.
- Artículo 10. Derecho a la salud
 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Los Tratados, los Convenios, las Conferencias y Pactos de carácter internacional en razón de los Derechos Humanos y que tienen un vínculo importante con el Derecho Humano a la protección de la maternidad en lo referente a la atención de la salud, y siguiendo la definición que La Organización Mundial de la Salud en su Constitución de 1946, dice de la misma y la define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es ideal, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

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

Los derechos económicos, sociales y culturales, conjuntamente de ser proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, fueron codificados en una norma específica: El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la salud y al bienestar están vinculados directamente con este Pacto y con el ejercicio de otros derechos humanos, en particular con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad, así como a la protección de la maternidad, visualizado este derecho como el fundamento de perpetuidad del ser humano en cuanto a tal y a la dignidad del mismo antes de nacer y la mujer gestante de la vida humana y a su medio social, sea esta una familia nuclear o dispersa. Tales derechos no deben ser entendidos como derecho a estar sano, derivan de libertades y derechos como el derecho de la persona a controlar su salud y su cuerpo, incluso su libertad sexual, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos sin su consentimiento. Ya en el plano de los derechos se nota las obligaciones positivas del Estado en promover un sistema de protección de la salud a todas las personas con oportunidades y tratamientos iguales inclusive durante el embarazo, preservando la vida del no nacido y por ende el de su madre y su medio social.

El derecho a la salud como medio para la protección a la maternidad, es un derecho que no sólo trata la atención de salud como asistencia médica, sino también con la composición de factores determinantes de la salud, el estilo de vida, el modo de vida, acceso al agua limpia potable , a condiciones sanitarias adecuadas, alimentos sanos, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva en los escenarios de salud en los cuales se brinda atención a este grupo particular de seres humanos: las mujeres embarazadas, partiendo del hecho de que el embarazo en la mayoría de los casos conlleva un proceso fisiológico que no tiene que ser considerado como enfermedad, más bien debe ser analizado desde la perspectiva de integralidad de la persona humana y correspondiente a su ciclo vital particular.

El Artículo 12 del Pacto reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Salud se entiende no sólo como un derecho a estar sano, sino como un derecho a controlar los propia salud y el cuerpo (incluida la salud materna que involucra de antemano la protección a la maternidad como mecanismo para favorecerla, y estar libre de interferencias, tales como la tortura o la experimentación médica. Los Estados deben proteger este derecho, garantizando que todo el mundo dentro de su jurisdicción, tiene acceso a los factores determinantes de la salud, como agua potable, saneamiento, alimentación, nutrición y vivienda, y por medio de un sistema global de atención sanitaria, que está a disposición de todos, sin discriminación alguna, y económicamente accesible para todos.

El Artículo 12.2 demanda a los Estados que adopten medidas concretas para mejorar la salud de sus ciudadanos, incluida la reducción de la mortalidad materna infantil, la mejora del medio ambiente y salud en el trabajo, la prevención, control y tratamiento de enfermedades epidémicas y la creación de condiciones para garantizar la igualdad y el acceso oportuno a los servicios de salud para todos

Los derechos económicos, sociales y culturales por tanto son aquellos Derechos Humanos que posibilitan a la persona y a su familia gozar de un nivel de vida adecuado. Dicha expresión implica el respeto a los aspectos de diversidad cultural, geográfica, medio ambiental, social y aquellas condiciones fundamentales para la satisfacción de nuestras necesidades básicas como seres humanos, más aun en el periodo de gestación misma de un nuevo ser humano y de la mujer que atraviesa por este periodo. Tales condiciones fundamentales son un bien común, un bien público y contribuyen a la plena realización del ser humano conforme a su dignidad inherente.

Todos los derechos humanos implican para el Estado tres tipos de obligaciones generales, y por ende el Derecho Humano a la protección de la maternidad:

- Respetar: Exige que el Estado se abstenga de adoptar medidas que obstaculicen o impidan el goce de este derecho.
- Proteger: Solicita del Estado medidas para velar por el respeto de éstos Derechos por parte de terceros
- Realizar: Obligación de promover y hacer efectivo éste derecho; es decir, el Estado debe adoptar medidas que faciliten el goce del Derechos Humano a la protección de la maternidad (medidas legislativas, de política pública, de asignación de recursos, etc.) los Estados están obligados a hacer efectivo directamente un derecho concreto del Pacto cada vez que un individuo o un grupo no puede, por razones ajenas a su voluntad, poner en práctica el derecho por sí mismo con los recursos a su disposición.

El derecho a la salud relacionado a la salud materna y por ende a potencializar la protección de la maternidad abarca elementos fundamentales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte y firmante del Protocolo, lo que exige su compromiso con el cumplimiento de ciertos mínimos en los servicios relacionados con la prestación de servicios y atención a las mujeres embarazadas y sus familias como medio para ofrecerles protección:

- Disponibilidad. Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas encargados de la vigilancia y atención concreta a mujeres embarazadas para el fomento de su protección. Personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones relacionadas:
- No discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios de salud encargados de atención materna deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones

indígenas, , los adolescentes, , las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

- Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. De sobremanera la intimidad en la información referente a todos los aspecto sociales que conllevan la maternidad, en un ámbito familiar y social. El acceso a la información es pilar fundamental en el derecho humano a la protección de la maternidad, la información faculta a la mujer embarazada y su familia para la prevención de ciertas animalias que pondrían en riesgo su vida y la del futuro ser humano
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate, en el caso particular en razón social como el derecho humano a la protección de la maternidad
- Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. Calidad que redundara en oportunidades para la madre, la familia y por supuesto para el recién nacido.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto conforman las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear en muchas partes del mundo en desarrollo, y provocan la muerte de alrededor de medio millón de mujeres cada año, el 99% de ellas en países en desarrollo.(Silvia Juliá.2009.pag67)

La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la morbilidad y mortalidad maternas, así como el nivel de asistencia y protección que los Estados brindan a las mujeres embarazadas y a sus familias al brindarles atención en salud.

En todo el mundo la sociedad elogia el nacimiento de un nuevo ser humano. Los Pueblos esperan que las mujeres tengan hijos y enaltecen su papel de madres; pero en la mayor parte del planeta, el embarazo y el parto son procesos peligrosos. En los países menos desarrollados, más de medio millón de madres mueren anualmente por causas relacionadas con la creación de una nueva vida, y ello sólo muestra parte de la gravedad del problema, ya que por cada mujer muerta, otras 30 sufren devastadores problemas de salud, como daño en los órganos reproductivos o infertilidad. Ranson (2009). El 99 por ciento de estas muertes tiene lugar en las regiones menos desarrolladas, y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica durante la labor y en el momento del parto. Por cada mujer muerta, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidad por el embarazo y el parto, lo que representa como mínimo 15 millones de mujeres al año. El efecto total acumulado se calcula que asciende a 300 millones de mujeres afectadas, o más de una cuarta parte de las mujeres adultas en el mundo en desarrollo. Entre los problemas relacionados con el embarazo se encuentran la anemia grave, la infertilidad y las lesiones en el útero y el tracto reproductivo ocasionadas durante el parto. Algo que puede ser especialmente devastador son las fístulas obstétricas (desgarros entre la pared de la vagina y el tracto urinario o el recto, que pueden causar incontinencia permanente si no se tratan). Muchas mujeres consideran demasiado vergonzoso hablar de estos y otros trastornos, o buscar tratamiento; y dicha “cultura del silencio” es mayor en lugares donde la mujer no tiene poder para tomar decisiones y actuar libremente para cuidar su salud. Lewis (1998).

Desde que se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, por lo menos 14 convenciones y conferencias internacionales han reiterado y afirmado el derecho a la maternidad sin riesgos, e indicado el papel esencial para la salud de la mujer de las intervenciones con dicho fin. Al adoptar esas convenciones, los gobiernos prometen mejorar la salud materna y responsabilizarse de poner en práctica los planes de acción correspondientes.

Una de las principales expresiones que promueven la reducción de la mortalidad materna es la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo. Se trata de una coalición de organizaciones internacionales y Organismos no Gubernamentales, fundada en 1987, que se esfuerza por fomentar mayor conciencia de la situación, establecer prioridades, estimular la investigación, movilizar recursos, proporcionar asistencia técnica y compartir información. La iniciativa colabora con entidades gubernamentales y no gubernamentales de más de 100 países.

En la primera década de la puesta en marcha del proyecto, las entidades asociadas desarrollaron programas modelos, pusieron a prueba nuevas tecnologías y realizaron investigaciones en una amplia variedad de países y contextos. Al comenzar, la meta de la iniciativa era reducir la mortalidad materna a la mitad para el 2000. Durante la década de 1990, varios acuerdos internacionales establecieron objetivos similares o de mayor reducción. Aparte de dichas metas estadísticas, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo hizo un amplio llamado a favor del derecho de acceso a servicios apropiados de atención a la salud, que permitan a la mujer un embarazo y parto sin riesgos. Si los gobiernos consideraran como prioridad el derecho de la mujer a recibir atención médica, muchas menos mujeres morirían en el parto.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo en El Cairo (Egipto) del 5 a 13 de septiembre de 1994 promulgo algunos lineamientos importantes en el tema de protección a la maternidad, visualizado este como un Derecho Humano fundamental, la Conferencia de el Cairo aprueba un programa de acción a 20 años que vincula la población, el desarrollo y el fomento de la autonomía de la mujer. Varios aspectos de importancia trascendental en el enfoque adoptado son fomentar la autonomía de la mujer y ampliar su acceso a la educación, la atención de la salud y el empleo.

