

# Curso con Beatrijs Smulders

Parto seguro: cómo integrar el feminismo y la evidencia científica en la práctica clínica

18 y 19 de Septiembre de 2019

*Presencial  
y online*



**Beatrijs Smulders**

Matrona, autora de "Parto se

**Ibone Olza**

Psiquiatra perinatal

**Blanca Herrera**

Matrona



Instituto Europeo de  
Salud Mental Perinatal

información e inscripción

**saludmentalperinata**



# EMPODERAMIENTO DE LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN PARTOS

1. Nuevas recomendaciones en la atención al parto. El lugar de las profesionales: cómo integrar el respeto y la evidencia científica. Ibone Olza
2. El papel de las matronas independientes y la experiencia de Holanda. Beatrijs Smulders
3. La atención al parto desde un enfoque de género: por qué necesitamos la mirada feminista para atender el parto. Beatrijs Smulders
4. Sexualidad de la mujer y parto. Beatrijs Smulders
5. ¿Cómo nos sentimos cuando asistimos? Blanca Herrera
6. Trabajar tus propios miedos como profesional para poder atender partos de forma saludable. Beatrijs Smulders



# EMPODERAMIENTO DE LA MUJER EN EL PARTO

1. Preparación al parto y empoderamiento durante la gestación. Beatrijs Smulders
2. Psicología del parto fisiológico. Ibone Olza
3. Distocia emocional y manejo de bloqueos de origen psíquico en el parto. Beatrijs Smulders
4. Como implementar los cambios en la atención en el parto hospitalario. Blanca Herrera



Nuevas recomendaciones en la atención al parto. El lugar de las profesionales: cómo integrar el respeto y la evidencia científica.

Ibone Olza

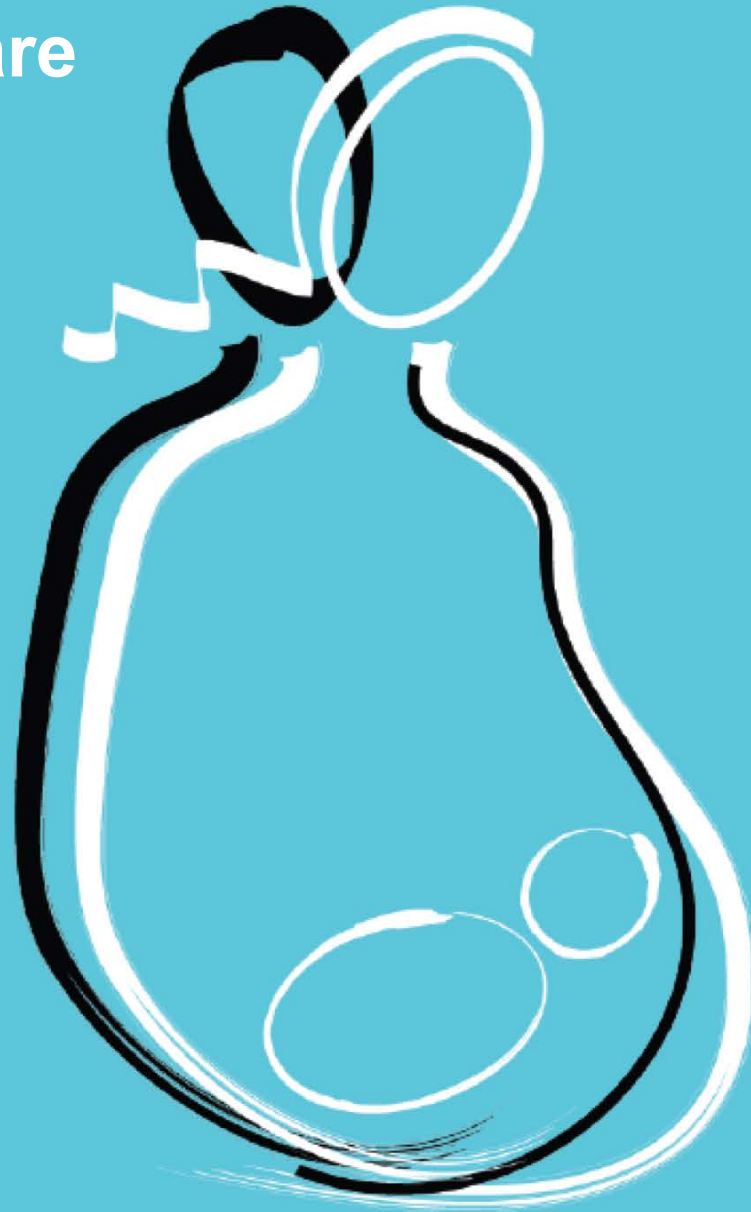


Santa Ana Maternity, Caracas.  
Oct. 19, 2011. (Carlos Garcia Rawlins/Reuters)



