

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

“Conducción del nacimiento” utilización de la cesárea y medicalización del parto en Gran Asunción, Paraguay *“Driving birth” cesarean sections and the medicalization of birth in Gran Asunción, Paraguay*

Tamar Goldenberg¹, Jennifer W. Foster², Karen L. Andes³

RESUMEN

Introducción: La OMS recomienda que las tasas de cesáreas no superen el 15%, sin embargo en 2008, el 46% de los nacimientos en el Gran Asunción, Paraguay, se produjeron por cesárea. El aumento del uso de cesáreas en zonas de escasos recursos se asocia con mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal, además de los altos costos del cuidado de la salud. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comprender el contexto en el que las cesáreas se realizan en Gran Asunción. **Métodos:** Se recogieron datos cualitativos entre mayo y agosto de 2010, incluyendo treinta entrevistas individuales en profundidad con veinte mujeres quienes habían tenido partos recientes, tanto vaginales como cesáreas, y con diez gineco-obstetras que trabajaban en hospitales públicos de Gran Asunción. Un análisis sistemático de las transcripciones literales identificó varios temas principales, comparando y contrastando los patrones internos y externos de las entrevistas. La alta utilización de cesáreas en el Gran Asunción es el resultado de un proceso medicalizado del parto que no prepara en forma adecuada a las mujeres para el parto vaginal, utiliza intervenciones médicas sin indicación de rutina (por ejemplo ocitocina artificial, episiotomías), y no proporciona apoyo social a las mujeres durante el parto. **Resultados:** Como resultado, el parto vaginal es a menudo descrito como una experiencia negativa; en consecuencia, muchas mujeres temen al parto vaginal y “ruegan” a los médicos para ser operadas. Algunos médicos también pre-

fieren las cesáreas porque se perciben como más convenientes, controlados y menos riesgosos, para evitar las acusaciones de negligencia. Los modelos de parto medicalizados pueden no satisfacer el componente emocional de la experiencia del parto. Los programas y las políticas que tienen como objetivo mejorar la salud materna deberían considerar la aplicación de un modelo de parto humanizado, ya que puede mejorar la percepción de la atención materna por parte de las mujeres y aumentar el deseo de buscar atención prenatal y tener partos vaginales.

Palabras claves: cesáreas, parto humanizado, parto medicalizado, educación para el parto, Gran Asunción.

ABSTRACT

Introduction: WHO recommends that cesarean rates not exceed 15%; however in 2008, 46% of births in Gran Asunción, Paraguay occurred by cesarean. The increased use of cesareans in resource-poor settings is associated with increased maternal and neonatal morbidity and mortality and high healthcare costs. The **objective** of this study was to understand the context in which cesareans occur in Gran Asunción. **Methods:** Qualitative data were collected between may and august 2010, including thirty in-depth individual interviews, twenty with recently postpartum women who had vaginal or cesarean births and ten with obstetrician-gynecologists who worked at public hospitals in

Recibido el 10 de agosto de 2015, aceptado para publicación el 11 de setiembre de 2015

¹Rollins School of Public Health of Emory University

²Nell Hodgson Woodruff School of Nursing, Emory University

³Global Health, Emory University

Gran Asunción. A systematic analysis of verbatim transcripts identified major themes, comparing and contrasting patterns within and between interviews. The high utilization of cesareans in Gran Asunción results from a medicalized birth process that poorly prepares women for vaginal birth, routinely utilizes medical interventions without indication (e.g. artificial oxytocin, episiotomies), and does not provide social support to women during labor. Results: As a result, vaginal birth is often portrayed as a negative experience; many women consequently fear vaginal birth and “beg” doctors to operate. Some doctors also prefer cesareans because they are perceived as more convenient, controllable, and less risky for accusations of malpractice. Medicalized birth models may fail to address the emotional quality of the birth experience. Programs and policies that aim to improve maternal health should consider applying a humanized birth model because it may improve women’s perceptions of maternal care and increase desires for seeking maternal care and vaginal births.