Los objetivos que se desprenden de esa Conferencia para el tema analizado en este estudio son: promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo; lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de cada país, y, sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones. También se recomienda que se adopten medidas para mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

En el documento se exhorta a reducir la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000, y a lograr una nueva reducción a la mitad para el año 2015. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna estuviera por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos, y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos, y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Todos los países deberían

tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud. Se exhorta a todos los países a que, con el apoyo de la comunidad internacional, aumenten la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Todos los países deberían tratar también de reducir todavía más la mortalidad materna adoptando medidas para impedir, detectar y tratar los embarazos y nacimientos de alto riesgo, en particular entre las adolescentes y las parturientas de más edad. Deberían elaborarse programas y cursos educativos para lograr el apoyo de los varones a las actividades destinadas a asegurar la salud de las madres y la maternidad sin riesgo; se exhorta a todos los países a que procuren con urgencia modificar el comportamiento sexual de alto riesgo y elaboren estrategias para que los varones compartan la responsabilidad en la salud reproductiva y sexual.

Hubo un claro acuerdo de que los servicios de salud reproductiva de calidad son un derecho clave para las mujeres. Los servicios de salud reproductiva deben incluir: cuidados prenatales, natales y post-parto; programas de nutrición y lactancia; la contracepción segura, el aborto no obligatorio y seguro; la prevención y el tratamiento preventivo de las enfermedades de transmisión sexual, así como las de cáncer de mama, cáncer cervical y otros cánceres de la mujer; la prevención y el tratamiento del SIDA, y el tratamiento de la infertilidad; todo, con el consentimiento informado de las mujeres. Estos servicios deberían estar centrados en las mujeres y controlados por ellas y deberían hacerse todos los esfuerzos para prevenir los malos tratos y el abuso de las mujeres usuarias por parte de los equipos médicos. Un elemento de los derechos humanos de las mujeres es obtener mejores servicios de salud. Además, las relaciones de poder en la sexualidad y el género deben ser consideradas como un aspecto central de los derechos reproductivos. Los derechos reproductivos son derechos humanos inalienables, que no se pueden separar de otros derechos básicos tales como el derecho a la alimentación, la vivienda, la salud, los medios económicos para la vida, la educación y el empoderamiento político.

Una Nueva Conferencia sobre Derechos Humanos tuvo lugar en Viena en 1993. Esta fue una reafirmación importante de la universalidad y función central de los derechos humanos en documentos en que su fomento y protección estaban siendo vulnerados en muchas partes del mundo, incluyendo de manera directa el derecho humano a la protección de la maternidad. Esta Conferencia evaluó el progreso realizado desde la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 e identificó los obstáculos y las formas de superarlos. 171 países aprobaron por consenso la Declaración y el Programa de Acción de Viena, que diseña un plan para fortalecer la aplicación de los derechos humanos y se destaca la relación entre la democracia, el desarrollo y la

promoción de los derechos humanos. Asimismo marca importantes avances en el campo de la salud y atención materna como medio para la protección afirmando que tales como:

- Destacar los derechos humanos de los grupos particularmente vulnerables, tales como mujeres, poblaciones indígenas, niños, discapacitados, detenidos, víctimas de desapariciones forzadas, los trabajadores migrantes y sus familias
- Dar mayor énfasis a los derechos humanos de la mujer, instituyendo designando incluso un Relator especial sobre la violencia contra la mujer y atención de su particularidad.

En el Art. 41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia de que las Mujeres accedan al goce de un alto nivel de salud física y mental. En el contexto de la Conferencia Mundial y de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, reiterando la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia Mundial reafirma las bases de igualdad entre hombres y Mujeres y el derecho de las Mujeres a cuidados de salud accesibles y adecuados, a servicios de planificación familiar, como también a un acceso igualitario a la educación en todos los niveles.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995, aprueba la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, en ella y como punto a destacar relacionado con los principios fundamentales de esta investigación se razona sobre el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, y a la atención de salud durante el estado de gravidez, garantizando el acceso y la idoneidad en la calidad de los mismos.

La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Ante este escenario social la conferencia ratifica en su apartado dedicado a la mujer y salud que, el disfrute de ese derecho a la protección de la maternidad es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social, sobre todo al ser gestante de una nueva vida humana dentro de su útero, lo cual implica cuidados y protección adecuada, antes durante y después del parto. El derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y

resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción

Según los dictámenes referidos por la Conferencia, la calidad de la atención de la salud de la mujer suele ser deficiente en diversos aspectos, según las circunstancias locales. En muchos casos, no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance. Además, en algunos países todos los acontecimientos que ocurren en la vida de la mujer se suelen tratar como problemas médicos que terminan en intervenciones quirúrgicas innecesarias o en una medicación incorrecta. Como objetivo estratégico la Conferencia se plantea el fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad

Como medida que deben adoptarse al analizar la atención de mujeres en estado de gestación y atención de su labor de parto la Conferencia ratifica y define que se deben proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia.

El Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social , desarrollada en Copenhague del 6 a 12 de marzo de 1995 y que dio origen a la Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social, ejemplifica la preocupación mundial por el tema del derecho humano a la protección de la maternidad y subraya que se adoptarán medidas apropiadas para garantizar, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, el acceso universal a la variedad más amplia de servicios de atención de la salud, incluso los relacionados con la salud reproductiva, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, promoviendo la atención integral a la mujer y la familia que gestan una nueva vida humana, poniendo particular atención a los servicios de salud que se ofrecen a las mujeres embarazadas. La maternidad saludable y segura es un derecho de toda mujer cuya protección es obligación del Estado. Ninguna mujer debería morir al dar a luz y en este objetivo los hombres son agentes de cambio para apoyar los derechos humanos y la maternidad sin riesgos.

En septiembre del año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los dirigentes mundiales acordaron una serie de metas y objetivos medibles y con plazos para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del

medio ambiente y la discriminación en contra de la mujer. Estas metas, que constituyen el centro de la agenda mundial, se conocen actualmente con el nombre de Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la Declaración de la Cumbre del Milenio también se esbozó un plan acordado por consenso en cuanto a la forma de aplicar la Declaración, prestando más atención a los derechos humanos, la buena gestión de los asuntos públicos y la democracia. Las investigaciones indican que la intervención individual más importante para una maternidad sin riesgo es asegurar la presencia en todos los partos de un agente capacitado con aptitudes obstétricas, que haya disponibles medios de transporte para llevar al paciente a un centro de salud, y que haya disponible atención obstétrica de emergencia.

Con respecto a la protección de la maternidad, la Declaración se propone como objetivo mejorar la salud materna y neonatal. La meta radicaría en reducir la mortalidad materna proporcionando orientación y fomentando las intervenciones clínicas y programáticas de eficacia demostrada. Su piedra angular es la estrategia de Atención Integrada del Embarazo y el Parto, que ofrece orientación e instrumentos para aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad. Además, fomentar la atención especializada a todos los partos. Asimismo, fomentar la participación individual, familiar y comunitaria en actividades destinadas a aumentar el acceso a una asistencia de calidad y humanismo como pilares de atención integral en salud materna.

Para finalizar este recorrido por los principales acuerdos universales sobre derechos humanos y específicamente aquellos que hacen referencia al derecho humano a la protección de la maternidad, se hace necesario mencionar el Convenio OIT No.183. Una Nueva Norma Para un Nuevo Siglo: Protección de la Maternidad. En junio de 2000, la Organización Internacional del Trabajo adoptó un nuevo Convenio y una Recomendación sobre la protección de la maternidad el Convenio No. 183, en su artículo sexto la instancia ratifica que se deberán proporcionar prestaciones en salud a la madre y a su hijo, de acuerdo con la legislación nacional o en cualquier otra forma que pueda ser conforme con la práctica nacional. Las prestaciones médicas deberán comprender la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia después del parto, así como la hospitalización cuando sea necesario y siguiendo los lineamientos de calidad de la Organización Mundial de la Salud

La Recomendación núm. 95 del convenio señala que las prestaciones en salud deberían tener por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la mujer embarazada, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales. Se prevé además que las instituciones o los departamentos gubernamentales que concedan las

prestaciones médicas deberían estimular a las mujeres protegidas para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Así, la protección de la maternidad compensa un objetivo más amplio de integración social que la protección tradicional de la seguridad social, en la medida en que no sólo prevé unos ingresos sustitutivos, y de ese modo protege el estado de necesidad, sino que también pone a disposición de los beneficiarios servicios de salud apropiados como parte de una conciencia solidaria del estado hacia la maternidad misma. El embarazo, el parto y el período puerperal son tres fases de la vida procreadora de una mujer en las que existen peligros especiales para su salud que requieren una protección especial en el lugar de trabajo. La supervisión médica regular y, cuando convenga, la adaptación de las actividades de la mujer para ponerlas en armonía con su condición puede reducir mucho los peligros específicos para su salud, aumentar las probabilidades de un feliz resultado del embarazo y poner las bases de un crecimiento saludable del niño, finaliza alegando el convenio.

En referencia al tema en Costa Rica y siguiendo la legislación concerniente el artículo 51 de la Constitución Política, consagra a la familia como el elemento natural y fundamento esencial de la sociedad, por lo que instituye un derecho de protección especial, por parte del Estado en especial a la salud de los mismos; derecho que, expresamente, se hace extensivo a la madre, al niño, al anciano y al enfermo desvalido. Atendiendo a esa norma de rango constitucional y también a la prevista en el numeral 71, se han emitido una serie de normas, de distinto rango, tendientes a desarrollar esa protección especial, garantizada constitucionalmente, en especial a la mujer en estado de gestación y con respecto a la protección en salud que su condición conlleva y a la práctica clínica más segura posible con el fin de preservar y garantizar la salud materna. El derecho a la protección de la salud durante el embarazo y en la época de lactancia queda plasmado también en la ley general de salud.

