

# Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016

Humanization of Health Care, Rocha Public Maternity Hospital, 2014-2016

Humanização dos cuidados de saúde, Hospital Público da Maternidade Rocha, 2014-2016

Graciela Castellano Bentancur<sup>1</sup>, Alicia Aleman Riganti<sup>2</sup>, Soledad Nion Celio<sup>3</sup>, Sylvia Sosa<sup>4</sup>, Miriam Verges<sup>5</sup>

## Resumen

**Introducción:** La noción de humanización de los cuidados en salud aparece como consecuencia del avance de las tecnologías médicas. Si bien el parto institucional generó disminución de la mortalidad materna esto se produjo a expensas de una deshumanización de los cuidados liderada por el parto sin acompañante.

**Objetivo general:** Implementar un modelo de asistencia humanizado en salud perinatal, en la Maternidad pública del Depto. de Rocha, Uruguay, entre los años 2014 y 2016.

**Objetivos específicos:** generar instancias de formación a todo el equipo de la Maternidad, sensibilizar a las mujeres embarazadas y sus parejas en cuanto a los derechos reproductivos, particularmente durante el embarazo, parto y posparto, evaluar los resultados del cambio de asistencia mediante un abordaje antes-después y un estudio cualitativo de percepción de los/as actores participantes.

**Metodología:** Se desarrolló un estudio cuasi experimental con mediciones antes y después, para evaluar los efectos de la implantación de un Programa de humanización de los cuidados en salud materna. Se utilizaron variables del SIP (Sistema informático Perinatal). Se realizó una encuesta en

<sup>1</sup>Dra. Profesor Adjunto Departamento de Medicina Preventiva y Social. Instituto de Higiene. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Contacto: sofia.castellano@gmail.com ORCID: 0000-0002-4381-0076.

<sup>2</sup>Dra. Profesora Directora Departamento de Medicina Preventiva y Social. Instituto de Higiene. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Contacto: aaleman@unicem-web.org ORCID: 0000-0002-9247-1031.

<sup>3</sup>Dra. Prof. Adjunto Depto. de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Contacto: soledad.nion@cienciassociales.edu.uy ORCID: 0000-0001-9884-8621.

<sup>4</sup>OP. ASSE Hospital de Rocha. Contacto: nacermejorsylvia@gmail.com ORCID: 0000-0002-9384-1057

<sup>5</sup>OP. ASSE Hospital de Rocha. Contacto: mvpartera@gmail.com ORCID: 0000-0002-3019-1026.

el puerperio para evaluar el cumplimiento del protocolo de asistencia humanizado. Se evaluó la percepción de los actores mediante entrevistas en profundidad y entrevistas grupales.

*Resultados:* Se observa una tendencia al descenso en la proporción de cesáreas, un aumento del acompañamiento en el parto, un aumento leve del contacto piel con piel con relación a la línea de base, y de las posiciones no supinas en el parto, mejoras en el manejo del periné y un compromiso significativo de las usuarias y sus familias con la propuesta.

### **Palabras clave:**

Humanización de la atención, embarazo, parto, calidad, acceso y evaluación de la Atención de Salud.

### **Abstract**

*Introduction:* The notion of humanization of health care appears as a consequence of the advancement of medical technologies. Although institutional delivery has led to a reduction in maternal mortality, this has occurred at the expense of a dehumanization of care, led by unattended childbirth.

*General objective:* to implement a model of humanized care in perinatal health, in the public maternity hospital in the Department of Rocha, Uruguay, between 2014 and 2016.

*Specific objectives:* generate training opportunities for all the staff of the Maternity Hospital, raise awareness among pregnant women and their partners about reproductive rights, particularly during pregnancy, delivery and postpartum, evaluate the results of the change in care through a before and after approach and a qualitative study of the perception of the participating actors.

*Methodology:* A quasi-experimental study with before and after measurements was developed to evaluate the effects of implementing a humanization of maternal health care program. A survey was conducted in the puerperium to assess compliance with the humanized care protocol. Stakeholder perceptions were assessed through in-depth interviews and group interviews.