SLI  
TEI

WHO recommendations  
**Intrapartum care  
for a positive  
childbirth  
experience**



The following  
is an overview  
of this template

A subtitle can  
be placed in  
this text box

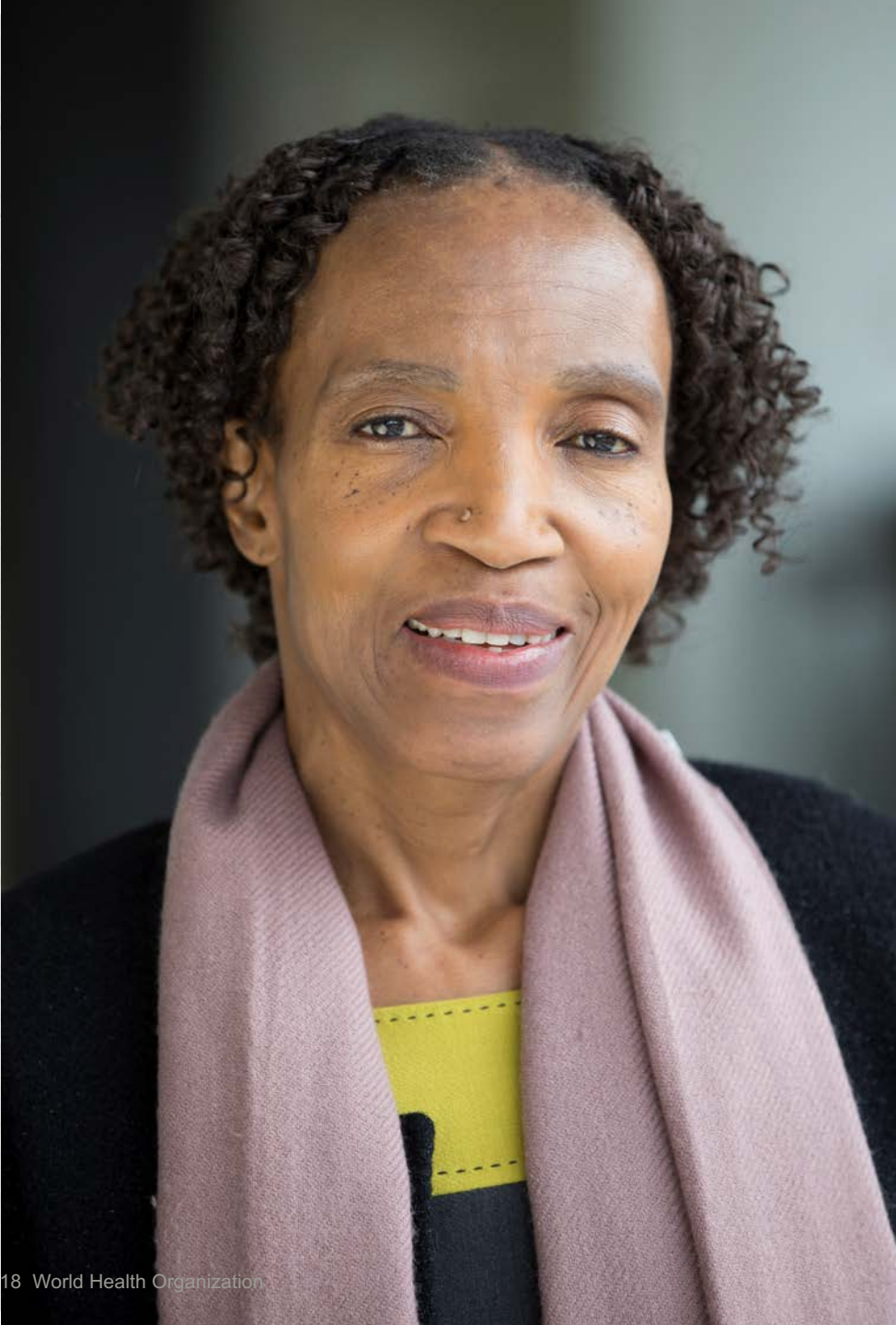
Or you can use  
an overview of  
the slidedoc

