

# HUMANIZACIÓN DEL PARTO: UNA REVISIÓN ACTUAL E INTEGRADORA

## CHILDBIRTH HUMANIZATION: AN INTEGRATIVE AND CURRENT REVIEW

Álvaro Quintana Salcedo<sup>1</sup>.

<https://orcid.org/0000-0002-2139-9538>

Stephanye Carrillo González<sup>2</sup>.

<https://orcid.org/0000-0001-8056-3361>

### RESUMEN

La atención humanizada del parto y el nacimiento se fundamenta en la valoración de los aspectos afectivo-emocionales y una experiencia de atención mejorada a las mujeres evitando las acciones de violencia hacia las mujeres. Analizamos los diferentes modelos, conceptos y teorías sobre el parto humanizado; identificando los aspectos relevantes de las diferentes posturas teóricas. Métodos: El presente es un estudio de tipo documental. Se tuvieron en cuenta las bases de datos: Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, Google Academic, New EBSCO HOST, England Journal of Medicine, Medscape, PubMed. Resultados: Se presentan las diferentes perspectivas de diferentes autores con respecto al concepto de parto humanizado. Se exponen las recomendaciones actuales sobre las prácticas llevadas a cabo durante los partos de bajo riesgo. El parto humanizado impacta directamente en el bienestar de la mujer. Es indispensable procurar las ventajas que otorga, entre los que se destacan, de tipo físico, sicosocial, emocional, familiar y entre los más importantes, el empoderamiento de la mujer para que sus decisiones sean las más beneficiosas.

**Palabras clave:** Parto humanizado, parto respetado, violencia obstétrica, atención humanizada del parto.

### ABSTRACT

Humanized care during childbirth and birth is based on the assessment of affective-emotional aspects and an improved care experience for women, avoiding acts of violence against women. The Objective: To analyze the different models, concepts and theories about humanized childbirth; identifying the most relevant aspects to contrast the different theoretical positions. Methods: The present is a documentary study; recovering the different secondary sources. Databases were taken into account Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, Google Academic, New EBSCO HOST, England Journal of Medicine, Medscape, PubMed.

---

<sup>1</sup> Docente del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, Facultad de Ciencias de la Salud. Cartagena, Colombia. Línea de investigación Salud y comunidad Facultad Ciencias de la Salud Corporación Universitaria Rafael Núñez. Programa instrumentación Quirúrgica. Sede Miguel Henríquez Emiliani | Cra. 17 #35 – 117. PBX (605) 6439499 | Cartagena, Colombia. Correo electrónico: [alvaro.quintana@cumvirtual.edu.co](mailto:alvaro.quintana@cumvirtual.edu.co)

<sup>2</sup> Docente del programa de Instrumentación Quirúrgica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, Facultad de Ciencias de la Salud. Cartagena, Colombia. Línea de investigación Salud y comunidad Facultad Ciencias de la Salud Corporación Universitaria Rafael Núñez. Programa instrumentación Quirúrgica. Sede Miguel Henríquez Emiliani | Cra. 17 #35 – 117. PBX (605) 6439499 | Cartagena, Colombia. Correo: [stephanye.carrillo@cumvirtual.edu.co](mailto:stephanye.carrillo@cumvirtual.edu.co)

Results: this is a documentary-type study. The following databases were taken into account: Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, Google Academic, New EBSCO HOST, England Journal of Medicine, Medscape, PubMed. Results: The different perspectives of different authors regarding the concept of humanized childbirth are presented. The current recommendations on the practices carried out during low-risk deliveries are exposed. Humanized childbirth directly impacts the well-being of women. It is essential to seek the advantages that it grants, among which stand out, physical, psychosocial, emotional, family and among the most important, the empowerment of women so that their decisions are the most beneficial.

**Keywords:** Humanized delivery, respected delivery, obstetric violence, humanized childbirth care.

## INTRODUCCIÓN

La atención humanizada del parto y el nacimiento, es considerada por Borges 2019 como una “valoración del mundo afectivo-emocional de las personas y en los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo”. Durante el último siglo, el ser humano ha demostrado una falta de confianza en los procesos naturales o fisiológicos, concentrándose más en una confianza en la tecnología o procesos guiados por la mecanización, conllevando a la aplicación de una serie de prácticas que, en el área de la atención obstétrica, alejaron el proceso de parto de su esencia natural (Borges, 2019).