Keywords: *Cesareans, humanized birth, medicalized birth, childbirth education, Gran Asunción*

INTRODUCCIÓN

El parto por cesárea es una tecnología que puede salvar vidas durante el parto, pero el aumento en el uso de cesáreas en zonas de bajos recursos se ha asociado con un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal (por ejemplo, el aumento de los ingresos en unidades de cuidados intensivos, estadías hospitalarias más prolongadas, el parto prematuro, transfusiones de sangre, y las histerec-tomías), y el aumento de los costos de salud (1-4). Dado que la intención de una cesárea es hacer más seguro el nacimiento, es difícil determinar cuándo el uso de la cesárea se vuelve más perjudicial que beneficioso (5, 6). En 1985, la Organización Mundial de la Salud recomendó que la tasa de cesárea esté entre el 10-15% (6). Estas cifras se han revisado y la recomendación todavía hoy se considera apropiada (7). Sin embargo, el uso de cesáreas ha aumentado de forma constante desde la década de 1980, y pocos países en el mundo caen dentro de esta gama de la tasa de cesáreas ideal.

Las diferencias en las tasas de cesárea suelen tener sus raíces en factores económicos, con los países

más pobres careciendo de acceso a cesáreas y los países más ricos con una sobre-utilización del procedimiento. Las disparidades dentro de los países también son comunes, con pacientes de un estatus socioeconómico más elevado teniendo mayor acceso a las cesáreas que las personas de un estatus socioeconómico más bajo. Esta diferencia representa una mala utilización de los recursos. En un estudio que examinó el uso de cesáreas en 137 países en 2008, se estimó que se realizaron 6,20 millones de cesáreas innecesarias, con un costo de aproximadamente 2.32 mil millones de dólares estadounidenses. Al mismo tiempo, se estimó que había indicaciones para realizar 3,18 millones de cesáreas (por valor de aproximadamente 432 millones de dólares) pero que no se realizaron en lugares de escasos recursos (1).

Esta diferencia en el acceso a la asistencia es importante cuando se considera que muchos países con pocos recursos tienen tasas de cesárea considerablemente más altas que las recomendadas, que es el 15% (3, 4). En América Latina, la tasa de cesáreas se estimó en un 33% para toda la región en 2005 (4), en comparación con 31,1% en los Estados Unidos en 2006 (8). En la región metropolitana de Asunción, la capital del Paraguay, el 46% de los partos se produjeron por cesárea en el 2008 (9), lo que representa un aumento del 40,7% del 2004 (10). La discrepancia entre la recomendación de la OMS y de la tasa de cesáreas real en Gran Asunción implica que algunas cesáreas no tienen indicación médica. La discrepancia también refleja la naturaleza fluida y contextual de la definición de las indicaciones médicas para las cesáreas.

Dado que la tasa de cesáreas es especialmente alta en América Latina, la investigación sobre este exceso de uso se ha centrado en los países de esta región del mundo, especialmente en Brasil (11, 12). Sin embargo, poca investigación se ha centrado en la experiencia del parto en Paraguay. El propósito de este estudio es comprender el contexto en el que se producen las cesáreas y examinar por qué la tasa de cesáreas es tan alta en Gran Asunción.

MÉTODOS

Los datos cualitativos fueron recogidos en Gran Asunción entre mayo y agosto de 2010, incluyendo 30 entrevistas en profundidad (EEP): 11 con las mujeres quienes tuvieron partos vaginales, 9 con mujeres quienes tuvieron cesáreas, y 10 con mé-

dicos gineco-obstetras. Una de las entrevistas con los médicos fue en grupo, dando como resultado la participación de 12 médicos gineco-obstetras. Entrevistas con informantes claves, observaciones de los partos, y una discusión focal de grupo (DFG) con mujeres en el post-parto inmediato también informaron al análisis de las EEP.