---



**World Health  
Organization**

Prepared by:  
Name Here



“ We want women to give birth in a safe environment with skilled birth attendants in well-equipped facilities. *However, the increasing medicalization of normal childbirth processes are undermining a woman’s own capability to give birth and negatively impacting her birth experience.*”

We encourage health care providers to adopt and adapt the recommendations in this guideline, which provide a sound foundation for the provision of *person-centred, evidence-based and comprehensive care for women and their newborn babies.*”

– **Princess Nothemba Simelela**

ADG, Family, Women’s and Children’s Health (FWC) Cluster



# MEDICALIZACIÓN DEL PARTO



Photo: Lieve Blancquaert

A pesar de los años de investigación, el concepto de "normalidad" en el trabajo de parto y el parto no es universal o estandarizado.

El modelo de atención predominante en muchas partes del mundo es aquel en el que un proveedor de salud controla el proceso de parto.

*Ha habido un aumento sustancial en las últimas dos décadas en la aplicación de una gama de prácticas en el parto para iniciar, acelerar, terminar, regular o monitorear el proceso..*

There is evidence that a substantial proportion of women undergo at least one obstetric intervention during labour and childbirth.

- + [LINK: INCREASING TREND IN CS RATES](#)
- + [LINK: WITHIN COUNTRY INEQUALITY IN CS](#)
- + [LINK: INTERVENTIONS IN LOW-RISK WOMEN](#)

*La medicalización del proceso de parto tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta negativamente su experiencia en el parto.*

Healthy pregnant women continue to be subjected to ineffective and potentially harmful routine labour interventions such as perineal shaving, enema, amniotomy, intravenous fluids, antispasmodics, and antibiotics for uncomplicated vaginal births.



# LABOUR PROGRESSION: WHAT'S NORMAL? CUESTIONAMIENTO PARTOGRAMA

The validity of one of the most important components of the partograph, the alert and action lines, has been called into question in the last decade, as findings of several studies suggest that labour can indeed be slower than the limits proposed in the 1950s by Emmanuel Friedman.



iStock by Getty Images. All rights reserved.

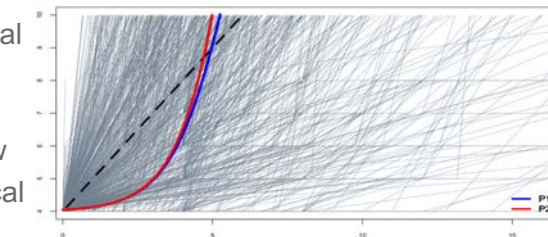
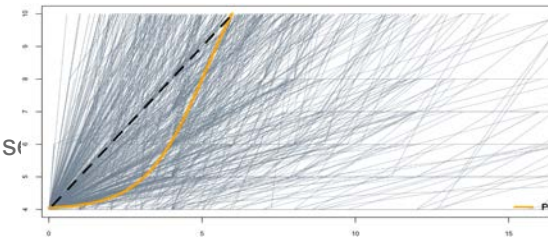
To safely monitor labour and childbirth, a clear understanding of what constitutes normal labour onset and progress is essential.

Consensus around the definitions of the onset and duration of the different phases and stages of normal labour is lacking.

In practice, there are considerable variations in how

- + [LINK: S/REVIEW OF LABOUR PROGRESSION](#) normal labour progress is defined in terms of cervical
- + [LINK: PERFORMANCE OF THE "ALERT LINE"](#) dilatation pattern and safe time limits.

The question of whether the current cervicograph design can safely and unequivocally identify healthy labouring women at risk of adverse outcomes has become critical to clinical guidance on intrapartum care.



Cervical dilatation patterns (grey lines) in women with normal birth outcomes versus alert line (dashed line).

# GUIDELINE SCOPE: WHO & WHAT? “EMBARAZADA SANA...¿SOLO?”

*This guideline focuses on the care of all healthy pregnant women and their babies during labour and childbirth in any health care setting. “Healthy pregnant women” is used to describe pregnant women and adolescent girls who have no identified risk factors for themselves or their babies, and who otherwise appear healthy.*

The management of pregnant women who develop labour complications and those with high-risk pregnancies who require specialized intrapartum care is outside the scope of this guideline.