El sistema nacional para proveer los servicios de salud para los y las costarricenses, se ha construido a lo largo de varios años. La primera institución de salud pública fue la Subsecretaría de Higiene y Salud

Pública que se fundó en 1922 y posteriormente se convirtió en Ministerio de Salud. En 1924 se creó el Banco de Seguros, hoy Instituto Nacional de Seguros (INS), que en 1926 incorporó los servicios médicos para cubrir riesgos laborales y el seguro obligatorio de vehículos. En 1941 se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para atender la salud de los trabajadores y en 1961 el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados,

hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados(A y A). El sistema se complementa con otras instituciones públicas encargadas de bienes o servicios específicos, así como por un conjunto de establecimientos privados que ofrecen servicios de diferentes índoles, todas relacionados con la salud, de los y las costarricenses con remanencia histórica de concordancia a su aparición y a su reconfiguración de acuerdo a la actualidad política y social del país, no haciéndose ajeno al concepto de protección a la maternidad, dentro de su rango de acción.

La Ley General de Salud establece que la salud es un bien de interés público tutelado por el Estado y que desde 1961 existe el principio de universalidad del seguro de salud, el censo nacional del 2000 reveló que solo el 81,8% de la población estaba asegurada mediante las diferentes modalidades, por lo que aproximadamente el 18% de la población no contaba legalmente con este seguro. Si bien oficialmente se afirma que en caso de requerir atención los no asegurados pueden utilizar los servicios públicos, en la práctica ello implica vencer barreras de tipo administrativo y económico que les limita el acceso a dichos servicios y responder a los planteamientos de orden reglamentario en lo que respecta a la validación de el sistema de atención de salud en la institución prestante de servicios de salud más grande de nuestra sociedad, a saber la Caja Costarricense del Seguro Social, situación que podría infringir el derecho humano propio a la salud y por ende a la salud materna como parte de la protección a la maternidad misma.

La protección de la salud de madres y niños en la esfera de la política pública no constituye un tema novedoso de discusión, ha sido una prioridad en la agenda social de muchos países desde el siglo XIX, lo que explica en gran medida la drástica reducción de la mortalidad materna e infantil en todo el mundo en el siglo veinte. La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños se volvió prioritaria después de la Segunda Guerra Mundial y ello se puede observar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que establece la obligación de todos los países de proporcionar especiales cuidados y asistencia a las madres y los niños.

El sector salud mantiene un creciente interés en la evaluación y mejoría de la calidad de atención de los servicios de salud brindados a las mujeres en estado de gestación y a sus familias, unido a la preocupación de los usuarios y la población sobre la calidad, eficiencia y equidad de los servicios recibidos. Ante esta situación el Ministerio de Salud como ente rector de la salud de nuestro país, está dirigiendo esfuerzos para el mejoramiento continuo de la calidad y agilización de los procesos de la institución en especial los de dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación, investigación y

desarrollo tecnológico. La salud es uno de los derechos esenciales de las personas, el cual es consagrado en la Constitución Política Costa Rica, en este sentido el sistema de salud reconoce a la población como sujeto de derecho y garantiza la atención integral en salud, oportuna y con calidad, en igualdad de oportunidades, con respeto a la integralidad y a la especificidad biológica, social y cultural de las personas y colectividad, al menos eso queda plasmado en las diferentes normativas que de atención materna existen, en ellas se definen estrategias relacionadas a la atención integral en salud y la cumplimiento de ciertos estándares de atención.

Las políticas de estas normativas de atención materna giran alrededor de la atención integral, desde la perspectiva de género y derechos de los hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo de vida, dando énfasis a la prevención y promoción de una sexualidad segura y responsable. La provisión de servicios de salud tanto públicos como privados en el territorio nacional, se basa en el cumplimiento de las normas de atención dando énfasis en la insatisfacción de los usuarios sobre los tiempos de espera, la ética y el trato humanizado. Además se incorporan los diferentes procesos de evaluación que garanticen la equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios.

En Costa Rica existe una amplia legislación sobre el tema de la mujer, entre Leyes, Decretos y reformas un total de aproximadamente treinta instrumento legales sobre el tema de la mujer y la familia. Me permito citar algunos de ellos: Código de Familia, Ley Contra la Violencia Doméstica; Ley Contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia; Ley de Fomento de la Lactancia Materna, que persigue fomentar la nutrición segura y eficiente de los lactantes, No está demás citar. La Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, se crea con el objeto de ayudar a superar la histórica discriminación de la mujer 7142 en el año 1990, y las reformas al Código Electoral (Ley 7653 de 1996), Las Leyes sobre el tema de la discriminación, representan un hito histórico con respecto a la participación política femenina. La Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, obliga al Estado Costarricense a promover y garantizar la igualdad de derechos en todas las esferas, y la segunda obliga a los partidos políticos a asegurar la participación real de la mujer en la estructura partidaria y en las papeleras de los puestos de elección popular. En materia Laboral se hicieron importantes reformas al Código de Trabajo, en el caso de la trabajadora embarazada gozará obligatoriamente de una licencia remunerada por maternidad durante el mes anterior al parto y los tres posteriores a él: Obliga a los patronos a tomar en cuenta esta remuneración e para el cálculo de derechos laborales

El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información sobre la procreación y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de su fecundidad. Derecho a recibir servicios adecuados de salud que permitan el desarrollo de embarazos y partos sin riesgos o con los menos posibles, así como la ayuda en casos de infertilidad. El embarazo precoz o inoportuno en los adolescentes se asocia a elevadas tasas de morbilidad materno-infantil con una creciente incidencia en abortos y riesgo de contagio de enfermedades sexuales. De este conglomerado de normativas se extraen una serie de principios y fundamentos que se relacionan directamente con el derecho humano a la salud y a la protección de la maternidad en consecuencia de proveer servicios de salud de calidad y con garantía para las mujeres y sus familias. Los servicios de salud en este campo deben contemplar:

- Orientación, información, educación, comunicación y servicios de calidad en la esfera de la planificación familiar;
- Atención prenatal, postnatal y de parto sin riesgo, incluido el amamantamiento;
- Prevención y tratamiento de la infertilidad;
- Atención médica y de salud mental para niñas, adolescentes y mujeres adultas que hayan experimentado o experimenten alguna forma de violencia;
- Información, educación y orientación sobre la sexualidad humana, la salud sexual, la paternidad responsable y la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual;
- Prevención del aborto y atención, con trato humanitario, de sus diversas complicaciones cuando se ha efectuado en condiciones de riesgo para la salud de la mujer;
- Información para mujeres y hombres acerca de los factores que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer e infección del sistema reproductivo;
- Remisión o derivación a servicios adicionales o especializados relacionados con planificación familiar, infertilidad, complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, infecciones y cáncer del sistema reproductivo

Las políticas relacionadas con la reproducción humana deben ser muy cautelosas en considerar las diferencias de género. La igualdad entre el hombre y la mujer no debe ser interpretada como identidad o igualdad absoluta. Partiendo de los datos biológicos y la estructura psicológica es impensable que en la totalidad de los aspectos jurídicos y sociales se impongan los mismos derechos y obligaciones. La mujer desempeña un papel protagónico en la reproducción, los nueve meses de embarazo le merecen un reconocimiento como sujeto que requiere de cuidados y protección especiales, y así lo reconocen las leyes sanitarias, las laborales y de seguridad social.

La atención prenatal, de la labor de parto y del parto natural debe vigilar efectivamente el derecho a la salud de la mujer y el respeto a las decisiones sobre su cuerpo y no apuntar simplemente al cumplimiento de normativas específicas y generales de atención, más bien deben apuntar hacia la particularidad de los seres humanos como entidades únicas. No se deben realizar nunca acciones encaminadas a suspender o acabar con las posibilidades físicas de una mujer para ser madre, sin contar con su pleno e informado consentimiento. Además de la consideración de género, las políticas sanitarias relacionadas con la reproducción deben considerar las particularidades de cada grupo social, tomar en cuenta la heterogeneidad cultural de la población, permitiendo a cada persona ejercer sus derechos según sus perspectivas y necesidades individuales.

La atención en salud de un ser humano se inicia con los cuidados a la madre durante el embarazo. La estrecha vinculación biológica entre gestante y su producto durante el embarazo, el puerperio y la época de lactancia, hacen imposible la referencia a la salud de uno que no implique la del otro, por ello se entiende a la atención materno-infantil como una unidad en el tratamiento y el seguimiento a seguir, así como de los lineamientos propios que exigen esa atención. La mujer embarazada y la que da a luz debe de ser atendida, considerando su individualidad por una parte y, por la otra, el ser portadora de un ser en formación o la responsable de la alimentación y cuidados del recién nacido. Los servicios de salud deben permitir la participación activa de los miembros de la familia en el proceso mismo de gestación, ya que su particularidad otorgara al nuevo ser humano en crecimiento un estilo de vida propio y la posibilidad de desarrollo adecuando, iniciando con el sentido de pertenencia.

La atención de las mujeres en el periodo materno sea este en el estadio prenatal, parto y posnatal, es uno de los servicios que en nuestro país ha sido ofrecido y liderado por la Caja Costarricense del Seguro Social a través de los diferentes centros de atención a las personas y los profesionales encargados de brindar esta atención a través de su práctica clínica.