Criterios de inclusión para las mujeres fueron: Edad de ≥ 18 años y si dieron a luz en los últimos tres meses anteriores. Se incluyeron sólo mujeres quienes tuvieron cesáreas por primera vez y fueron excluidas si ellas informaban una indicación médica clara para realizarse una cesárea (por ejemplo, pre-eclampsia, sufrimiento fetal, el posicionamiento no cefálico, más de 24 horas desde la rotura de la membrana amniótica). Todos los médicos que participaron trabajaban en guardias de 24 horas en la sala de partos en uno de los hospitales participantes. El reclutamiento de las mujeres y los médicos se produjo en tres hospitales diferentes en Gran Asunción: Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad, el Hospital Regional de Luque, y el Hospital Materno Infantil “Reina Sofía” de la Cruz Roja Paraguaya. El Hospital de Santísima Trinidad y el Hospital Regional de Luque son hospitales públicos financiados enteramente por el gobierno y proporcionan servicios de forma gratuita. El Hospital de la Cruz Roja está financiado en parte por el Ministerio de Salud y cobra una pequeña tarifa por sus servicios. Con base en los datos proporcionados por los hospitales participantes, las tasas de cesáreas variaban, con el Hospital de la Cruz Roja que tiene el mayor porcentaje de cesáreas (61%; 1.544 nacimientos entre enero y julio de 2010), seguido por el Hospital de Santísima Trinidad (45%; 899 nacimientos de enero a julio de 2010), y el Hospital Regional de Luque (34%; 1.066 nacimientos de enero a mayo de 2010).

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en español por un equipo de entrevistadores que consistía en un entrevistador primario con fluidez en español y un entrevistador secundario bilingüe (español y guaraní). Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente en español. El análisis de los datos se completó en español usando MAXqda, versión 10 (Verbi Software, Berlín, Alemania). Análisis línea por línea se llevó a cabo en un subconjunto de entrevistas para identificar temas recurrentes y definir los códigos correspondientes. Los datos textuales para las treinta entrevistas fueron

segmentados y codificados. Los datos fueron recuperados y examinados de forma sistemática con el uso de códigos individuales, las intersecciones de los códigos y las búsquedas léxicas de palabras importantes. A los efectos de la recuperación de datos por tema, los encuestados se agruparon por tipo para identificar mejor las consistencias y diferencias. Una lectura enfocada de los textos segmentados permitió el desarrollo de descripciones en grueso para cada código, permitiendo comparaciones específicas dentro y entre los grupos.

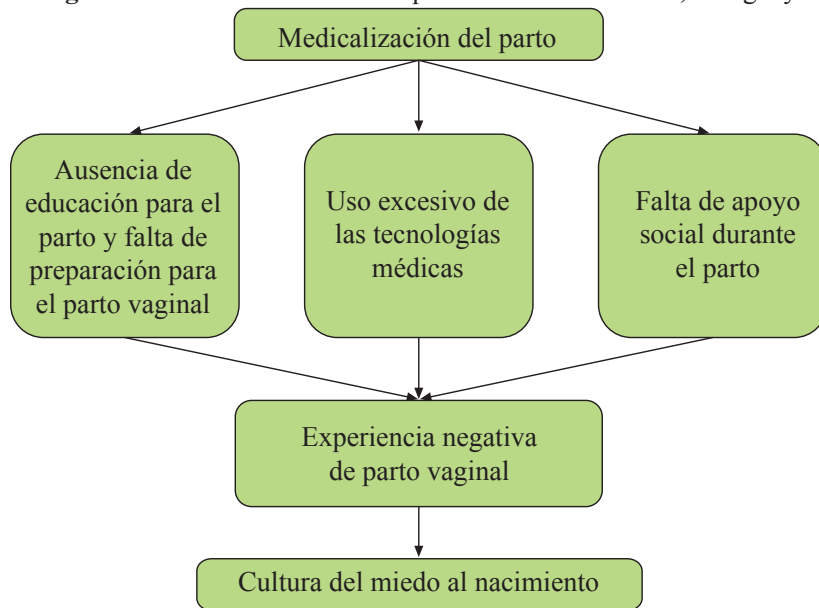
Este estudio recibió una clasificación no-investigativa por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad ya que el proyecto no trató de generalizar los resultados más allá de Gran Asunción. La participación fue voluntaria; consentimiento informado verbal se recibió de cada participante antes de la recolección de datos.