The guideline covers essential care that should be provided throughout labour and childbirth, and interventions specific to the first, second, and third stages of labour.

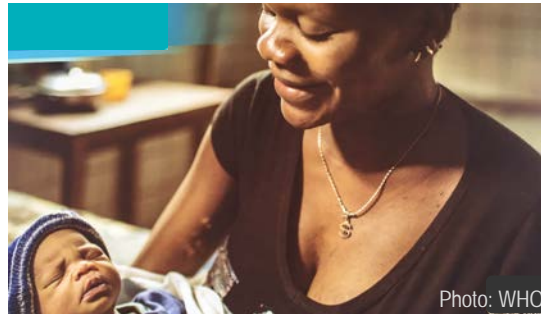


# PREGUNTA PRIORITARIA: CENTRARSE EN LO QUE IMPORTA A LAS MUJERES

The guideline focus was based on a scoping process that identified woman-centred interventions and outcomes for intrapartum care. This included a systematic qualitative review to understand what women want, need and value during childbirth. The findings show that:

*Women want a positive childbirth experience that fulfils or exceeds their prior personal and sociocultural beliefs and expectations.*

Therefore, WHO used a consultative process to identify priority questions related to the effectiveness of clinical and non-clinical practices aimed at helping women achieve their expectations of childbirth.



Two bottom photos: iStock by Getty Images. All rights reserved



*Here are some of the views shared by women included in the systematic review.*



# Recommendations

---

- + *Care Throughout Labour and Birth*
- + *First Stage of Labour*
- + *Second Stage of Labour*
- + *Third Stage of Labour*
- + *Care of the Woman and Newborn After Birth*

03

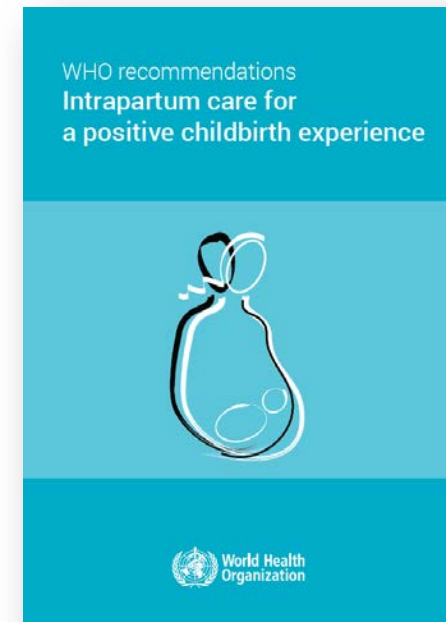
## 56 RECOMMENDATIONS IN TOTAL...

*This guideline includes 26 new recommendations adopted by the GDG at the 2017 meetings, and 30 existing recommendations from previously published WHO guidelines.*

*Recommendations are grouped and presented according to the timing of the practice ranging from labour onset through to the immediate postnatal period.*

Additional remarks are included where needed to ensure that recommendations are correctly understood and applied in practice.

*The full guideline and the supporting GRADE evidence profiles are available [here](#).*



# RESPECTFUL MATERNITY CARE

*Se recomienda la atención a la maternidad respetuosa, la atención organizada y brindada a todas las mujeres de una manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, garantice la ausencia de daños y malos tratos y permita la elección informada y el apoyo continuo durante el parto y el parto..*



Photo: Global Health Project



# RESPECTFUL MATERNITY CARE\_: PARA TODAS

*Respectful maternity care – which refers to care **organized for and provided to all women** in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth – is recommended.*

## **RMC ES PARA TODAS**

- Regardless of:
  - The risk status for labour complications - 'low' or 'high'
  - Birth settings – home or hospital
  - Cadres of health care provider
  - Country income level – high, middle, or low

# RESPECTFUL MATERNITY CARE: ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

*Respectful maternity care – which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth – is recommended.*

*dignity, privacy and confidentiality...*

- In accordance with a human-rights-based approach to reducing maternal morbidity and mortality
- Requires interventions at the interpersonal level between a woman and her health care providers
- Interventions should aim to ensure a respectful and dignified working environment for those providing care

# EFFECTIVE COMMUNICATION

*Effective communication between maternity care providers and women in labour, using simple and culturally acceptable methods, is recommended.*



iStock by Getty Images. All rights reserved.