Las mujeres gestantes siempre han sentido la necesidad de planificar y comunicar a sus familias y profesionales sanitarios lo que es importante para ellas, para así poder sentirse seguras y con apoyo durante el proceso de parto. Además, no debemos olvidar que el embarazo y el parto son las etapas previas a la maternidad, constituyendo el inicio de la adquisición del rol maternal (Suarez, 2015).

El parto humanizado es un modelo promovido por la OMS de manera explícita, considera y acoge las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres embarazadas y sus familias para la atención de su embarazo, parto y puerperio. El objetivo esencial de este modelo pretende que la paciente sea atendida en las máximas condiciones de dignidad humana, y que también pueda ser

protagonista del proceso, reconociendo su derecho de decisión sobre cada acción durante el parto (Vela, 2015).

La evidencia y el conocimiento científico, han sido fundamentales para definir los lineamientos de la atención humanizada del parto; aún así, es necesario conocer que se han definido diferentes modelos, de los cuales debe diferenciarse el modelo humanizado de las llamadas posturas antitecnológicas, así como también debería evitarse contemplar el regreso a aquella visión idealizada y romántica del parto tradicional del pasado (Martínez, 2020).

En este contexto, la humanización de la atención obstétrica de las mujeres, sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. El personal de salud está implicado en un proceso de interiorización y puesta en práctica de diferentes aspectos que implican la atención humanizada. Son personas, seres humanos, los sujetos de todo el cuidado y atención (Pozzio, 2016).

### **Metodología**

Se realiza un estudio de tipo documental; recuperando las diferentes fuentes secundarias, entre ellos: artículos de investigación y revisiones sistemáticas desde los ámbitos local, nacional e internacional, publicados en idioma español, portugués e inglés. Se consideró el periodo 2015 a 2020 para la revisión. Se tuvieron en cuenta las bases de datos Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, Google Academic, New EBSCO HOST, England Journal of Medicine, Medscape, PubMed, tomando como referencia las palabras clave: Parto humanizado, parto respetado, violencia obstétrica, atención humanizada del parto, identificados a través de DEC's o de MeSH.

Se excluyeron artículos de revisiones sistemáticas y metanálisis repetidos en la búsqueda (Ver Tabla No. 1).

### **Partos y violencia**

Cuando se habla de violencia obstétrica, se debe identificar este término como aquel que explica la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres, en este caso por parte del personal de salud. Aunque idóneos, este personal no siempre brinda atención cordial y humanizada, sino, por el contrario, deshumanizadora, con abuso de medicamentos, entre otros abordajes que conllevan a la pérdida de autonomía y decisión libre sobre sus cuerpos y su sexualidad (Figuroa, 2017).

Existen diversos planteamientos frente a la introducción de prácticas de 'parto humanizado'. Llama la atención especialmente por parte de mujeres frente a la violencia. Las mujeres que atienden parto no están exentas a enfrentar estas paradojas. Tres grupos de posturas que se advierten en ellas son: una posición más abierta a la reflexión sobre sus prácticas para transformarlas; una posición de resistencia en la violencia ginecobstétrica; y una mirada intermedia, dispuesta a negociar (Gilligan, 2019).

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha planteado que las cesáreas no deberían sobrepasar el 15% del total de nacimientos, la realidad es que, en muchos países de América Latina, la tasa de cesáreas sobrepasa esa cifra y sigue un constante aumento (OMS, 2016). Desde el campo de la salud y los derechos humanos ha comenzado a plantearse que el aumento en el número de las cesáreas no es ajeno a un fenómeno más general que englobaría el uso y abuso de las cesáreas y toda una serie más de prácticas biomédicas institucionalizadas y violentas. Si se

considera que estas prácticas y técnicas se dan en el marco de relaciones asimétricas de poder, que generan maltrato, se comprende el sentido abarcador de lo que se denuncia como Violencia Obstétrica (Camacaro, 2015).