RESULTADOS

Las entrevistas revelaron que el parto vaginal en Gran Asunción es un proceso altamente medicalizado. Las mujeres no reciben educación sobre el parto durante el embarazo; la tecnología médica y los procedimientos se utilizan de forma rutinaria durante el parto vaginal con o sin indicación médica; y el apoyo emocional no se proporciona durante el parto. Como se muestra en la **Figura 1**, estos aspectos del proceso del parto vaginal resultan en un temor del proceso, experimentado tanto por las mujeres como los médicos, lo que conduce a la utilización de cesáreas como un modo preferido de parto.

Cuidado prenatal

Los médicos constantemente refieren una falta de “preparación” para el nacimiento en las pacientes como una de las causas de la elevada frecuencia de cesáreas en Gran Asunción, afirmando que dicha falta afecta negativamente “la cooperación” de las mujeres durante el parto y el nacimiento. Los médicos identificaron una falta de atención prenatal (APN) como la razón por la que las mujeres están mal preparadas para el parto vaginal. Sin embargo, los datos de la ENDSSR del 2008 indican que el 99,3% de las mujeres en Gran Asunción recibieron algún tipo de APN durante su último embarazo y el 97,4% de esas mujeres tenían al menos cuatro visitas para la atención prenatal (**Tabla 1**) (13), que es el número de visitas recomendado por la OMS (14).

Figura 1: La medicalización del parto en Gran Asunción, Paraguay**Tabla 1:** Demografía de la atención prenatal en Gran Asunción, Paraguay⁽¹³⁾

Demografía de atención prenatal	%	n
No recibieron ninguna atención prenatal	99.3	538
Cantidad de atención prenatal *		
Primera visita en los primeros 6 meses	97.0	522
Primera visita en el primer trimestre	68.8	370
4 o más visitas	97.4	519
Primera visita en los primeros 6 meses y tenía 4+ visitas	95.3	508
Primera visita en el primer trimestre y tenía 4+ visitas	68.3	364

* Entre las mujeres que recibieron atención prenatal

La discrepancia entre las creencias de los médicos sobre la APN y las experiencias reales de las mujeres indican que la falta de preparación no es el resultado de la cantidad de visitas en la APN, sino más bien el contenido de la educación proporcionada durante esas visitas. Al describir las experiencias de la atención prenatal, las mujeres hablan de las pruebas médicas, pero afirmaron reiteradamente que no recibieron ninguna información sobre el parto.

Los informantes claves indicaron que existe un protocolo de priorización de educación para el parto durante la APN. Sin embargo, los médicos indicaron que no existe tal pro-

toloco y que las mujeres no reciben ningún tipo de preparación psicológica para el parto durante el embarazo. Los médicos también observaron que la limitada cantidad de tiempo dedicada a cada mujer durante las visitas en la atención prenatal era una barrera para proporcionar la educación apropiada.

- Hay tres horas para atender a todas las pacientes y hay treinta pacientes. Uno tiene que medir la altura uterina, auscultar los latidos del corazón fetal... por lo que uno no puede sentarse con la paciente y explicarles nada porque hay una sobrecarga de pacientes. (Entrevista Grupo: DR11).