*Results:* We observed a downward trend in the proportion of caesarean sections, an increase in follow-up during labor, a slight increase in skin-to-skin contact compared to baseline and in non-overlapping positions during labor, improvements in perineum management, and significant commitment to the proposal by users and their families.

### **Keywords:**

Humanization Of Care, Pregnancy, Childbirth, Health Care Quality, Access And Evaluation.

## Resumo

*Introdução:* A noção de humanização da assistência médica aparece como consequência do avanço das tecnologias médicas. Embora o parto institucional tenha levado a uma redução da mortalidade materna, isto ocorreu às custas de uma desumanização dos cuidados, liderada pelo parto desacompanhado.

*Objetivo geral:* implementar um modelo de atendimento humanizado em saúde perinatal, na maternidade pública do Departamento de Rocha, no Uruguai, entre 2014 e 2016.

*Objetivos específicos:* gerar oportunidades de treinamento para toda a equipe da Maternidade Hospitalar, conscientizar as mulheres grávidas e seus parceiros sobre os direitos reprodutivos, particularmente durante a gravidez, parto e pós-parto, avaliar os resultados da mudança nos cuidados através de uma abordagem antes e depois e um estudo qualitativo da percepção dos atores participantes.

*Metodologia:* Foi desenvolvido um estudo quase experimental com medições antes e depois para avaliar os efeitos da implementação de um programa de humanização da assistência à saúde materna. Foi realizada uma pesquisa no puerpério para avaliar a conformidade com o protocolo de cuidados humanizados. As percepções das partes interessadas foram avaliadas através de entrevistas em profundidade e entrevistas em grupo.

*Resultados:* Observamos uma tendência de queda na proporção de cesarianas, um aumento no acompanhamento durante o trabalho, um leve aumento no contato pele a pele em relação à linha de base e em posições não superpostas durante o trabalho, melhorias na gestão do períneo e um compromisso significativo com a proposta por parte dos usuários e suas famílias.

## Palavras-chave:

Humanização dos cuidados, gravidez, parto, qualidade, acesso e avaliação dos cuidados da saúde.

## Introducción

La noción de humanización de los cuidados en salud aparece como consecuencia del avance de las tecnologías médicas. Si bien el parto institucional generó disminución de la mortalidad materna esto se produjo a expensas de una deshumanización de los cuidados liderada por el parto sin acompañante<sup>(1)</sup>. El concepto de humanización de los cuidados en salud materna nace de una reflexión extendida en todo el mundo, especialmente en el norte de Europa. Desde

hace 20 años existe este movimiento en relación a la maternidad, que ha generado la creación de casas de nacimiento, la transformación de los hospitales así como la formación de nuevas parteras con habilidades orientadas a la humanización de los nacimientos<sup>(2)</sup>.

En el Uruguay existe la Ley 17386, de acompañamiento a las mujeres en el preparto parto y nacimiento desde 2001<sup>(3)</sup> así como la Ley 18426 que protege los derechos sexuales y reproduc-

tivos obligando a las instituciones a crear las condiciones para la humanización de la asistencia al parto institucional<sup>(4)</sup>. Sin embargo, en 2015 un estudio realizado por Mujer y Salud en el Uruguay en el marco del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva informa la existencia de prácticas deshumanizadas durante el trabajo de parto y parto e incluso episodios de violencia obstétrica<sup>(5)</sup>. Las usuarias demandan un trato más digno y respetuoso durante el proceso del embarazo, el parto y el posparto.

Uno de los conceptos innovadores que está en la base de este programa de humanización de la asistencia al nacimiento, es el concepto de ecología del nacimiento, que exige abordar de un modo integral y respetuoso a los protagonistas del nacimiento, madre, padre y recién nacido, teniendo en cuenta los diferentes determinantes que participan en el proceso de la maternidad (determinantes biológicos, sociales, psicológicos)<sup>(6)(7)(8)</sup>. En particular, el vínculo madre-niño/a es sostenido y estimulado por los profesionales de la salud, favoreciendo así la lactancia materna, la salud del recién nacido y los lazos familiares.