Desde el año 2013, se maneja en Colombia una Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, en la que se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado, incluyendo el derecho de la mujer a elegir una persona que la acompañe durante todo el proceso, basada en la evidencia científica que se presenta en la guía. Aun así, en Colombia no se ha reglamentado jurídicamente la violencia obstétrica, solo se han dado adelantos normativos que buscan contrarrestar la violencia contra la mujer, es decir, se han establecido leyes de protección integral contra distintas formas de violencia (Echeverry, 2018).

*Los Derechos Humanos que se vulneran en el Parto (Galimberti, 2015).*

Reafirmando la postura de violencia sobre el cuerpo de la mujer, Galimberti, señala algunos derechos que son vulnerados en la atención obstétrica:

- El Derecho a la intimidad, pues en la mayoría de veces se da una intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la revisión repetitiva del cuerpo. Los tactos vaginales repetidos y realizados por diferentes personas
- Derecho a la integridad corporal, relacionada con los principios universales de privacidad, autonomía y dignidad.
- Derecho a no recibir un trato cruel, inhumano o degradante. En numerosas ocasiones se ha reportado un trato insensible ante el dolor. También infantilización de la atención, insultos, humillaciones, malos tratos (en especial en hospitales públicos).

- Derecho a una Atención Humanizada del Parto y Nacimiento: Una práctica no violenta de atención del Embarazo, parto y nacimiento, asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

En Colombia, la violencia de género ha sido conceptualizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, como “cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir las relaciones de poder asimétricas basadas en el género”. Es así, como la violencia obstétrica ha sido tipificada como una modalidad de violencia de género. Esto hace referencia a conductas por acción o por omisión. Todo esto se debe tener en cuenta en los procesos de trabajo de parto, parto y puerperio en el ambiente hospitalario. Deben evitarse: “el maltrato físico y verbal, la humillación, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el incumplimiento con la obtención del consentimiento informado, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones flagrantes de la privacidad, el rechazo de la admisión en centros de salud y la retención de las mujeres y de los recién nacidos debido a su incapacidad de pago (Jojoa, 2019). Infortunadamente, todo esto obstaculiza una atención con calidad y calidez para poder brindar un cuidado humanizado (Jiménez, 2018).

Ante este panorama, se sugiere de manera muy controlada, que se introduzcan prácticas como: capacitación, sanciones rígidas y vigilancia por entes de control en pro de que cumplan con Protocolos tales como explicar los procedimientos previamente a realizarlos, toma de consentimiento previo al parto, socializar los derechos y deberes de la mujer gestante (Calvache, 2018).

## Humanización de los servicios de salud

Se ha propuesto desde la visión de los organismos transnacionales y nacionales. La concepción del parto humanizado. El cual es planteado como la posible solución a un problema global, y que está realmente afectando a la mujer. El aumento en las tasas de violencia obstétrica y de cesáreas, ambos presentándose en consecuencia a indicaciones o acciones médicas que limitan la participación de la gestante y el poder de decisión sobre su embarazo y parto (Camino, 2020).

El trabajo de parto y el parto deben ser “una vivencia satisfactoria que incluye, además de brindar las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad” (Gaitán, 2017).

Para reducir la mortalidad materna se han utilizado estrategias dirigidas a otorgar beneficios Fisiológicos y psicológicos del parto humanizado en la gestante (Jacobo, 2018):

- En el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava; no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro antero posterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal.
- El trabajo de parto se acorta ostensiblemente en 8 minutos.

- “Proporciona mayor rol protagónico en la decisión de cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento de su hijo.
- El volumen de sangrado es menor.

Lo anteriormente descrito, sugiere la necesidad de garantizar la oferta de funciones obstétricas esenciales de alta calidad en hospitales y establecimientos de salud, además de las acciones de atención primaria de Salud, y de mejorar la accesibilidad geográfica, económica y cultural a dichos servicios (Villanueva, 2018).