La institución ha visualizado la necesidad de realizar una serie de acciones que fortalezcan estos servicios, por ser una de las intervenciones más costo efectivas en salud y porque es un periodo de oportunidad para las mujeres y sus familias de lograr bienestar en todo el sentido del término.

Por tal preocupación en el año 2008 elaboró una guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto, que fue distribuida en todos los

establecimientos y es de acatamiento obligatorio en todos los niveles de atención. “Es por esta razón que estamos comprometiéndonos como institución para que las mujeres de nuestro país cuenten con una mejor atención durante estos procesos tan importantes en nuestras vidas, como medio de ejercicio de su derecho básico a la salud”. Quirós. (2008). Entre los aspectos más relevantes que se incluyen en esa guía están los siguientes

- La mujer adopta la postura que prefiera para dar a luz.
- Eliminar las salas de alojamiento de recién nacidos sanos lejos de su madre.
- Emplear oxitócica (medicamento para acelerar la labor de parto) sólo en caso de necesidad.
- Implementar programas para racionalizar las tasas de cesáreas.
- Realizar episiotomía de forma selectiva.
- No rasurar el periné en forma rutinaria.
- Informar sobre los riesgos de anestesia epidural.
- Permitir a la parturienta estar acompañada.
- Respetar los tiempos naturales del parto.
- Facilitar el parto vaginal después de la cesárea.
- Favorecer que el niño y su madre estén juntos tras el alumbramiento.
- Favorecer la lactancia materna.
- Mejorar la comunicación con las mujeres

El parto es un proceso innato, fisiológico y natural. El derecho a un parto seguro y decente debería ser reconocido como derecho universal de las mujeres y sus familias como medio favorecedor del derecho humano a la protección de la maternidad en cuanto a tal. Los derechos de las mujeres y sus recién nacidos en el parto y nacimiento son intransmisibles, y no son secundarios a las exigencias del gobierno, del personal de salud, de las instituciones o de cualquier otra persona o institución. Madre, familia y recién nacido figuran en este proceso y los deseos y sentimientos de la madre deben estar en primer lugar. El parto no es seguro cuando los deseos de la madre toman un segundo lugar frente a las rutinas de quienes asisten el parto.

La Organización Mundial de Salud señala que el parto hospitalario en todos los países que tienen maternidades hospitalarias es traumático para la mayoría de las mujeres. También se han revelado que la probabilidad de sentirse deprimida después del parto está relacionada con el número y trauma de las intervenciones del personal de salud que les ofrecen atención en el proceso. Contradictorio a la opinión popular, la buena atención en el parto no es solamente cuando el personal de salud es amable, simpático o hasta cariñoso; tienen que escucharla y tomar en serio sus deseos. Un parto humanizado es posible cuando se hace partícipe y fuente de decisión sobre su parto a la mujer, cuando tiene opciones, cuando se le pregunten sobre qué es lo que quiere, cuando las personas que le atienden tomen en cuenta sus sentimientos y deseos.

La oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales. Dicha conferencia dictaminó lo siguiente:

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- 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.

- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.
- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- 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.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad. Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- 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. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre

tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

- Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Además de estas recomendaciones, ofreció algunos lineamientos secundarios para garantizar la protección de las mujeres y sus niños durante la labor de parto y el parto, como fundamento y ente potencializador de la protección a la maternidad en aspectos propios de atención en salud y relacionados directamente con los puntos citados anteriormente, se destaca que el cuidado del embarazo y parto normales debe:

- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.

- 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.
- 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.
- Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- 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.
- 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.
- Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no-solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

La atención y cuidado integral de las mujeres y sus familias durante la labor de parto y el parto, así como la asistencia eficiente del recién nacido, constituyen intervenciones importantes que el equipo de salud puede realizar para consolidar una buena salud perinatal fundamentada en los derechos humanos y en tanto oportuno derecho humano a la protección de la maternidad. Los avances en Obstetricia y de los diferentes

movimientos mundiales para humanizar el nacimiento, considera necesario actualizar los estándares de atención y las prácticas que los diferentes estudios han demostrado seguras y eficaces, excluyendo las que, utilizadas de forma rutinaria producen mayores riesgos y complicaciones, así como las que han demostrado que no tienen ningún beneficio y que al aplicarlas, más bien producen mayores inconvenientes para las madres y los recién nacidos.

En este sentido, el enfoque de atención de las mujeres, los niños y niñas, así como de sus familias en los diferentes aspectos de la salud reproductiva y en particular, durante el embarazo y nacimiento, requiere de una transformación indispensable: de la medicalización y el intervencionismo innecesario a un enfoque positivo de salud que visualice la misma en la perspectiva de los derechos humanos.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.

Alcance de la investigación.

Se utilizará el carácter descriptivo orientando el conocimiento hacia las prácticas en salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad en mujeres durante la labor de parto, considerando al equipo humano encargado de la atención de las mismas como el principal ente que provee esas prácticas, así como el medio ambiente en el que se desarrolla esa atención. El estudio descriptivo de la situación planteada seleccionará una serie de cuestiones relacionadas directamente con el problema de investigación y se medirán cada una de ellas independientemente, para así, y valga la redundancia, describir lo que se investiga. En relación al tiempo, la investigación tomara una orientación transeccional o transversal ya que los datos serán recogidos en momentos determinados, en un tiempo único, con el propósito de describir variables, y analizar su incidencia e interrelación. Será como tomar una fotografía del fenómeno analizado en el propio momento que sucede.

Hipótesis.

En la investigación a desarrollar la hipótesis se formulará como hipótesis de trabajo. Se trata de unos supuestos basados en hechos conocidos que sirven como puntos de referencia para la misma investigación. Así entonces se reconocería que: El derecho humano a la protección de la maternidad se favorece con prácticas en salud que dignifiquen y garanticen atención humana y oportuna a mujeres y sus familias durante la labor de parto.

Elección del diseño de investigación.

El diseño de investigación al ser un plan de acción. Indicará la secuencia de los pasos a seguir en el proceso investigativo. Me permitirá precisar los detalles de la tarea de investigación y establecer las estrategias a seguir para obtener resultados que me acerquen al conocimiento de lo precisamente investigado, además de definir la forma de encontrar las respuestas a las interrogantes que inducen al estudio. Por el carácter propio de la investigación y los asuntos a analizar, el modelo a seguir será de carácter cualitativo de investigación, indagará sobre todo lo relativo al fenómeno.

La elección del diseño metodológico más apropiado para estudiar las realidades de los seres humanos, ha ocasionado un problema cuya discusión académica se mantiene en la actualidad, para el presente estudio que trata de ofrecer un acercamiento al derecho humano a la protección de la maternidad a través del análisis de las prácticas en atención de salud a mujeres durante la labor de parto, se utilizará la fenomenología como estrategia de investigación, ya que se aproxima a aquellas realidades de los hombres y las mujeres, que por su complejidad, son experiencias profundas y únicas, difíciles de ser narradas o descritas y que nunca llegarán a ser susceptibles de interpretarse, a través de generalizaciones ni de elementos cuantificadores. El proceso metodológico de la fenomenología, consistirá principalmente en indagar y describir con rigurosidad y seguidamente construir, a partir de las experiencias indagadas, a través de un análisis representativo e integrador.

Dimensiones del estudio.

Dimensión A: El derecho humano a la protección de la maternidad

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

Dimensión B: Prácticas en atención de la salud a las mujeres y sus familias durante la labor de parto.

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

Población y muestra.

La población será constituida por el total de prácticas en atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad y ofrecidas a mujeres en trabajo de parto en el hospital Max Peralta Jiménez de la ciudad de Cartago, teniendo en consideración que dichas prácticas son brindadas por un grupo de profesionales que tienen a cargo la atención propia de la labor de parto, a saber médicos y enfermeros y un medio ambiente de atención particular: la sala de labor de parto. La unidad elemental de

observación será la práctica en atención de la salud durante la labor de parto ofrecida a mujeres en el hospital Max Peralta Jiménez de la ciudad de Cartago que favorece el derecho humano a la protección de la maternidad.

Por la naturaleza cualitativa de la investigación el tamaño de la muestra se determinará la alcanzar el “punto de saturación”, que consiste en una conducta observable que se repite en un número determinado de ocasiones en la unidad elemental de observación, permitiendo obtener conclusiones prácticas.

Método de recolección de datos.

- Observación no participante. Se contemplara lo que está sucediendo y se registrarán los hechos sobre el terreno. La observación no participante existirá cuando la interacción con el medio es mínima, utilizando estrategias no intrusivas en el flujo de los acontecimientos.
- Crónicas de flujo de comportamiento. Existirá con la ocurrencia de una serie de actos humanos que se desarrollan de una manera sistemática y organizada de la unidad e análisis a considerar. El investigador aportara el conocimiento de forma integral y pormenorizada.

Instrumento de recolección de datos. (Ver anexo 1)

- Guía de observación no participante. Presentación gráfica de los aspectos relevantes cuestionados inductivamente en la investigación y dirigido a las prácticas en salud que favorecen el derecho humano a la maternidad durante la atención de mujeres durante la labor de parto.
- Notas de campo. Representaciones completas y precisas aportando relato continuo que refleje objetivamente la realidad existente en el escenario de interés y describiendo minuciosamente el entorno físico en el cual se desarrollan las prácticas en salud para la atención de la mujer y su familia durante la labor de parto.

- Preguntas directivas y centradas en foco. Dirigidas al personal en salud encargado de ejercer las practicas en atención de la salud a mujeres durante la labor de parto.

Métodos de análisis de los datos.