# ACOMPañAMIENTO EN EL PARTO

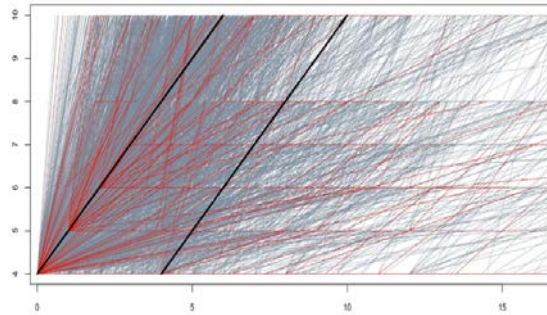
*A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth.*



iStock by Getty Images. All rights reserved.

# PROGRESS OF THE FIRST STAGE OF LABOUR

*There is insufficient evidence to support the use of the partograph alert line as a classifier to detect women at risk of adverse birth outcomes.*



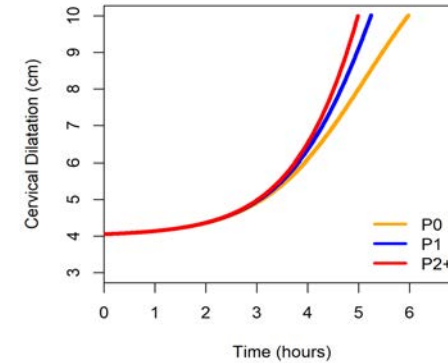
## 1 cm per hour rule inaccurate

For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.



## < 1 cm/hour ≠ obstetric intervention

A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be a routine indication for obstetric intervention.



## Every birth is unique

Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.

# ROUTINE ASSESSMENT OF FETAL WELL-BEING

*Routine cardiotocography is not recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission or during labour in healthy pregnant women undergoing spontaneous labour.*



iStock by Getty Images. All rights reserved.

# ROUTINE ASSESSMENT OF FETAL WELL-BEING

*Auscultation of the fetal heart rate with either a handheld Doppler ultrasound device or a Pinard fetal stethoscope is recommended for healthy pregnant women in labour.*



Photo: WHO/PAHO



# PAIN RELIEF DURING LABOUR

*It is likely that the care context and the type of care provision and care provider have a strong effect on the need for labour pain relief, and on the choices women make in relation to this need.*



## *Relaxation and Massage Techniques*

Most women desire some form of pain relief during labour, and qualitative evidence indicates that relaxation techniques can reduce labour discomfort, relieve pain and enhance the maternal birth experience.



## *Epidural Analgesia*

Epidural analgesia appears to be the more effective pain relief option but compared with opioid analgesia it also requires more resources to implement and to manage its adverse effects, which are more common with epidural analgesia.



## *Parenteral Opioids*

Despite being widely available and used, pethidine is not the preferred opioid option, as shorter-acting opioids tend to have fewer undesirable side-effects

Before use, health care providers should counsel women about the potential side-effects of opioids, including maternal drowsiness, nausea and vomiting, and neonatal respiratory depression, and about the alternative pain relief options available.

# BIRTH POSITIONS

*For women with or without epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.*



Photo: UNICEF/Noorani

# EPISIOTOMY POLICY

*Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.*



# FUNDAL PRESSURE

*Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended.*



Photo: Lieve Blancquaert



# CARE OF THE NEWBORN

*All newborns, including low-birth-weight (LBW) babies who are able to breastfeed, should be put to the breast as soon as possible after birth when they are clinically stable, and the mother and baby are ready.*

This recommendation has been integrated from the WHO recommendations on newborn health. The evidence supporting this recommendation can be found in the WHO guidelines on optimal infant feeding for low birth weight infants in low- and middle-income countries. This recommendation was determined to be a strong recommendation based on low-quality evidence.