En Colombia, regulado por la Ley 100 de 1993, la humanización del parto se materializa en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), en el que aterriza la aplicación de medidas que responden a las necesidades que tiene el sistema de salud y que facilitan mejores abordajes por parte de las instituciones. Esto ha permitido el planteamiento de políticas institucionales y estrategias muy bien estructuradas que mejoran la atención (Carlosama et al., 2019).

Se propone entonces, la humanización del parto como una imperiosa necesidad por instaurar un marco ético para salvaguardar los principios de la dignidad humana (Botteri & Bochar, 2019).

Una visión común en la prestación de servicios humanizados es aquella que contempla el uso de la alta tecnología y de medicamentos especiales. No se ha demostrado una tasa menor de mortalidad perinatal por medicalizar más el parto. Comparar tasas de mortalidad perinatal con la tasa de cesáreas y de partos vaginales, no se correlaciona en los diferentes países (Cobeta & Pérez, 2020).

Es muy posible que la creciente deshumanización de los cuidados de salud, sea muy frecuente en áreas con procedimientos quirúrgicos, pues al ser unidades de alta especialización, requieren personal mucho más formado y con elevado

conocimiento científico y destreza técnica, lo cual tiende a ceñirse a protocolos y poner a un lado la humanización (Tamayo, 2015).

### **Contexto geográfico de la problemática**

Las propuestas y debates en torno del parto humanizado o natural, fisiológico y sus diversas acepciones, varían en los diferentes contextos geográficos. En México, por ejemplo, están atravesadas por las reivindicaciones y demandas de los movimientos y asociaciones de mujeres, feministas, indígenas y de derechos humanos; pero también, y sobre todo desde el ámbito académico y la política pública, se lo ha venido promoviendo como estrategia que ayude en la disminución de la mortalidad materna (Castro & Frias, 2020).

El parto humanizado es un nuevo concepto que “radica en su visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad, la reproducción y en la conceptualización el derecho a la salud sexual, incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos” (Fernández, 2018).

Ante la saturación del sistema de salud como un factor importante que afecta la calidad de la atención y el cuidado de las emergencias obstétricas, algunos países han comenzado a apostar por la redistribución de los partos sin complicaciones hacia el primer nivel de atención, garantizando la referencia de casos complicados, e incluyendo a profesionales de nivel medio como enfermeras obstétricas para la atención obstétrica durante todas las etapas del evento obstétrico (Macías, 2018).

A nivel internacional se destaca el concepto de la no tecnificación del parto. Esta por sí sola, no garantiza necesariamente que la atención del mismo sea

humanizada. Para que se garantice, es fundamental que gestantes y sus parejas tengan la suficiente información y conocimientos necesarios para las posibles opciones de atención al parto y que conozcan todos los posibles riesgos y beneficios de cada alternativa (Westbrook, 2015).

En Argentina, por otra parte, la tecnificación y medicalización del embarazo y parto en años recientes, se les ha prestado mayor atención. En este país la ley define los planes de actuación en hospitales que permita garantizar un parto cuyo protagonismo coloque a la mujer en el plano de realce. Aun así, la implementación depende de la interpretación y opinión de cada profesional (Ruiz, 2020).

En Argentina, el equipo de salud para atender el parto está conformado por un equipo heterogéneo, que debe informar a la familia, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones mencionando efectos, riesgos, cuidados y tratamientos durante todo el proceso (Quimis, 2015).

En Brasil, por otro lado, se determinó que, para poder humanizar la labor de parto, es necesario educar y darle herramientas de empoderamiento a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. Además, los profesionales que atienden el parto deben trabajar como iguales, usando la tecnología basada en la evidencia y fomentando la atención primaria (Oliveira, 2019).

En Cuba, la insuficiencia de estudios respecto al tema, imposibilita proporcionar datos reales o aproximados del manejo del parto humanizado. Sin embargo, desde la perspectiva cubana, la atención integral que se le brinda a la mujer y la familia durante el proceso de parto, con el objetivo de percibir a la mujer como sujeto de cuidado,

permitiéndole su participación activa, la satisfacción de necesidades y libertad de decisión, acorde a los preceptos del sistema de salud cubano (Ortunio & Khan, 2017).