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

- Inducción analítica. Se verificará los supuestos existentes y que sustentan el carácter teórico del estudio, identificando proposiciones universales y leyes causales en cuanto a la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental.
- Análisis del progreso. Se analizaran los datos como un proceso continuo durante el progreso de la investigación. La recolección de los datos y el análisis de los mismos, serán adyacentes en una metodología de ir descubriendo la realidad en el progreso de la investigación

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS.

Se consideran las prácticas en atención de salud, dirigidas a la mujer en estado de gravidez y específicamente y para los intereses del estudio las que se desarrollan durante la labor de parto, como el principal aspecto potencializador del derecho humano a la protección de la maternidad, así se derivan las dimensiones del estudio, al respecto cabe presentar los datos de acuerdo a los aspectos dirigidos en el marco teórico como primordiales para tal efecto.

La calidad de la atención en salud y de sobremanera la que se desarrolla durante la atención a mujeres en labor de parto en conjunto con su grupo familiar tiene como tema central la comunicación humana, si la comunicación en la relación prestador de atención/mujer y familia es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada y la confianza decrece de manera considerable hacia el equipo de salud encargado de ofrecer cuidados. Entendiendo este concepto es que la comunicación e información de las condiciones propias de la mujer durante la labor de parto, constituye un punto de partida para establecer criterios de fortalecimiento del derecho humano a la protección de la maternidad, ya que a través de él se establece un mecanismo de confianza en el que la familia o allegados de la mujer participan de manera activa.

Las observaciones propias a través de los instrumentos refieren un distanciamiento considerable entre el equipo de salud que ejerce cuidados a la mujer durante la labor de parto y la misma, y casi en su totalidad de su grupo familiar, algunas excepciones son presentes pero la regla en general define vías de comunicación inexistentes. A la mujer no se le informa su condición de salud de manera tal que logre entender su estado y participe de manera activa en el proceso que conlleva su parto, solo se introducen algunos conceptos que por regla general facilitan la prestación de servicios de salud al equipo profesional encargado de brindarla.

...Ana (nombre ficticio, hecho real) de 17 años de edad se encuentra en franco trabajo de parto...se observa intranquila con facies obvias de dolor debido a las contracciones uterinas... se encuentra sola ya que a su madre se le ha negado estar con ella ya que el lugar es pequeño y hay más mujeres en las mismas condiciones que Ana...voltea la mirada como buscando alguna persona en quien afirmarse...se acerca una enfermera para auscultar la frecuencia cardiaca del bebe de Ana...ella la toma del brazo y expresa...ayúdeme por favor...le enfermera reacciona y le

dice...suélteme niña...ustedes agarran muy duro...se aleja rápidamente del lugar diciéndole...recuéstese de medio lado...respire profundo...así es esto niña...

Otras proyecciones comunicativas dirigidas a la mujer en labor de parto son coincidentes con medidas propias de tratamiento particularmente centrado en aspectos biológicos de la atención.

- Señora colóquese de medio lado
- No puede caminar
- Va bien tranquila,
- Firme esta hoja para poderle hacer todos los procedimientos
- Acuéstese de medio lado
- Respire como le dije por favor
- Ahora le digo como va todo
- Tengo 8 pacientes mas...pronto le informare
- Aquí no puede entrar el familiar...el espacio es poco
- No grite...si grita la dejo sola
- Responda las preguntas que le hago...cuántos niños tienes...tiene salida de liquido...se le mueve el bebe...etc.

Así entonces proyectar cuáles son las particularidades comunicacionales que forjan la actitud de tratamiento ideal y que evidentemente son ignoradas en el proceso de atención a la mujer durante la labor de parto a través de prácticas en atención de salud y que van en decremento con el derecho humano a la protección de la maternidad son:

- Trato amable y respetuoso, pues ya es suficiente carga para la mujer en labor de parto tener que afrontar su estado y la angustia acompañante, como para soportar además la indiferencia en aspectos tan vitales como la comunicación, considerando además a la familia como un elemento suscrito a la mujer.
- Transparencia en el diálogo hacia la mujer en labor de parto y su familia.
- Escucha atenta y libre de la emisión de juicios de valor.

- Lenguaje claro, teniendo en cuenta durante la comunicación con la mujer en labor de parto tanto la carga emotiva de las palabras, como la adecuación de la entonación, los silencios y las pausas discursivas y el lenguaje no verbal.
- Determinar de antemano los conceptos centrales a transmitir a la mujer en labor de parto y su familia acerca de la evolución y pronóstico del mismo.

La evolución natural del trabajo de parto procura la atención al nacimiento de un nuevo ser humano, respetando la fisiología de este proceso, sus aspectos emocionales y sociales y el protagonismo de las mujeres, es un objetivo de salud prioritario para este aspecto que se refleja como uno de los componentes más destacados en la protección a la maternidad como un derecho humano fundamental, destaca la importancia de atender los aspectos emocionales y sociales de un acontecimiento de la trascendencia del parto y del nacimiento para mejorar el bienestar de la madre y del recién nacido, favorecer el establecimiento de un vínculo estrecho entre ellos e incrementar la autoconfianza de la mujer hacia los prestadores de atención en salud durante el proceso. El apogeo de la medicina basada en la evidencia está poniendo de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto, lejos de aumentar la seguridad, ocasiona iatrogenia, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo de la mujer con su futuro hijo e interrumpe la participación de la familia en la labor de parto misma. Ante las instancias formuladas por las mujeres y sus parejas de disponer de un parto normal de forma natural, en el cual puedan tomar decisiones y expresar sus necesidades y preferencias, y con el objetivo de que el parto sea tan fisiológico como se pueda, se eviten intervenciones innecesarias y se permita a las gestantes y sus parejas escoger los procedimientos que crean más adecuados, se ha considerado necesario que los hospitales ofrezcan a través de prácticas en salud la asistencia natural al parto normal, acentuado en esta investigación como fundamento para la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental.

...José y María (nombres ficticios, hecho real) están en labor de parto...recibieron la preparación en el embarazo para afrontar este momento de la mejor manera...ella quiere que su hija nazca lo más natural posible...se encuentra en la sala de labor ligada a una cama ya que no le facilitan el levantarse...le han colocado un suero en su brazo derecho...y justo ahora es valorada para determinar su progreso en la labor...la enfermera afirma que deben acelerar la labor con “pitocin” ya que esta lerda...mira como la enfermera inyecta en el suero colocado una sustancia que casi de manera inmediata incrementa el ritmo y la intensidad de las

contracciones...además la enfermera le expresa que la va a revisar para ver cómo va la dilatación ...al hacer el procedimiento refiere que tiene cinco centímetros y va a romper la bolsa para ayudarla...la mujer ante todo este proceso que no tardo más de cinco minutos...no ha emitido palabra alguna...solo se muestra como espectadora...parece que no entiende lo que se le está realizando...hace exactamente todo lo que se le solicita...su esposo en sala de espera...sólo pide a Dios que todo sea de la mejor manera y lo más rápido posible...le han informado que le avisaran sólo cuando la niña este por nacer...y que por favor no pregunte nada hasta ese momento...espere y nosotros lo llamamos...

Al observar las practicas de atención en salud y desarrolladas por profesionales en el campo de la obstetricia durante la labor de parto que se distancian del respeto a la evolución natural de la misma, quedan patentes y repetidamente ejecutadas

- Uso de la oxitocina , de manera generalizada
- Rompimiento artificial de membranas ovulares sistematizada y como procedimiento rutinario.
- Infusión de líquido intravenoso a toda mujer en labor de parto, lo que conlleva obviamente a la colocación de catéter venoso.
- Valoración subsecuente en la condición del cuello uterino, lo que implica manipulación y maniobras innecesarias y repetitivas.

La atención en salud a mujeres y sus familias en labor de parto, debe orientarse y tener como fundamento la evolución fisiológica de la misma, consiste en la mínima intervención obstétrica, de manera que sólo se interviene en el parto cuando sea estrictamente necesario con la finalidad de resolver algún problema. Lo que se pretende, pues, es aportar el máximo de confort y apoyo psicoafectivo tanto para la madre como para su pareja y el recién nacido, pero sin tener que renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se obtienen en la atención hospitalaria del parto y siempre con un ambiente próximo a la mujer, así entonces se deberían tener en consideración los siguientes parámetros:

- Mejorar la atención al parto y al nacimiento, ofreciendo una asistencia respetuosa con la fisiología, personalizada, basada en la evidencia científica y sensible con los aspectos emocionales y sociales de este singular proceso.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y sus familias, y en las relaciones de pareja.
- Contribuir a la adopción de prácticas basadas en el mejor conocimiento disponible en la actualidad: promover el uso de la tecnología apropiada a cada parto, eliminando el uso rutinario de determinadas prácticas en atención como la ruptura artificial de las membranas, la infusión de oxitocina, la monitorización continua, la episiotomía, etc., que sólo se realizarán bajo indicaciones precisas.
- Prohibir prácticas consideradas innecesarias como el enema y el rasurado del periné, o perjudiciales como la posición de litotomía dorsal en el expulsivo o la separación del recién nacido sano de su madre.
- Introducir nuevas prácticas como la ingesta de líquidos, la de ambulación, la libre elección de la posición en el expulsivo y el contacto piel con piel durante la primera hora de vida.
- Sensibilizar al personal de salud relacionado con la atención durante la labor de parto y al nacimiento para que sean capaces de incorporar los contenidos de la evolución fisiológica de la misma en su trabajo.
- Promover el desarrollo de investigación orientada a mejorar las prácticas en la atención al parto y al nacimiento y en los procesos de innovación aplicados, así como su impacto en la salud de las mujeres y sus hijos/as.