Los protocolos de humanización colocan a la futura madre y al futuro padre en el centro, la paternidad y maternidad son apoyadas y estimuladas, el personal de salud es capaz de tomar decisiones basadas en la evidencia científica<sup>(9)(10)(11)(12)</sup>. El nacimiento y los momentos posteriores al mismo son acompañados por personas formadas técnicamente, pero también en la comunicación humana, de modo que el comienzo de la vida de ese nuevo ser sea un buen comienzo (contacto inmediato piel a piel, amamantamiento precoz, padre implicado en la crianza). La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve desde 1985 un modelo huma-

nizado con el objetivo de fomentar el parto y el nacimiento saludables (Declaración de Fortaleza)<sup>(12)</sup>.

El objetivo general de este trabajo fue la implementación de un modelo de asistencia humanizada en salud materna-perinatal, en la maternidad pública del Departamento de Rocha, Uruguay, entre los años 2014 y 2016.

Objetivos específicos: generar instancias de formación a todo el equipo de la Maternidad, sensibilizar a las mujeres embarazadas y sus parejas en cuanto a los derechos reproductivos, particularmente durante el embarazo, parto y posparto, evaluar los resultados del cambio de asistencia mediante un abordaje antes-después y un estudio cualitativo de percepción de los/as actores participantes.

## Método

Se implementó el programa de humanización de los cuidados en salud materna-perinatal y se realizaron mediciones de los resultados perinatales antes y después de la intervención, para evaluar los efectos del mismo. Se realizó una triangulación de técnicas cuanti y cualitativas para dar respuesta a la complejidad del problema de estudio, es decir como la humanización de los cuidados impacta en resultados perinatales y en la percepción de los actores participantes.

La población del estudio estuvo constituida por todas las usuarias de ASSE que concurrieron a asistir su parto en la maternidad de Rocha entre los años 2014 y 2016. Se excluyeron del análisis las pacientes que fueron trasladadas antes de tener su parto en la institución.

Método de implantación de la intervención: se desarrollaron e implementaron protocolos de

asistencia humanizada, se acondicionó el edificio de la Maternidad, incluyendo la creación de una sala de nacer, con facilidad para parto en agua y parto en posiciones verticales. Se tomaron como base protocolos de asistencia clínica validados de otros países, como Reino Unido y España<sup>(10)(9)</sup>. El programa se desarrolló a través de la realización de talleres periódicos en el Hospital, con todos los técnicos de la maternidad. Se generó un manual de práctica clínica, como material de referencia para la asistencia al nacimiento.

La intervención estuvo compuesta por:

1. Un programa de formación de recursos, especialmente dirigido al personal de la maternidad. El mismo se fundamentó en las siguientes prácticas: permitir a las mujeres tomar decisiones acerca del acompañamiento continuo, la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y el parto. Se promovió la restricción en la realización de monitoreo fetal electrónico continuo y de episiotomía rutinaria así como la eliminación del rasurado y los enemas. También promover la ingesta de líquidos y alimentos en el trabajo de parto y la restricción del uso de oxitocina para la conducción del trabajo de parto, la analgesia y anestesia y la limitación en la realización de cesáreas. Efectivizar el contacto inmediato piel con piel del recién nacido y su madre y la lactancia exclusiva como forma de alimentación fue otra de las premisas básicas<sup>(1)</sup>. Por último, se estimuló la realización de un “plan de parto” escrito por la usuaria en acuerdo con los técnicos en el que se establecían sus preferencias para el momento del parto y que debía ser respetado en la medida en que las condiciones clínicas lo permitieran.

2. Una intervención de base comunitaria, cuyo objetivo fue sensibilizar a las mujeres embara-

zadas y sus parejas en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, particularmente durante el embarazo, parto y posparto. La misma se desarrolló en la propia comunidad, en espacios como centros de salud, centros barriales, salones comunales, en todo el departamento de Rocha, bajo la modalidad de talleres participativos.

Se realizaron 30 talleres de capacitación para técnicos, y 15 talleres para usuarios del Departamento de Rocha, en Chuy, Punta del Diablo, La Paloma, Castillos y barrio Hipódromo de la ciudad de Rocha.