En Venezuela, se estudió la incidencia y tendencia de la cesárea y la mortalidad perinatal durante 42 años, mostrando una línea de tendencia logarítmica global al ascenso sostenido. En dos investigaciones de meta análisis se registró la práctica anual de 60.000 cesáreas innecesarias en América Latina (Ortunio & Khan, 2017).

En Chile, la violencia obstétrica, no tiene reconocimiento expreso en el marco normativo. Además, no se conocen muy bien los mecanismos jurídicos para enfrentar un posible evento de violencia obstétrica. En la práctica, las mujeres tienen pocas posibilidades de lograr conseguir una resolución favorable ante sus afectaciones; especialmente es complicado que se establezca la responsabilidad en los profesionales que pudieran ejercer cualquier tipo de violencia durante el parto (Cuevas, 2018).

En general, a pesar de los grandes logros en los indicadores en el acceso al cuidado prenatal y la atención del parto con personal calificado en Latinoamérica, la quinta meta acordada en los objetivos del milenio (ODM 5), de reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015 no se alcanzó en realidad para muchos países. Esto puede explicarse en parte, porque los logros en cobertura no se traducen en una atención obstétrica segura y de calidad (Gaver et al., 2020).

### **La humanización del parto: una necesidad imperante**

Frente a todo el panorama analizado, humanizar el proceso de atención del parto, significaría entender que las mujeres, son seres humanos, no máquinas hacedoras de bebés. Por otro lado, es respetar a la mujer como un importante y

valioso ser humano, al que en estos momentos debería hacerse la experiencia más satisfactoria.

En la práctica, el cuidado durante el parto puede incluir una combinación de los dos enfoques: facilitación de las respuestas propias de la mujer en el parto normalmente predominante en la gestión extrahospitalaria, mientras que la superimposición de controles externos normalmente predomina en la gestión del parto en el hospital. Pero que los partos sean medicalizados o realmente humanizados depende de si la mujer que está dando a luz posee o no el control absoluto (Borges, 2018).

En el español, el término cuidado hace referencia a: asistir, conservar, estar preocupado, prestar atención a algo o a alguien. Esto implica que dar cuidado tiene un significado en la razón misma del ser humano. Es inherente a ser humano, surge de la existencia, es la preocupación básica por hacer de la existencia un estado de tranquilidad, armonía no sólo para el ser humano, sino, para todo su entorno (Castro, et al., 2020).

Para lograr una atención humanizada, es necesario basar conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha, tomar en consideración el respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto, y de esta forma hacer a la mujer el centro de la asistencia (Lago, et al., 2019).

## **Conclusiones**

Luego de la revisión exhaustiva realizada, la gran mayoría de los mismos concuerda en que los profesionales de atención del parto deben siempre promover la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y

cuando éste se mantenga dentro de los límites de lo que pueda ser atendido por ellas. La atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios, sin efectos adversos, que otros modelos médicos o de atención compartida, pues disminuye la utilización de analgesia y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una mayor sensación de control y una mayor probabilidad de ser atendidas por matronas conocidas. Este tipo de parto, se relaciona con una mayor tasa de inicio de la lactancia materna (Ver tabla 2).

Entre los criterios para realizar la atención del parto humanizado, se encuentra la definición de dos conceptos principales como lo son la humanización del parto, que se refiere a un proceso que de conocimiento científico-técnico en la búsqueda del cuidado de la gestante a partir de la observación de su evolución, mientras que el parto humanizado es el producto final del proceso, como modelo de atención que tiene en cuenta las necesidades psicológicas y emocionales de la gestante, llevando a cabo un equilibrio entre estas características y el manejo de su ansiedad.

El papel del personal de salud que se relaciona con el área ginecobstetricia, es fundamental para lograr mejores condiciones en la atención del parto. Un parto humanizado, es aquel en el que todos los profesionales, auxiliares, técnicos en salud, son capaces de orientar, capacitar, educar en salud, pero además hacer una labor de vigilancia de tal manera que, se sigan los procedimientos que permitan el cumplimiento de las normas y protocolos de humanización y dignificación de la atención.