La atención y las practicas en salud dentro del contexto del cuidado humano a la mujer durante la labor de parto incluye conocimiento, responsabilidad, valores, afecto, por lo tanto, el cuidado debe ser sentido, vivido y ejercido y ha de hacerse evidente en los actos profesionales que realizan los encargados de la atención , permitiéndoles construir una interacción humana solidaria, que favorece el desarrollo de las personas, aceptándolas tales como son, con todas sus características y respetando su dignidad humana, y sobre todo considerando que el momento del parto y el nacimiento, comparados con la duración del embarazo; es corto, pero tal vez sea el más impresionante y significativo de toda la

gravidez, tanto para la futura madre, como para el hijo y la familia. De tal manera que, los profesionales en salud deben estar presentes y dar apoyo en la expresión de sentimientos positivos y negativos, como una conexión profunda entre estos y la parturienta.

Por lo tanto, se puede deducir que en la forma cómo se cuide a la embarazada en el proceso de trabajo de parto va a condicionar el proceso del mismo en forma positiva o negativa, por lo que durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, se debe asegurar el bienestar de la madre por medio del libre acceso de una/un miembro familiar (acompañante) elegido por ella. Además, el equipo de salud está en la obligación de suministrarle apoyo emocional.

Lo anteriormente expuesto nos deja claro que durante todo proceso de trabajo de parto la embarazada debe sentirse querida y apoyada por la persona a cargo de su atención, su intervención estará orientada al establecimiento de una relación significativa y abierta, alentar a la madre a ser autosuficiente y apoyar tanto a esta como a su familia para que sea una experiencia más satisfactoria.

En consecuencia, es necesario que los profesionales en salud proporcionen un sistema de apoyo personal a la embarazada durante el parto, cuidando favorecer el curso normal del mismo, reforzando comportamientos que faciliten sentimientos positivos en el avance del parto proporcionando información oportuna, comprensible, coherente y precisa, reduciendo así las manifestaciones de dolor, temor, ansiedad y fatiga.

El Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, proclama en su primer considerando: "... La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana".

Para los escritores de la Declaración Universal la dignidad humana es la fuente y la raíz de aquellos bienes jurídicos que todo ser humano porta como atributos inherentes a su condición de tal. Por consiguiente, cualquier ataque contra los derechos humanos debe ser visto como un desconocimiento de aquel realce ontológico y moral que hace de cada persona una criatura autónoma, inviolable e indisponible. La injusticia y la insolidaridad son realidades negativas que impiden a los seres humanos acceder a sus más elevadas aspiraciones, gozar de legítima autonomía, desenvolver libremente su personalidad, participar de modo activo en la vida pública y demandar de las autoridades y de los particulares el más absoluto respeto por su indeclinable dignidad. El logro de una paz

auténtica exige la desaparición de esas dos realidades dolorosas, incompatibles con lo que toda persona merece como tal. Será entonces la realidad de las mujeres en labor de parto una vivencia humana relacionada con la dignidad, corresponden las prácticas en la atención en salud por parte de los profesionales un ejercicio favorecedor del derecho humano a la protección de la maternidad en tanto se respete la dignidad de la persona humana a mujeres en esta etapa de su embarazo?.

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

Es en esta mujer indígena en la que se invierte el menos tiempo de atención en comparación con las otras mujeres que la acompaña en la sala...es a la que menos le explican su condición, se arroja y se liga a una cama, ni siquiera se considera la presencia de su compañero.

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

El nacimiento es un acontecimiento humano que más emociones despierta. A lo largo del tiempo la mujer se ha enfrentado a él con un desconocimiento prácticamente absoluto. La ignorancia, miedo, tabúes y supersticiones han sido sus acompañantes. En cada grupo cultural, por tanto, se arrastran diversas visiones del proceso del embarazo y parto que deben ser considerados por el personal de salud que procede con cuidados y prácticas durante la evolución del trabajo de parto como tal.

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

Los aspectos culturales de un pueblo establecen el significado y visión de la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y las prácticas de cuidado. La gestación, la maternidad y el nacimiento no están libres de las construcciones culturales, sus valores y creencias en torno a este proceso, considerado como natural y que se enmarca en la continuidad de la raza humana. Cada cultura los define y representa desde su visión particular de la vida.

...”a esta paciente hay que apurarla si no nuca va a salir” refiere una enfermera que recién inicia sus labores en la atención directa de las mujeres en la atención de parto...”Doctora creo que voy progresando bien ya tengo siete y entre con cinco ya casi verdad”. Refiere la señora

Casi al instante la enfermera realiza una revisión ginecológica para determinar la dilatación cervical de la mujer “pongámole candela” refiere la enfermera: -“Por favor ayúdeme ya no aguanto” - “Señora nosotros conocemos nuestro trabajo este tranquila” -“páseme ya por favor.” -“No insista señora yo sé cuando hacer lo que corresponde”.

Casi en el acto la señora concibe a su hijo en la misma cama de la sala ante la mirada y presencia de cinco mujeres más y al menos siete personas presentes “se lo dije doctora” “ya paso todo señora tranquila.

Las practicas en salud modernas , dominadas por la perspectiva biologista, han pretendido convertir el proceso de embarazo y parto en un evento exclusivamente médico, y no la experiencia familiar y social que había sido desde tiempos pasados en la que la vivencia familiar sobresalía . La llegada de un nuevo ser humano puede ser a la misma vez un proceso de gran incomodidad y esfuerzo físico para la parturienta y una ocasión de gran júbilo para la mujer y su familia. Ambas circunstancias llaman a la necesidad de que la mujer sea abordada en un ambiente que facilite su participación y en el cual su voz sea escuchada y potencialice las acciones que su desempeño en el trabajo de parto mismo, así entonces las consideraciones que ella determine para su atención sean consideradas en función de un consentimiento informado de manera plena y de carácter humano.

La oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en el año de 1985. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de algunas recomendaciones que van de la mano con el respeto de las decisiones de la mujer durante la labor de parto. Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal que ejerce las prácticas propias de atención a la mujer durante la labor de parto. Es así como en el caso observado las referencias verbales de la mujer pasan inadvertidas como si ella estuviera fuera de las disposiciones que se toman en su cuerpo y directamente sobre la evolución del trabajo de parto y del feto por nacer y el interés superior de este.

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

Debe promoverse prácticas en salud durante la atención obstétrica de una manera crítica y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985 y siguiendo sus premisas teóricas: “Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el personal de salud también debe prestar apoyo emocional.”.Establece una afinidad entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada ni manipulada de manera excesiva. El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. El alumbramiento de la placenta se debe realizar previniendo y tratando una pérdida de sangre exagerada, sin perturbar el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del bebé es máximo en esa primera hora de vida

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto con frecuencia se caracterizan por adoptar medios “quirúrgicos” y “asépticos, se implantaron

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

Las siete con treinta de la mañana el hospital mantiene áreas para la disertación de varios procesos que incluyen la decencia y la discusión de casos clínicos de personas que son sometidas a tratamiento e intervención durante su proceso de salud-enfermedad.

Ahora hay siete personas todas vestidas formalmente y con gabacha larga blanca.

Con vehemencia dialogan entre ellos mismos, un hombre ingresa al aposento conteniendo en sus manos tres carpetas en las cuales se deposita el expediente de salud de tres mujeres embarazadas que se encuentran hospitalizadas en el servicio de maternidad. En tanto inicia la discusión de aspectos de salud que atañen de manera directa la condición de salud perinatal de tales mujeres embarazadas el objetivo de la discusión: el abortaje y tratamiento en salud al que se someterá a las mujeres y a sus fetos. La discusión es meramente clínica se analizan en tanto los laboratorios clínicos, las constantes vitales los estudios radiológicos, todo lo referente al estado de salud biológica de la madre y el feto. ¿Pero porque solamente una parte del equipo participa en la discusión? En detalle la disciplina médica; si en el diario de valoraciones y atreves de la observación veo participar alrededor de cinco disciplinas diferentes en la atención de mujeres embarazadas a las que se refieren los expedientes y la propia mujer litigante de su atención no se encuentra presente, la mujer misma no dimensiona el tratamiento que se está discutiendo o en su defecto alguna persona con afinidad emocional a ella y al feto no se encuentra presente en esa sala para anteponer o visualizar las necesidades e intereses de la mujer misma.

Tratamientos que tiene relación directa con el determinismo de trabajo departamental o la delimitación del tipo de tratamientos que los tratante proponen o en todo caso difieren el nacimiento de su niño, decisión importante para el futuro de la salud de la madre y el futuro ser humano en todo el concepto que involucra el termino.

El trabajo en equipo interdisciplinario parece ser una herramienta de gran valor para la ejecución de planes de atención orientados a favorecer la salud perinatal de una madre y su feto, la medicina, la enfermería, la psicología, el trabajo social, la nutrición e incluso el conocimiento que sobre su estado tenga la mujer embarazada, proveen al sistema de

riqueza diversa y visiones multilaterales que benefician el contexto mismo en el que se desarrolla el embarazo y el nacimiento de un nuevo ser humano. Sin embargo, los nuevos modelos de salud no han surgido para alcanzar este potencial, ni ha habido reconocimiento general de la contribución para el fomento del trabajo en equipo clínico o la necesidad de evaluar rigurosamente la facilitación del trabajo en equipo de clínicos a través de discusiones de casos, particularmente en la sesión observada, solo participan miembros de una sola disciplina, lo cual limita la visión y parcializa las prácticas que sobre el caso se recomiendan.