The source and the evidence supporting this recommendation can be found [here](#) and [there](#):



Photo: Lieve Blancquaert

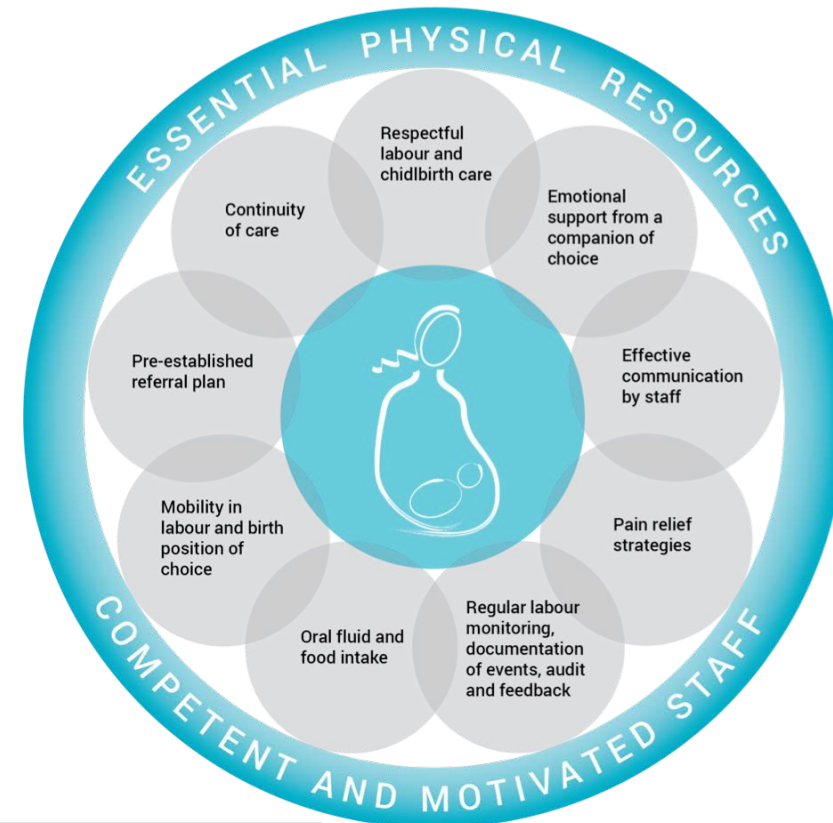
# INTRODUCING THE WHO INTRAPARTUM CARE MODEL

## PROFESIONALES AMABLES, COMPETENTES Y MOTIVADAS

*The recommendations should be implemented as a package of care in all facility-based settings, by kind, competent and motivated health care professionals who have access to the essential physical resources.*

The principles guiding the 2018 guideline that includes 56 evidence-based recommendations include the following:

- Labour and childbirth should be individualized and woman-centred
- No intervention should be implemented without a clear medical indication
- Only interventions that serve an immediate purpose and proven to be beneficial should be promoted
- A clear objective that a positive childbirth experience for the woman, the newborn and her family should be at the forefront of labour and childbirth care at all times





**RESPECTFUL  
MATERNITY CARE:  
THE UNIVERSAL  
RIGHTS** OF  
CHILDBEARING  
WOMEN






All women  
deserve  
**respectful  
maternity  
care**

Respectful care is  
everyone's responsibility.  
**#RespectfulCare**

If a woman does not feel safe and respected at a maternity center, she is less likely to attend her antenatal care appointments or present in labor. **This increases the risk of death and disability for both her and her baby.**

**IntraHealth**   
Improving Health. Reducing Costs. © 2014 IntraHealth International Inc.





**Al buscar y recibir cuidados maternos antes, durante y después del parto:**

**1** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA Y MALTRATOS**  
NADIE PUEDE ABUSAR FÍSICAMENTE DE TI

**2** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**OBTENER INFORMACIÓN, AL CONSENTIMIENTO O RECHAZO INFORMADO, Y AL RESPETO A SUS DECISIONES Y PREFERENCIAS, INCLUIDA SU DECISIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PERIODO DE CUIDADO MATERNO**  
NADIE TE PUEDE OBLIGAR, NI HACER COSAS CONTIGO, SIN TU CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

**3** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**LA PRIVACIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD**  
NADIE PUEDE EXPONERTE A TI, NI DIVULGAR TU INFORMACIÓN PERSONAL

**4** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**SER TRATADA CON DIGNIDAD Y RESPETO**  
NADIE PUEDE HUMILLARTE, NI ABUSAR VERBALMENTE DE TI

Todos los derechos se basan en instrumentos internacionales reconocidos de derechos humanos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos; el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; el Convenio sobre la Eliminación de Todo Tipo de Discriminación contra la Mujer; la Declaración para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; el Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre prevenir la mortalidad materna, morbilidad y derechos humanos; y la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing. También se hace referencia a instrumentos nacionales cuando hacen mención específica sobre las mujeres en edad reproductiva.