Tecnología Médica

Todos los médicos refieren el uso rutinario de las intervenciones médicas durante el parto y el nacimiento, incluyendo la ocitocina artificial, la rotura artificial de membranas y la episiotomía. En el Hospital de la Cruz Roja, la analgesia epidural es también el protocolo estándar y los fórceps se utilizan como protocolo para los partos vaginales después de cesáreas (PVDC). Los médicos consideran que estas intervenciones médicas son necesarias para la “manejar” o “la evolución” del trabajo de parto y el parto vaginal. Limitaciones con la infraestructura hospitalaria también fueron identificadas como razones para el uso de ciertas intervenciones médicas, especialmente la ocitocina artificial:

- *La ocitocina se utiliza de forma rutinaria... no se puede internar a una paciente y no acelerar su trabajo de parto porque... hay momentos en que hay... nada, ni siquiera una cama, ni siquiera una camilla... no se puede dejar a la paciente para que su trabajo progrese de forma espontánea porque ella va a estar allí todo el día y va a haber un montón de gente a la que no se va a poder cuidar y usted va a tener que enviarlos a otro hospital y ese hospital también se llenará de pacientes y ellos no van a tener espacio. Así que la ocitocina se utiliza de forma rutinaria (Dr1).*

Las mujeres describieron el uso de la tecnología médica durante el parto de forma negativa, expresando el temor a los procedimientos médicos, especialmente las episiotomías y fórceps, y la identificación de estos procedimientos como una razón para la preferencia materna por cesárea:

- *Algunas tienen cesáreas debido al miedo, porque no quieren ser cortadas, porque dicen que es lo mismo si me van a cortar ahí abajo, es mejor tener una cesárea para no sentir dolor (P8, parto vaginal).*

Apoyo social

En los hospitales públicos de Gran Asunción, se prohíbe que las mujeres tengan a alguien que las acompañe durante el parto y el nacimiento. Los médicos identificaron limitaciones en la infraestructura como las razones por las que se prohíbe el uso de compañeros, específicamente la falta de espacio en las salas de parto.

Las mujeres expresaron que estar solas durante el parto estaba directamente relacionado con la dificultad

de tener un parto vaginal. En un DFG, una mujer describió cómo se imaginaba que su parto habría sido diferente si su madre la hubiese acompañado:

- *Y ese día yo quería que mi madre esté conmigo. Nadie puede estar con usted... Si mi madre estaba conmigo, creo que me habría motivado a dar a luz por vía vaginal... Para mí, mi madre es mi apoyo... Yo había decidido tener un parto vaginal, pero de repente... no pude aguantar más... y dije, “¿cuánto tengo que pagar para que me des una cesárea porque no puedo aguantar más”... “Quiero una cesárea <dije> porque... no sé si voy a ser capaz de empujar. No sé si voy a ser capaz de hacer esto” Por eso, elegí una cesárea (DFG, por cesárea).*

Dado que el acompañamiento por los miembros de la familia está prohibido, las mujeres perciben el tratamiento por los médicos, obstetras y enfermeras como especialmente importante. Hubo variación en las experiencias de las mujeres con el tratamiento del personal médico, con una variación existente no solo entre los distintos hospitales, sino también entre los médicos del mismo hospital. Todas las mujeres que dieron a luz en el Hospital de la Cruz Roja hablaron de forma positiva respecto al tratamiento médico. En este hospital, los residentes de primer año proporcionan atención continua, no dejando a la paciente durante la totalidad de su trabajo de parto. En los otros hospitales, mientras que algunas mujeres recibieron apoyo emocional de parte de médicos y enfermeras, la mayoría de las mujeres describen una experiencia solitaria en el que el personal médico les asistía con poca frecuencia:

- *Hubo un momento en que me sentí muy mal porque estaba sola y empecé a llorar. Una depresión se apoderó de mí, porque hablé con los médicos y el que entró y me vio [dijo] ‘no, todo está bien, eso es todo, y se fue... o si eran menos tolerantes, otros llegaban, me miraban y no me decían nada... te tocaban y se iban. Por lo tanto, eso te deprime más. Te hace nerviosa. Te agarra. Hubo un momento en que me agarró, y lloré toda la noche... era muy deprimente, muy quebrantante (P1, parto vaginal).*

El temor al parto vaginal y las cesáreas

Cuando una mujer en Gran Asunción se embaraza,

ella recibe información acerca del parto principalmente de otras mujeres, a través de sus relatos sobre sus experiencias personales del parto. Las historias son a menudo contradictorias; sin embargo, por lo general proporcionan una opinión sobre el modo de parto que una mujer debe elegir. Las mujeres describen dos tipos de historias. Una promueve cesáreas porque el parto vaginal es largo, doloroso, e implica procedimientos peligrosos o incómodos, como la episiotomía o el uso de fórceps. La otra narrativa promueve el parto vaginal, reconociendo que la recuperación de una cesárea es larga y difícil. Si bien estas diferentes descripciones del nacimiento proporcionan opiniones opuestas, no aportan conceptos alentadores o positivos del trabajo de parto. La representación negativa del trabajo de parto lleva a las mujeres a temer todo tipo de parto, tanto cesárea como vaginal. Las mujeres que temían el parto vaginal específicamente temían el dolor del trabajo de parto y de los posibles riesgos o complicaciones para el bebé que podrían ocurrir durante el parto:

- *Esa era la idea que tenía, que cuando se tiene un parto vaginal, el bebé supuestamente va a salir lastimado y yo soy pequeña y yo tenía miedo de que mi bebé iba a salir herido cuando nacía. Por lo tanto, yo también quería una cesárea (P13, por cesárea).*

Las mujeres que tenían miedo de las cesáreas temían del proceso de recuperación y los posibles riesgos quirúrgicos, con el mayor temor relacionado con la anestesia. Las mujeres que tenían cesáreas no necesariamente temían la idea de tener una cesárea durante el embarazo, pero a menudo experimentan miedo en el momento que se les decía que iban a necesitar una cesárea, por lo general, porque tenían miedo de que su bebé estuviera en peligro.

Las percepciones de los médicos acerca de las cesáreas y los temores de parto vaginal

Los médicos identificaron una fuerte preferencia materna de cesáreas en los sectores públicos y privados. En el sector privado, es más fácil obtener una cesárea electiva; en el sector público, donde ésta es menos aceptable, los médicos describen que las mujeres solicitan que se realice la cirugía. Según los médicos, una mujer que desea una cesárea “coopera” menos durante su trabajo de parto, haciendo que sea más probable que tenga una com-

plicación que requiera una cesárea:

- *En general, las pacientes están gritando, “opérenme, opérenme”. “Llega el momento para el nacimiento... y no empujan. No ayudan con el trabajo de parto y el bebé se queda allí sufriendo, casi listo para nacer; y se termina haciendo una cesárea de emergencia porque el bebé no sale. El bebé está ahí y disminuye el latido del corazón. Ella grita... llora... y los minutos ya están pasando, así que cuando nos encontramos con una paciente que no coopera, decidimos operar porque va a ser peor en el momento del nacimiento, ya que no va a ayudarnos. (Entrevista grupo: DR11).*

Las percepciones sobre las cesáreas variaban entre los médicos, con algunos médicos actuando como fuertes proponentes del parto vaginal y otros prefiriendo las cesáreas. A pesar de que ninguno de los médicos específicamente se identificaba a sí mismo como un “médicocesareador” (médicos por cesárea) (DR7), los médicos declararon que algunos obstetras prefieren las cesáreas porque carecen de la paciencia necesaria para un parto natural.