Las variables de resultado de la intervención se obtuvieron a través del Sistema Informático Perinatal (SIP). Creado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS) el SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario para mujeres en situación de aborto, el partograma, la hospitalización neonatal, la enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos. Este formulario es de llenado obligatorio por ley en todo el país.

Las variables de análisis fueron las siguientes: vía de finalización del embarazo, acompañamiento en el parto y trabajo de parto, episiotomía, desgarros, posición en el parto, oportunidad de ligadura del cordón, lactancia al egreso.

Se midieron en una línea de base, antes del comienzo de la intervención, año 2013 y una vez finalizada la misma, año 2015.

Además de los aspectos cuantitativos medidos en el diseño antes-después, se realiza una verificación del cumplimiento de la intervención mediante una encuesta a las usuarias, (encuesta de salida) que se administró en el puerperio in-

mediato. La misma evaluó el cumplimiento de las prácticas propuestas: uso de la Sala de Nacer, obtención de información clara por parte del personal ante toda decisión clínica, trato amable y respetuoso y respeto al Plan de Parto, la posibilidad de poder adoptar distintas posiciones para mayor comodidad durante el trabajo de parto y parto, de recibir líquidos e ingerir algún alimento liviano durante el trabajo de parto y el contacto inmediato piel a piel por un período de tiempo de hasta 2 horas.

También se llevaron a cabo entrevistas colectivas e individuales semi-estructuradas, de modo tal de acceder a la percepción de los actores respecto a la implementación de un programa de humanización de los cuidados en el hospital. Se elaboró un mapa FODA: fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, desde la perspectiva tanto de los técnicos en salud del Hospital de Rocha, usuarias, actores centrales en la gestión de salud pública regional y de la comunidad social en la cual el proyecto se inserta.

Se analizaron los resultados mediante frecuencias absolutas y relativas y se compararon los resultados de los diferentes años usando el Test de comparación de proporciones, (estadístico z), con un nivel de significación estadística del 95 %. Se realiza el análisis mediante el programa EPIDAT versión 3.1. El análisis cualitativo de las entrevistas a usuarias y profesionales fue realizado considerando los códigos elaborados en las pautas de entrevista con el software Etnograph versión 6, tanto para grupos como para las entrevistas en profundidad, incluyendo aquellos temas que espontáneamente emergieron durante el análisis. Se utilizó un único sistema de codificación para todo el material procesado. Se generaron documentos conteniendo los extractos de los textos para cada código, de modo de sistematizar la información.

## Resultados

En 2013 se identificaron 350 registros de nacimientos que cumplieron los criterios de inclusión y en 2015 los registros identificados fueron 382. Las características socio demográficas de las mujeres que asistieron su parto en la maternidad de Rocha no mostraron diferencias clínicamente relevantes (Tabla 1). La población total estuvo constituida por 732 mujeres.

Los resultados de la encuesta de salida realizada a las usuarias en el puerperio inmediato mostraron un cumplimiento de todos los aspectos priorizados en la intervención mayor al 63 % excepto para la ingesta de líquidos y alimentos. En los aspectos ligados al trato,

71,4 % (IC 65,4-82,3) de las usuarias declaró haber recibido un trato muy amable. Respecto a la posición adoptada para el parto, 67,2 % (IC 54,2-74,3) informa que se les permitió adoptar distintas posiciones. Respecto a la ingesta de líquidos y alimentos, 48,6 % (IC 41,8-55,4) declara haberlos recibido, y el 63,7 % (IC 56,8-76,5) de las encuestadas relata entre 5 y 15 minutos de contacto inmediato post parto con el recién nacido (Tabla 2).

Para la variable forma de terminación del embarazo-cesárea, se observa una tendencia al descenso cuando se analiza el período 2010-2016, si bien no se observa una diferencia significativa cuando se comparan las proporciones 2013 y 2015, hay un cambio en la pendiente de la curva entre estos años (Tabla 3, y Figura 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias del Hospital de Rocha (2013-2015)