La maternidad segura es más que solo la prevención de la muerte y la discapacidad. Es el respeto por la humanidad, sentimientos, decisiones y preferencias de toda mujer.

**CUIDADO MATERNO RESPETUOSO: LOS DERECHOS UNIVERSALES DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA**



**5** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**LA IGUALDAD, A LA NO DISCRIMINACIÓN, Y A CUIDADOS EQUITATIVOS**  
NADIE TE PUEDE DISCRIMINAR A CAUSA DE ALGO QUE NO LE CUESTE DE TI

**6** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**RECIBIR CUIDADOS MÉDICOS OPORTUNOS Y EN EL NIVEL DE SALUD MÁS ALTO POSIBLE**  
NADIE PUEDE IMPEDIR QUE RECIBAS EL CUIDADO MATERNO QUE NECESITES

**7** TODA MUJER TIENE DERECHO A:  
**LIBERTAD, AUTONOMÍA, A DECIDIR POR SÍ MISMA, Y ESTAR LIBRE DE TODA COACCIÓN**  
NADIE PUEDE DETENERTE A TI, NI A TU BEBÉ, SIN UNA AUTORIZACIÓN LEGAL

**La falta de respeto y el abuso durante el periodo de cuidados maternos son una violación de los derechos humanos universales de las mujeres.**



Para más información visita:  
[www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare](http://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare)



<https://undocs.org/es/A/74/137>

Naciones Unidas

A/74/137



**Asamblea General**

Distr. general  
11 de julio de 2019  
Español  
Original: inglés

---

Septuagésimo cuarto período de sesiones  
Tema 26 a) de la lista preliminar\*  
**Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer**

**Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato  
y la violencia contra la mujer en los servicios de salud  
reproductiva, con especial hincapié en la atención del  
parto y la violencia obstétrica**

**Nota del Secretario General**



Causas profundas del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva

Condiciones y limitaciones de los sistemas de salud como causas estructurales de la violencia obstétrica

Naciones Unidas



**Asamblea General**



- En el contexto de los servicios de salud materna y reproductiva, las condiciones y limitaciones del sistema de salud son causas subyacentes del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto. Las malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud y la histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica contrasta con las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención de la salud materna, los bienes y servicios, la adecuada capacitación del personal sanitario y el equilibrio de género entre los profesionales de la salud. Para cumplir esta obligación, **los Estados “debe(n) dedicar el máximo de los recursos de que dispone(n) a la salud sexual y reproductiva” y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos** para determinar las necesidades y las asignaciones presupuestarias. Sin embargo, muchos Estados no dan prioridad, en sus presupuestos, a la atención de la salud de las mujeres. El hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres es una violación del derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación. Además, muchos Estados no garantizan que los trabajadores sanitarios reciban la capacitación adecuada en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, ni la obligación de dichos trabajadores de prestar una atención respetuosa y no discriminatoria.





- 40. Junto con las limitaciones de recursos, **las condiciones de trabajo en los sistemas de salud pueden desempeñar un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto.** Una encuesta mundial realizada por la OMS en 2016 a las matronas reveló que, con demasiada frecuencia, **las matronas informan de que sus esfuerzos se ven limitados por las desiguales relaciones de poder** existentes dentro del sistema de salud. Muchas de las matronas tienen también que afrontar problemas como el aislamiento cultural, un alojamiento inseguro y sueldos muy bajos. Además, los trabajadores sanitarios han explicado que los problemas del sistema de salud, como la insuficiencia de personal, el gran número de pacientes, los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y la falta de infraestructuras son factores importantes que crean un tenso entorno laboral que su vez propicia una conducta poco profesional. **La falta de apoyo y supervisión de los profesionales sanitarios ha demostrado contribuir a la moral baja y la actitud negativa de estos profesionales, lo que a su vez perpetúa el maltrato de las mujeres.**