La mayoría de los médicos declararon que el parto vaginal es la opción más segura porque hay un aumento de los riesgos tanto para la mujer y el bebé cuando se realiza la cirugía; sin embargo, algunos médicos también identificaron que los riesgos potenciales que pueden ocurrir en un parto vaginal son más alarmantes porque el médico tiene menos control sobre esas complicaciones:

- *Uno se siente como si sus manos estuvieran atadas... cuando no se puede optar por una cesárea y el bebé no quiere salir por vía vaginal, que es cuando las complicaciones vienen... En la cesárea, por lo general, es mejor el control porque estás en el ambiente quirúrgico. Ella ya tiene anestesia y se pueden utilizar muchas maniobras para evitar complicaciones (DR2).*

Los médicos declararon que si existe la posibilidad de cualquier tipo de riesgo, entonces es mejor operar que correr algún riesgo, sobre todo porque están preocupados de ser acusados de negligencia.

El tema de la mala praxis fue un tema relevante entre los médicos. Aunque la prevalencia real de casos de mala práctica es desconocida, los médicos refirieron de forma espontánea la mala praxis en detalle cuando se les preguntó acerca de sus expe-

riencias como gineco-obstetras. Casi todos los médicos perciben que los partos vaginales tienen una mayor posibilidad de una demanda por negligencia, especialmente cuando una mujer pide una cesárea. Un médico declaró: “*Un cirujano opera primero y discute después*” (DR8). Los médicos reconocen que si una mujer tiene un parto vaginal con complicaciones, “*la madre siempre pregunta por qué no se le hizo una cesárea*” sin embargo, si la cesárea se llevó a cabo y se producen complicaciones, “*la madre nunca va a preguntar por qué que no se le hizo un parto vaginal*”(DR8). Los médicos que realizan las cesáreas son percibidos como habiendo hecho todo lo posible para salvar la vida de un bebé y/o de la madre, ya que utilizan toda la tecnología médica disponible. Esto da lugar a una práctica de la medicina defensiva y los médicos que eligen cesáreas para evitar problemas legales.

DISCUSION

El alto uso de las cesáreas no es simplemente el resultado de la preferencia materna o del médico, sino más bien la compleja interacción de factores culturales y estructurales que contribuyen a una experiencia del parto medicalizado. Estos factores incluyen el control de los médicos sobre el proceso del parto, una cultura de miedo al parto, la falta de reconocimiento del componente psicológico del parto, la falta de educación a las mujeres durante el embarazo, la mala infraestructura hospitalaria, y un sistema legal que hace que los médicos teman litigios en la presencia de complicaciones médicas. Cuando el modelo medicalizado del parto es la norma, los médicos, no las mujeres, se encuentran en el control del proceso del parto. Los resultados del parto medicalizado son una desconfianza en la habilidad del cuerpo de las mujeres para dar a luz en forma natural y requiere que los médicos sean los actores principales durante el parto con el fin de que el trabajo de parto progrese más rápidamente (15, 16).

Los médicos sistemáticamente usaban el término “conducir», al describir su papel en el trabajo de parto. Cuando un médico «impulsa» el parto a través del uso de las intervenciones médicas regulares como parte de una práctica típica de la atención obstétrica, el papel de la mujer se vuelve pasivo. Dentro de este proceso medicalizado, las mujeres describen el parto como desagradable, deprimente y atemorizador.

El exceso de la medicalización del parto puede afectar la cultura del parto y cómo la comunidad percibe el modo y el lugar ideal para el mismo. Este modelo médico de nacimiento no tiene en cuenta la importancia del apoyo social y la calidad psicológica y emocional de la experiencia del parto; en cambio, el parto se aborda como una condición médica.