	2013		2015		Valor p
	N=350		N=382		
	FA	FR	FA	FR	
<b>Edad materna</b>	4 sin dato				
0 a 19 años	102	31,0 %	117	29,15%	≥0.05
20 a 49 años	248	69,0%	261	70,85%	
<b>Nivel educativo</b>					
sin dato	6		5		
ninguno	4	1,2%	0		
primaria	137	39,8%	118	31,7%	≥0.05
secundaria	192	55,8%	237	63,5%	
universidad	11	3,2%	18	4,8%	
<b>Paridad</b>					
Sin dato			4		
0	134	38,3 %	153	40,1%	
1-3	181	51,7%	202	53,4%	≥0.05
4-20	35	10%	23	6,1%	
<b>Estado civil</b>					
Sin dato	24		8		
Casada	26	8%	34	9,3%	
Unión estable	228	69,9%	262	71,8%	≥0.05
Soltera	70	21,5%	65	17,8%	
otro	2	0,6%	4	1,1%	

Fuente: SIP. Hospital de Rocha.

Tabla 2. Resultados de la encuesta de salida realizada a usuarias

		%	IC 95%
<b>información sobre el proceso del parto</b>	No me dieron explicaciones	20,6	15,8- 26,1
	Sí, pero no comprendí	7,5	4,6-11,5
	Sí, me explicaron claramente	66,7	60,5-72,5
	No responde	5,2	2,78-8,6
<b>Recibe un trato amable y respetuoso</b>	No	1,2	0,25-3,4
	No mucho	3,1	1,4-6,2
	Si, bastante	23,0	17,9-28,6
	Si, mucho	71,5	65,5-77,0
	No responde	1,2	0,25-3,4
<b>Se le permite adoptar distintas posiciones</b>	No	24,9	18,7-30,4
	Si	67,2	59,0-72,0
	No responde	7,9	4,9-12,7
<b>Tiempo de contacto piel con piel</b>	No	30,3	24,7-36,4
	Si 1 hora	2,0	0,65-4,6
	Si 15 minutos	25,5	20,2 31,4
	Si 30 minutos	4,0	1,9 7,2
	Si 5 minutos	38,2	
	No responde	12,4	
32,2			
44,6			
6,06-14,4			

Fuente: elaboración propia.



Tabla 3. Variables del nacimiento. Hospital de Rocha

				Año 2013	Año 2015	Valor p
<b>Terminación</b>	espontáneo	Vaginal		62,2%	66,9%	0,07
		Cesárea		37,8%	33,1	0,065
<b>Posición en el parto</b>		85,6	0,50	28,6%	13,3%	0,000
Acostada	86,2%	%	0	24,0%	18,2%	0,082
<b>Episiotomía</b>		0,06				
SI	24 %	7				
<b>Acompañamiento en el parto</b>				28,0%	13,3%	0,000
( sin acompañamiento )						
<b>Ligadura tardía del cordón</b>				93,95	91,1%	Mayor 0,05
<b>Lactancia exclusiva al egreso</b>				92,2%	90,0%	Mayor 0,05

Fuente: SIP.

Figura 1. Cesáreas en el Hospital de Rocha y cesáreas nacionales (2010-2019).



Fuente: SIP. Ministerio de Salud, Uruguay.

Para la variable acompañamiento en el parto se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en la variable “ningún acompañante”, que muestra un descenso con relación a la línea de base del proyecto (Tabla 3).

Para la variable posición en el parto, no hay diferencias entre la línea de base y el 2015. (Tabla 3).

Para la variable episiotomía, se observa una tendencia al descenso, pero no hay diferencia estadísticamente significativa entre el antes y después de la intervención. (Tabla 3).

Con relación a los desgarros, se observa una disminución de los desgarros grado 1, con aumento no significativo de los desgarros grado 3. Se destaca que el porcentaje de periné intacto es para los dos años alrededor del 50 %.

En un elevado porcentaje de los nacimientos la ligadura del cordón umbilical es tardía, tanto para la línea de base como para el control post intervención (Tabla 3).

Cuando se analiza la lactancia al egreso, tampoco se encontraron diferencias antes-después siendo elevado el porcentaje de lactancia exclusiva al egreso (Tabla 3).

Del análisis de la información cualitativa se destaca que todos los entrevistados coincidieron en los beneficios obtenidos a partir de la implementación de la intervención, ya que la misma propició la visualización del modo de trabajo en la maternidad, y la priorización de los derechos de las usuarias.