## REFERENCIAS

Borges D, Pérez. (2018). Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer. *Revista Cubana de Enfermería*. 34(3).

Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez R. (2019). Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 44(3).

Botteri, E., & Bochar Pizarro, J. E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125-135.

Calvache, Y., Maya, L.; Cruz, W. (2018). "La violencia obstétrica en Colombia frente a un derecho comparado."

Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Notas y debates de actualidad*. 20(68): p. 113-20.

Camino Cedeño, K. R., & Duchimaza Acosta, G. H. (2020). *El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto* (Bachelor's thesis).

Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. D. L., & Matabanchoy, S. M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245-262.

Castro Huertas, N. A., Mora Jiménez, K. A., & Villarreal Arias, L. (2020). Terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas para el manejo del dolor en el trabajo de parto: estado del conocimiento actual.

Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres<sup>1</sup>. *Violencia obstétrica en América Latina*, 57.

Cobeta García, C. & Pérez C. (2020). *Humanización del proceso de cesárea*. BS

Cuevas Gallegos F. (2018). Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género. *Revista Némesis XIV*.

Echeverry Sierra, Diana Marcela. (2018). "Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia".

Fernández GO. (2018). La contribución de la partería para mejorar la calidad de la atención durante los eventos obstétricos. *Boletín CONAMED – OPS*. 4(19).

Figuroa Palomino, O. E. et al. (2017). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *Sanus*, (3), 14-21.

Gaitán Duarte H, Eslava Schmalbach J. (2017). El Parto: Evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. abril-junio; 68(2).

Galimberti, Diana, and P. Mazzoli. (2015). "Violencia obstétrica." *Artículo original. Buenos Aires-Argentina*.

Gayet, C., Cervantes, C. A. D., Généus, W., Azor, D., Lachaud, J., Fene, F., & Rodríguez, I. R. C. (2020). *Salud reproductiva: Una perspectiva sociodemográfica en Haití*. FLACSO Mexico.

Gilligan, C. I. (2019). Después de parir. Un abordaje etnográfico de la atención obstétrica posterior al parto.

Jacobo Vargas, L. (2018). "Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica".

Jiménez Hernández, G. E., & Peña-Jaramillo, Y. M. (2018). Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(4), 320-327.

Jojoa-Tobar E. et al. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. abril-junio; 51(2).

Lago, A, et al. (2019). Humanización del parto: prácticas recomendadas en partos de bajo riesgo." *Tiempos de Enfermería y Salud* 2.7: 36-41.

Macías I, Tacoamán Acurio J. (2018). Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. septiembre; 2(3).

Martínez, T. (2020). Hacia un parto intercultural y respetado en la Amazonia colombiana.

Oliveira, L. T. T. (2019). *Ventres sem leis: os rumos do parto humanizado no Brasil e o combate à violência obstétrica* (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de ce-sárea. [Online]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/)

Ortiz EI. (2016). ¿Hacia dónde vamos en seguridad y calidad de la atención obstétrica en Colombia? *Colombia Médica*. enero- marzo; 47(1).

Ortunio Carrizalez, E. E., & Khan, T. (2019). Estrategia del parto y nacimiento humanizado en la promoción de la maternidad segura en países de la Alianza Bolivariana en América, 2017. *Comunidad y Salud*, 46-61.

Quimis Guerrido M, Giler Saltos L. (2015). Parto humanizado como estrategia de salud pública (3).

Ruiz Barrios, D. I. (2020). "Reflexología método no farmacológico para el alivio del dolor en el trabajo de parto". Disponible en: Reflexología método no farmacológico para el alivio del dolor en el trabajo de parto ([udca.edu.co](http://udca.edu.co))

Suárez Cortés, M. Armero Barranco D, Canteras Jordana M, Martínez Roche ME. (2015). Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 23(3).

Tamayo Muñoz, J. (2015). "Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia".

Vela C. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.

Villanueva, A. (2018). Cumplimiento de Estándares de Calidad en la Atención del Parto Institucional y Nivel de Satisfacción de Usuarías.

Westbrook, L. (2015). El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. SIT Digital Collections, 24.