Trabajo en equipo en personal de salud se define a mi criterio como un grupo de personas que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común: el fortalecimiento y tratamiento para mantener el bienestar de la madre y el feto fruto de la concepción. Los miembros del mismo colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, responsables de una tarea específica que en definitivo potencializarían el derecho humano a la protección de la maternidad bajo la visión de multidisciplinaria que la salud ostenta.

El equipo de salud es definido por la OMS, desde 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a las personas y familias la atención más integral de salud posible. En el caso particular del tema en cuestión sobre el derecho humano a la protección de la maternidad, el equipo debe estar siempre presente en todas las acciones de salud que se programen a la mujer embarazada, teniendo como propósito la adquisición de conocimientos, el desarrollo de hábitos saludables por parte de la población, la modificación de los hábitos y actitudes negativas con respecto a la salud, promoviendo la participación permanente, consciente y responsable de la población en la solución de sus problemas de salud, específicamente en el embarazo y más aun durante la labor de parto misma.

El trabajo en equipos interdisciplinarios de salud en la atención de mujeres embarazadas y sus familias debe ser considerado como una modalidad dentro de una escala de prácticas colaborativas, reconocer los beneficios que dicha modalidad proporciona, no solo a los seres humanos, si no también a los miembros del equipo de salud misma.

Ahora me situó en la sala correspondiente a la atención de las mujeres durante la labor de parto, es un área de aproximadamente 60 metros cuadrados para la atención de cinco mujeres cada una de ellas con una cama de hospital asignada, cerca de las camas un monitor fetal para la vigilancia del estado del futuro ser humano, además de gran cantidad

de instrumentos para la aproximación de esta atención que el centro hospitalario facilita. En tanto a solo metros se encuentra el espacio para la atención de parto mismo, igual con dos camas facultadas y con los mecanismos necesarios para la posición establecida y acordada por los tratantes para la atención del parto.

...” Señora aquí es así, el dolor no se le quita hasta que puje el güila” la mujer luce desesperada, atada a una cama grita,” tengo demasiado dolor, no puedo más, sáquenmelo”.

Ante este escenario se desarrolla la labor de parto de una mujer en el proceso de concebir a su hijo.

La mujer es esquivada ante las personas a su alrededor, desconoce el grado de responsabilidad que tienen para con ella, incluso no conoce sus nombres, a todos los llama doctor, no acata ninguna disposición que se le brinda (“señora no grite, estece quieta, todo lo que hace es contra su hijo, voy a pasar a su familiar para que sea testigo de lo que está haciendo y el ridículo que está haciendo, aquí todas las señoras tienen esos dolores ,y no se comportan como usted, usted no es digna de llamarse madre, las madres aguantamos todo”).

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

Se debe incorporar de forma progresiva el modelo de sala poli funcionales, en las cuales la mujer embarazada realiza el proceso de dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento y el ajuste contiguo a través del post parto inmediato en un único espacio físico.

Para muchas de las mujeres que ingresan en el hospital cuando están en labor de parto supone su primer contacto con este entorno, y lo consideran como un medio relacionado con la enfermedad. El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye directamente en la evolución del mismo. La asistencia al parto en la mayoría de hospitales está regida por una serie de rutinas que vienen determinadas por los protocolos existentes, en los que no se diferencia entre la asistencia al parto normal del de

riesgo elevado. Durante el parto, es habitual que la mujer experimente emociones como excitación, ansiedad, miedo al dolor, entre otras. El ambiente físico en el que tiene lugar la dilatación, la presencia de profesionales que no conoce previamente, el exceso de personal sanitario o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo y ansiedad que la mujer experimenta.

Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una mujer necesita su propia habitación y un ambiente de intimidad, y el número de profesionales sanitarios presentes en el proceso del parto debe ajustarse, evitando la presencia de personas innecesarias en la sala de partos.

Un área de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar, no concebida como las salas de partos tradicionales, debe tener las siguientes características básicas:

- Sala única habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo de una mujer y su familia de manera particular y no colectiva.
- Habitación con un ambiente agradable y parecido al hogar.
- Los muebles y el utillaje tendrían que ser de colores cálidos.
- De uso individual y con ruidos mínimos.
- Tenerlo todo en un único ambiente sin necesidad de cambiar de lugar.

Los factores favorecedores del entorno para la mujer son:

- Conocer previamente el área y a los profesionales.
- Tener confianza en el equipo que la atenderá.
- Tener acceso a la ayuda médica en caso de complicaciones.
- Estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar o una amiga.

El acercamiento y la confianza que deposita la mujer durante la labor de parto y su familia hacia la persona encargada de su atención es una variable destacada para la investigación, la exteriorización de frases y mitos sobre la maternidad y de sobre manera de la labor de parto como tal, afronta a la mujer a un conflicto de percepciones que desfavorecen ese grado de relación y propician mayor ansiedad en la mejorla vivencia particular de cada mujer ante la labor de parto debe ser un pilar en la atención y la guía para el manejo en salud propio de cada profesional encargado de la atención de este proceso tan particular.

La protección a la maternidad como un derecho humano se desarrolla cuando la nueva madre se siente valorada y cuidada, y se percata una satisfacción personal; su auto estima

se eleva, siente triunfo, sus relaciones con las personas más cercanas se fortalecen, y los vínculos de amor se establecen.

Es frecuente ver en nuestros hospitales, a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención biológica y deshumanizado. Los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna. Un modelo de atención altamente medicalizado se describe como aquél que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos. Es entonces que bajo la premisa de la investigación de conocer cuales practicas en salud favorecen la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental, que surge la necesidad de indagar al personal de salud que de manera directa tienen la responsabilidad de atender y brindar cuidados en salud a las mujeres embarazadas durante la labor de parto, sobre aspectos generales de conocimiento que sobre el tema investigado tienen y relacionar ese conocimiento con la practica misma. A saber se realizaron una serie de entrevistas con preguntas directivas centradas en foco al personal encargado de la mencionada atención, en detalle enfermeras y médicos ginecólogos y perinatologos en tres esferas correspondientes a conocer:

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

Así entonces las aseveraciones expresadas por el personal de salud son:

1. Concepto de derechos humanos: existe un consenso general sobre el concepto de derechos humanos como principios que rigen la convivencia humana y el respeto a la dignidad de la persona como un ser humano integral, puntualizan algunos termino como:

- Acciones en bienestar de las personas,
- Beneficios con los que contamos las personas
- Derechos adquiridos al ser seres humanos,
- Derechos establecidos a nivel nacional.

- Derechos de las personas independientemente de sexo nacionalidad, creencias y otros,
 - El derecho de cada persona a la vida.
2. Ante la afirmación de que la protección a la maternidad es un derecho humano fundamental las argumentaciones la catalogan en un sí absoluto en la totalidad de las respuestas.
3. Y aun para los intereses de la investigación las prácticas en salud que favorecen dicho derecho humano fundamental y planteado por los encargados de la mujer embarazada durante la labor de parto como:

- Evolución de la labor de parto de manera natural
- Acompañamiento efectivo del familiar durante la labor
- A que las afirmaciones de la mujer sean escuchadas y respetadas.
- A tener a su hijo en el pecho al momento de nacer
- A recibir alimento y bebidas durante la labor.
- A conocer cuáles son sus derechos.
- A prepararse efectivamente para la labor de parto
- A no se imponga el tratamiento por parte del personal de salud
- A vivir la experiencia del parto como una experiencia agradable.
- A no ser expuesta a medidas que puedan perjudicar su estado de salud.
- A ser valoradas por personas competentes.
- A no tener dolor.
- A tomar en cuenta la opinión de la mujer sin que implique tomar mediciones de médico.

La protección de la salud de las mujeres en labor de parto y la del futuro ser humano no es un tema nuevo en la esfera de la política pública y específicamente en las políticas de salud, es así que en la mayoría de planes de estudio universitario y en la formación continua que recibe el personal de salud encargado de brindar atención a estas mujeres y sus familias en el proceso de parto contemplan la discusión del abordaje de la atención bajo la premisa de la humanización, es sin embargo evidente que a través de la observación la realidad de los hechos y lo expresado por los prestadores de cuidados en salud no se desarrollan paralelamente, situación más que preocupante para los fines de la investigación. La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños se volvió prioritaria después de la Segunda Guerra Mundial y ello se puede observar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que establece la obligación de todos los países de proporcionar especiales cuidados y asistencia a las

madres y los niños, ante la misma la respuesta formativa a nivel profesional, surge entonces la interrogante del porque si es convenido la cantidad y calidad de concepto en visualizar la salud como un derecho humano fundamental y ligado de este la protección a la maternidad mediante prácticas favorecedoras, no se ejecutan de manera absoluta, en contrario la practica dista de los fundamentos que deberían regirlas.

Cuando se definen las prácticas para favorecer la protección de la maternidad como un derecho humano, en la asistencia de una mujer embarazada en labor de parto como un nuevo concepto para nacer, estamos implícitamente planteando una deshumanización del nacimiento actual. El parto es un proceso humano, fisiológico, absolutamente natural. Pero se lo ha deshumanizado considerándolo más bien un acto médico es decir, medicalizándolo excesivamente. Se han impuesto como rutina una serie de acciones médicas que no siempre son necesarias.