(...) hubo una fortificación ,creo que el proyecto potencio lo que había o hizo más visible, igual tenemos mucho para hacer, hay un trabajo que podemos llamar a conciencia, que no lo hemos publicado (...) lo digo por dos aspectos la ciencia, y otra es la persona a la que se le aplica (...) creo que

ambos han sido beneficiados por esto que se llevó a cabo (...) un antes y un después del proyecto (...) tuvo la capacidad a través de los rubros de fortalecer los vínculos hacia afuera (...).

#### *Técnico del Hospital*

Fortaleza, experiencia de 2 años con gente del lugar, más allá que la participación no haya sido la esperada, hay un grupo que se ha ido formando, un capital humano que es una fortaleza (...) quisiera pensar que en alguno de ellos generó una motivación en torno a su actividad (...).

#### *Directivo ASSE*

(...) creo que hay que exigir compromiso, pues es un servicio gratuito, donde te dan todo gratis, y pienso que esa debería ser nuestra devolución al sistema...compromiso y apoyo a este proyecto.

#### *Usuaría extranjera Punta del Diablo*

(...) me parece que en todo Rocha se sabe que acá se trabaja diferente, también en otros lugares, vienen de otros lugares para acá. (...) en otros lados de trabajo tuvieron que adaptarse porque las mujeres reclamaban, y las mujeres reclamaban (...) eso es como que todo el mundo sabe (...) y no solo que sea de Rocha (...) también la gente de Castillos, Lazcano (...).

#### *Usuaría Barrio Hipódromo*

## Discusión

La experiencia del Hospital de Rocha, se presenta como una oportunidad de poner en evidencia la eficacia de modelos de asistencia donde prima la consideración de un trato amable y respetuoso, sumado a la apuesta a una asistencia basada en evidencia científica, a la capacitación y compromiso del personal y de la comunidad de usuarios/as en su conjunto.

Los cambios observados en los comportamientos de los técnicos (estadísticamente significativos o no) no podrían explicarse por ninguna otra intervención ocurrida en la intervención en ese período (no hubieron otras instancias formativas ni actividades dirigidas a las poblaciones objetivo durante ese período). Sin embargo para algunas prácticas que implican cambiar los paradigmas respecto a la cultura de atención centrada en el hospital, suele ser complejo, como lo refieren Holztrattner y cols. de la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre<sup>(14)</sup>. Dichos autores refieren como obstáculos las barreras institucionales y organizativas del trabajo, así como la falta de formación y actualización adecuadas del personal de salud, todos los cuales han sido abordados en nuestra intervención.

En una revisión panorámica reciente sobre parto humanizado y violencia obstétrica en Chile, Silva y cols. analizan las dificultades de implementación debido a la construcción histórica, sociocultural y económica del modelo biomédico de atención del parto predominante. Se observa convergencia entre la comunidad científica y otros actores en torno al reconocimiento de los beneficios del parto humaniza-

do, así como acerca de la necesidad de superar obstáculos institucionales del sector de salud. No obstante, el proceso de cambio propuesto es lento y se observan resistencias entre profesionales de la salud para abordar las quejas de las mujeres frente a la violencia obstétrica y su demanda de atención de calidad<sup>(13)</sup>.

Esta intervención compleja y múltiple adhiere a la concepción de Leboyer y Odent sobre las bases de la promoción del parto fisiológico y humanizado<sup>(6)(7)(14)</sup>.

Este tipo de intervenciones requieren ser sostenidas en el tiempo, de modo de permitir los cambios comportamentales necesarios, considerando que existen múltiples factores condicionantes en el proceso, de tipo contextual o social, institucional y personal<sup>(15)</sup>.

En el caso del Hospital de Rocha, la intervención en su conjunto se mantuvo del año 2013 al 2015, interrumpiéndose posteriormente. Siendo esta una experiencia con fuerte énfasis en el cambio de modelo y los procesos educativos, la falta de continuidad en el tiempo atenta contra la sostenibilidad de los avances obtenidos.