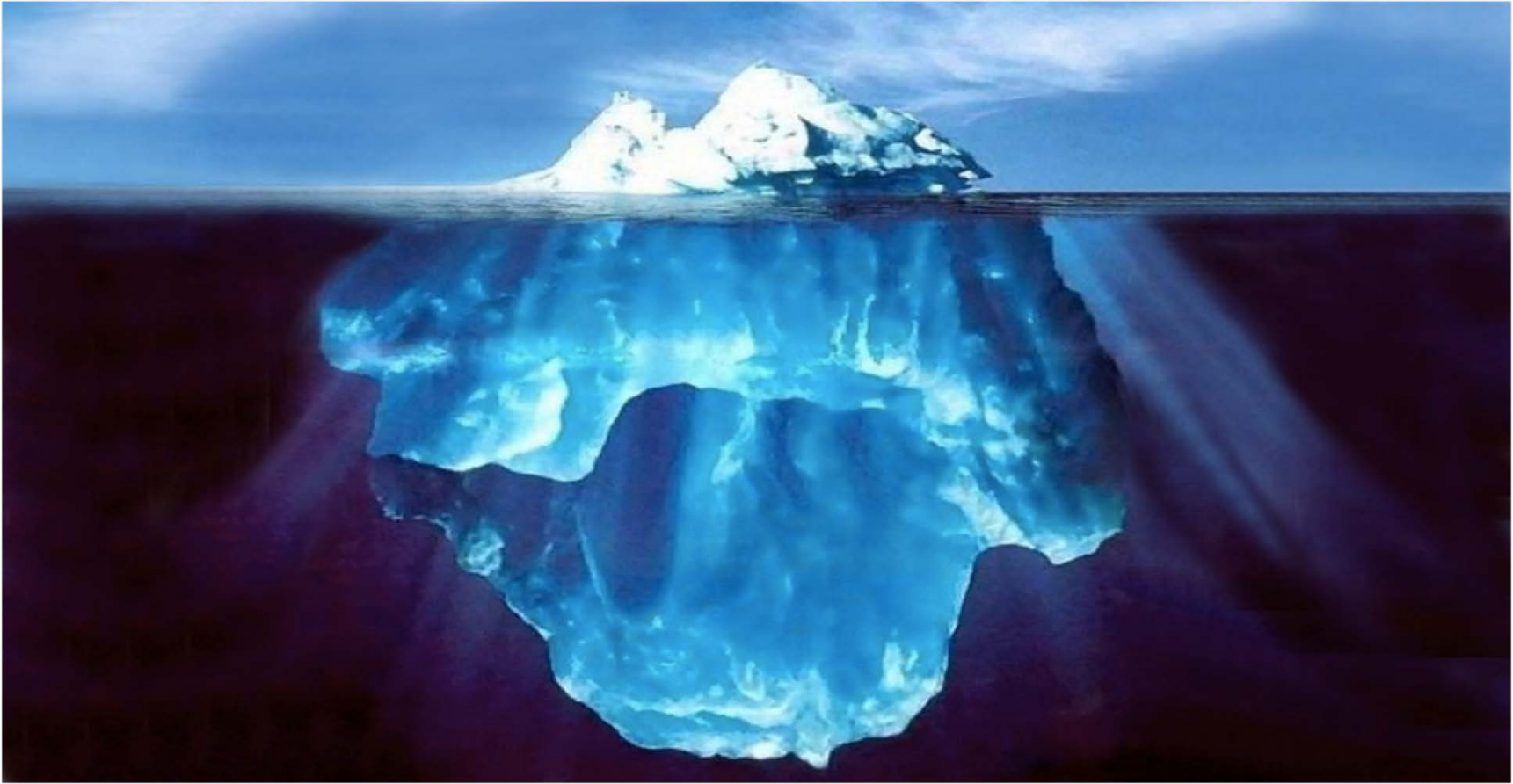
46. Los nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer. Estos estereotipos surgen de sólidas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



# La dinámica del poder y el abuso de la doctrina de la necesidad médica

49. La dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas<sup>60</sup>. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto.









# PROPUESTAS DE ACTIVISMO : CON TODAS, DE TODAS, PARA TODAS

- IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN
- LENGUAJE: CIENTIFICO ¿SIEMPRE?
- EVIDENCIA CIENTIFICA VERSUS LUCHA DE PODER
- CIENCIA TAMBIÉN ES SEXISTA
- NECESIDAD DE VISIBILIZAR EL SUFRIMIENTO DE LAS PROFESIONALES
- COMPARTIR TESTIMONIOS MUJERES/PROFESIONALES/MADRES
- CREACION DE REDES, GRUPOS Y ESPACIOS DE APOYO Y CUIDADO MUTUOS
- ¡Emergencia feminista!





**“Si no se  
puede bailar,  
no es mi  
revolución”**

**Emma Goldman**