En el centro de la deshumanización se encuentra el desplazar a la mujer y su pareja de su lugar de protagonismo, para centrar la atención en el profesional y las tecnologías médicas, que podrían explicar la discordancia entre lo que proclaman en sus respuestas el personal de salud y la practica misma observada. La mujer que va a parir pasa a ser una paciente, aun cuando en la mayoría de los casos no haya ningún motivo para considerarla enferma. Muy por el contrario, ella está mostrando el más alto grado de salud y plenitud al ser capaz de engendrar y dar a luz un nuevo ser humano.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

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

Pero llegar a esta formulación de la salud como un derecho humano fundamental han sido necesarios muchos años de esfuerzos por parte de múltiples actores no solo del campo de la salud sino también del campo de los derechos humanos y de esta forma fundamentar un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Sin lugar a dudas, la vida es el bien máspreciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y más básico de todos los derechos humanos reconocidos. También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos. La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y serán los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud.

Posterior a la promulgación la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, por lo menos 14 convenciones y conferencias internacionales han reiterado y afirmado el derecho a la maternidad segura e indicado el papel esencial, para la salud de la mujer, de las intervenciones con dicho fin. Al adoptar esas convenciones, los gobiernos prometen mejorar la salud materna y responsabilizarse de poner en práctica los planes de acción correspondientes

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

para los intereses de la investigación las mujeres embarazadas y en proceso de labor de parto.

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

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

Una persona calificada puede ser un médico/a especialista en obstetricia o en perinatología, una enfermera con especialidad en las mismas ramas o una enfermera que tenga la habilidad y destreza para acompañar el trabajo de parto reconocer una complicación, practicar una intervención esencial en forma inmediata e iniciar el tratamiento en caso de ser necesario y de acuerdo a la evolución misma de la labor de parto, garantizando de esta manera la atención y facilitando el cuidado partiendo de atención altamente calificada de la labor de parto y respondiendo así al derecho humano de la protección de la maternidad.

El estatus de la mujer debe ser realzado y reconocido en todo su contexto, tanto en el papel productivo como en el reproductivo que desempeña en la sociedad. Esto entraña que a la mujer se le sitúe en primer plano como persona, más que como objeto de intervenciones en específico en la atención misma de la labor de parto. Proteger y fomentar sus derechos humanos y libertades fundamentales a fin de que pueda tomar decisiones sin coerción ni discriminación en tanto a la atención misma, haciendo participe al funcionario de salud en la programación y ejecución de prácticas ya estipuladas y que favorezcan el derecho humano a la protección de la maternidad. Así entonces se le

proporcionen los recursos necesarios para que reciba una atención adecuada con tecnologías accesibles y de calidad aceptable. El personal de salud que ofrece cuidado a la gestante durante su labor de parto, además de la formación académica, debe preservar un compromiso de servicio con la calidad de atención y calidez en el servicio, esto impone el respeto de lineamientos que atañen el respeto a la dignidad de la persona humana, su culturalidad, su individualidad, el contexto de familia, el fomentar el auto cuidado, autodeterminación, la privacidad, la programación y ejecución de prácticas clínicas, la atención multidisciplinaria y el medio ambiente optimo para la atención misma en tanto espacio físico y ambiente humano.

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

El deber de proteger el derecho a la integridad física, moral, social y espiritual de las mujeres embarazadas durante la labor de parto comprende que el Estado costarricense a través de las instituciones encargadas de facilitar la atención y los cuidados a mujeres en este periodo de su vida, prioricen sus recursos y esfuerzos para abordar las necesidades particulares de las mismas, no solamente en la proyección de equipo médico para la atención, sino mas bien a la sensibilización de aspectos concernientes a la atención humanizada del parto y llevar los componentes de esta filosofía hasta su máxima expresión, entendiendo en la persona humana todo fin del quehacer de un profesional en el área de la salud. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de

salud, los principios de igualdad y no discriminación implican que se deben implementar programas de proximidad y de otro tipo para asegurar que las personas y comunidades desfavorecidas, como las mujeres en situación de exclusión, tengan en la práctica el mismo acceso que otros grupos más favorecidos y ser atendidas en condiciones similares en un ambiente humano que propicie y facilite su desarrollo en un momento tan importante como la llegada de un nuevo ser humano a su grupo familiar.

LITERATURA CONSULTADA Y CITADA.

- Arrieta, Lilibiana. El derecho a la atención médica: perspectiva de la defensoría de los habitantes de costa rica. Rev. Latinoamericana de Derecho Médico. 1996/1997.Costa Rica
- Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica, Constitución Política de la República de Costa Rica, Costa Rica, 1949.
- Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica, Ley N° 5395, Ley general de salud.1973.
- Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica, Ley N° 7142, Ley de promoción de la igualdad social de la mujer.1984.
- Buergenthal, Thomas. Las convenciones Europea y Americana: algunas similitudes y diferencias en la convención Americana sobre Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C. 1980.
- Caja costarricense de seguro social. Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto. Costa Rica 2008
- Caja costarricense de seguro social. Perfil del sistema de servicios de salud de costa rica. San José, Costa Rica, febrero 2004.
- Camacho, Rosalía. Acercándonos a los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos de las mujeres”; ed. Instituto interamericano de derechos humanos. San José de Costa Rica, 2003.
- Corte interamericana de derechos humanos. El sistema interamericano de protección de los derechos humanos en el umbral del siglo XXI. San José de Costa Rica, 2001.
- Family Care International. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción sobre la base de los acuerdos y

- convenciones internacionales pertinentes, incluidas las conferencias de Beijing, Copenhague, el Cairo y Viena". Nueva York.2002.
- Freyermuth, Graciela. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura .México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.
- Instituto Nacional de las Mujeres. Protección efectiva de la maternidad .San José de Costa Rica.2007.
- Juliá Silvia, Acceso universal a la salud sexual y reproductiva .Un desafío para las políticas públicas. Católicas por el derecho a decidir. Córdoba, Argentina 2009.
- Ministerio de relaciones exteriores y culto. Informe del Estado costarricense con respecto a la resolución 11/8 del consejo de derechos humanos. “Mortalidad y Morbilidad materna evitables y derechos humanos”. Noviembre, 2009. San José. Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Política nacional de salud 2002 – 2006. Dirección de desarrollo de la salud. San José, marzo 2003
- Organización de Estados Americanos. Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre: Bogotá. Colombia.1948.
- Organización de las Naciones Unidas .Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena ,1993
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humano: Organización de las Naciones Unidas. Estados Unidos de América.1948.
- Organización de las Naciones Unidas. Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York, 1996.
- Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo (Sudáfrica).2002
- Organización de las Naciones Unidas Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estados Unidos de America.1976
- Organización Internacional del Trabajo, Convenio 183 relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad.Viena.2000

Organización Mundial de la Salud, Constitución de la Organización mundial de la Salud, Ginebra.1946.

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

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

Ransom, Elizabeth. .Por una maternidad sin riesgos. Population Reference Bureau. Washington, D.C. 2009

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

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

1. Guía de observación no participante.
2. Notas de campo
3. Preguntas directivas y centradas en foco

Guía de observación no participante.

Instrucciones.

Elija un prestador de servicios de salud (medico/a o enfermero/a) durante la atención en salud a mujeres en trabajo de parto. Anote las observaciones de acuerdo a lo actuado por el observado en lo concerniente a las prácticas que realiza durante la atención ofrecida a la mujer en labor de parto de manera directa e indirecta, así como el medio ambiente que rodea dicha atención.

Responsable de recolectar la información: Investigador.

Prácticas en salud durante la atención a la mujer en labor de parto	SI	NO	Observaciones
Orienta y comunica a la mujer en labor de parto su condición en salud y la de su futuro hijo/a			
Emplea oxitocina (medicamento para acelerar la labor de parto) sólo en caso de necesidad			
Permitir a la mujer en labor de parto estar acompañada por su familia o allegados			
Respetar los tiempos naturales del parto			
La integridad en las membranas ovulares se mantiene hasta el parto			

Se fortalece a las mujeres y a sus familias a practicar el auto cuidado durante la labor de parto			
Respeto la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de la mujer durante la labor de parto			
Limita a casos particulares el uso de procedimientos invasivos durante la atención de la mujer en labor de parto			
Existe línea de poder al ejercer la atención a la mujer durante la labor de parto			
El cuidado fundamental es provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones con el uso de la menor tecnología posible.			
Atención multidisciplinaria de profesionales en salud para la definición de tratamientos clínicos durante la labor de parto			
Considera las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres y familias durante la labor de parto y no solamente un cuidado biológico			
La valoración clínica, las medidas diagnosticas y el proceso de tratamiento se ofrece de manera oportuna y limitando los riesgos de la madre y el feto durante la labor de parto			
Tiene en cuenta la toma de decisión de la mujer durante la labor de parto como un proceso de consentimiento informado.			
Se favorece un ambiente de atención provisto de iluminación, ventilación y espacio que favorezca el confort de la mujer en labor de parto y su familia			

Notas de campo.

Instrucciones.

Refleje la realidad existente durante la atención a la mujer en labor de parto en lo que se refiere a las prácticas en salud que realiza el médico/a o el enfermero/a, de tal forma que los sujetos no estén al corriente de que son observados.

Responsable de recolectar la información: Investigador.

Registro del evento	Sentimientos personales ante el evento	Análisis del evento

Entrevista directiva centrada en foco

Instrucciones.

La siguiente entrevista pretende abarcar temas de interés para la investigación. Permitirá al investigador introducir modificaciones a las preguntas de acuerdo a circunstancias particulares, siempre abordando los temas enfocados. Se dirigirá a los profesionales que ejercen prácticas en salud durante la atención de la mujer en labor de parto.

Responsable de recolectar la información: Investigador.

Preguntas.

1. Defina de manera general el concepto de derechos humanos
2. ¿Considera la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental?
3. Mediante cuales practicas en salud favorecería el derecho humano a la protección de la maternidad en una mujer en labor de parto.