Este trabajo presenta algunas fortalezas, fundamentalmente el abordar del problema desde una perspectiva integral (biopsicosocial) e involucrando a los diferentes actores, personal de salud y usuarias y sus familias.

Por otro lado es necesario considerar las limitaciones inherentes al diseño “antes y después” a la hora de la evaluación de la intervención, la falta de grupo control que dificulta la inclusión en el análisis de posibles factores de confusión.

## Conclusiones

Los indicadores del SIP demuestran la potencialidad del proceso desarrollado en el descenso de la proporción de cesáreas, la mejora en el cuidado del periné, así como un aumento del acompañamiento de las usuarias en el momento del parto, todos aspectos positivos. Es necesario continuar el trabajo para lograr mejoras en otros indicadores como el tiempo de contacto piel a piel.

Un aspecto relevante de esta propuesta fue que las usuarias del Hospital de Rocha participaron en la puesta en marcha del modelo, de ese modo, se dio la oportunidad a la apropiación plena de la propuesta. La comunidad de usuarios se vio fortalecida por las actividades, y se logró una sensibilización de una porción importante de la población. Los técnicos de la Maternidad se beneficiaron de las actividades de capacitación, el Hospital de Rocha se constituyó en un referente nacional en torno a la humanización de los cuidados en la Maternidad, y en el contexto nacional podría posicionarse como un centro de formación de recursos para la instauración del modelo en otras Maternidades.

## Fuentes de financiación.

Se obtuvo financiamiento de la Federación Ginebrina de Cooperación (Suiza) para la realización del proyecto.

## Agradecimientos:

Agradecemos a la Dirección de la Regional Este de Rocha (ASSE) por su apoyo durante la ejecución de este proyecto. A la dirección del Hospital de Rocha y al jefe del Servicio de Maternidad por su colaboración.

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization, UNICEF UNPF and TWB. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. Geneva: WHO; 2019.
2. S. LEM. Parto humanizado: Recopilación de folletos y artículos, Material de apoyo para los talleres de capacitación. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELA-CAHUPAN). [Internet]. Montevideo: RELACHUPAN; 2007. [citado: 20 ago. 2020]. Disponible en: <https://caif.inau.gub.uy/documentos/familia/item/40-parto-humanizado>
3. Uruguay. Poder Legislativo. Ley de acompañamiento a las mujeres en el parto y nacimiento. [Internet]. Montevideo: IMPO; 2001. [citado: 30 nov. 2020]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>

4. Uruguay. Poder Legislativo. Ley de Salud Sexual y Reproductiva 18426. [Internet]. [citado: 30 ago. 2020]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
5. MYSU. Violencia obstétrica: cuando el nacimiento de un hijo se convierte en patología [Internet]. 2019. [citado: 15 mar. 2020]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/web/?s=violencia+obstetrica>
6. Odent M. El bebé es un mamífero. Tenerife: OB Stare; 2009.
7. Odent M. La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la Humanidad. Tenerife: Obs Stare; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. Guía Práctica. Ginebra: WHO; 1996.
9. Junta de Andalucía. Plan de parto y nacimiento. [Internet] Sevilla: Conserjería; 2009. [citado: 6 abr. 2020]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PLANPARTOS2017JUNIO\\_completo.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PLANPARTOS2017JUNIO_completo.pdf)
10. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. [Internet]. London: RCOG Press; 2008. [citado: 20 jun. 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21370514/>
11. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H GS. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2008. [citado: 9 may. 2020]. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
12. Organización Mundial de la Salud. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985;2:436-7.
13. Silva A, Pantoja F, Millón Y H V. Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. Medwave. 2020;20(9):e8047.
14. Leboyer F. Por un nacimiento sin violencia. Madrid: Mandala Ediciones; 2008.
15. Holztrattner, J; Geremias H; Moraes, M; Carlotto FdFD. Contacto piel a piel temprano en un hospital amigo del niño: percepciones de las enfermeras obstétricas. Rev gaúch enferm. 2021;42(e20190474).

*Nota:* la contribución de los autores en la realización del manuscrito fue equivalente.

*Nota de aprobación:* el editor es el responsable de la publicación del presente artículo.

**Recibido: 22.03.2022**  
**Aceptado: 19.04.2022**