En el Gran Asunción, este modelo médico del parto produce una cultura del parto que se caracteriza por el miedo. Esto se refleja en la forma en que las mujeres describen el parto a otras mujeres embarazadas en sus comunidades; la discusión de un parto vaginal o una cesárea, las historias contadas por las mujeres son relatos de experiencias terribles, definidos por el dolor y el sufrimiento. Esta cultura del miedo acerca del parto se extiende a los gineco-obstetras en Gran Asunción que tienen miedo de las complicaciones asociadas con el parto vaginal. Cuando las mujeres no “cooperan” y en su lugar piden por cesárea, los médicos pueden ser más propensos a querer operar para evitar las acusaciones de negligencia. La formación de los médicos como cirujanos les lleva a sentirse mejor preparados para manejar las complicaciones durante la cesárea, ya que existe dentro de un ambiente quirúrgico. Esto lleva a los médicos a temer los partos vaginales complicados, que a su vez aumenta la utilización de cesáreas.

El modelo humanizado del parto permite que las mujeres desempeñen un papel más activo en el parto (15, 17, 18). Este marco enfatiza la importancia de la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones y la necesidad del personal médico de permitir que el trabajo de parto progrese de forma espontánea y para demostrar bondad y empatía hacia las mujeres en el trabajo de parto (17). Usando el modelo del parto humanizado y priorizando la educación para el parto y el apoyo emocional durante el parto (de cónyuges, familiares, amigos, etc.) pueden mejorar la percepción de las mujeres sobre el parto vaginal y la experiencia del parto vaginal en el hospital. Además, el aumento de la formación de los médicos mediante un modelo del parto humanizado puede permitir a los médicos enfrentar las complicaciones durante el parto vaginal y centrarse más en la calidad de la experiencia de las mujeres durante el parto.

Es importante centrarse en la calidad de la experiencia del parto y la mejora de la percepción de la

atención materna dentro de un contexto más amplio de programas y políticas que tengan la intención de mejorar la salud materna. Dentro del ámbito de la salud pública, los programas que tienen como objetivo incorporar a la mujer al hospital para el parto pueden ser más eficaces si también se concentran en desarrollar el modelo del parto humanizado en los hospitales.

El marco teórico de las tres demoras explica la mortalidad materna mediante la identificación de tres fallas en el suministro de una atención materna adecuada: la demora en la búsqueda de atención, la demora en llegar a un centro médico, y la demora en recibir atención satisfactoria una vez que se haya llegado al centro hospitalario (19). La demora de buscar atención se produce dentro de un mayor contexto social y cultural. La insatisfacción con la atención obstétrica hospitalaria puede dar lugar a una brecha en la obtención adecuada de servicios de salud (20). En el caso de Gran Asunción, donde el nacimiento en los hospitales es la norma, la percepción negativa de la experiencia del parto en los hospitales no se ha traducido en un aumento de los partos en casa, sino más bien un mayor deseo de ofrecer la cesárea como vía de parto en lugar del parto por vía vaginal.

En las regiones del mundo donde la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal son altas, todavía es importante reconocer los procesos naturales del nacimiento. La calidad de la experiencia del parto puede influir en cómo se utilizan los servicios de atención materna. Los modelos del parto humanizado pueden proporcionar experiencias positivas del parto que son rentables, seguro y de percepción positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gibbons L, Belizán J, Lauer J, Betrán A, Merialdi M, Althabe F. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage*. Geneva: WHO; 2010.
- Kilsztajn S, Carmo MS, Machado LC, Lopes ES, Lima LZ. *Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;132(1):64-69.
- Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, Attygalle DE, Shrestha N, Mori R, Nguyen DH, Hoang TB, Rathavy T, Chuyun K, Cheang K, Festin M, Udomprasertgul V, Germar MJ, Yanqiu G, Roy M, Carroli G, Bathike K, Filatova E, Villar J. *Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08*. *Lancet*. 2010;375(9713):490-9.
- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, Campodónico L, Bataglia V, Faundes A, Langer A, Narváez A, Donner A, Romero M, Reynoso S, de Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A. *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
- Cyr RM. *Myth of the ideal cesarean section rate: commentary and historic perspective*. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(4):932-36.
- World Health Organization. *Appropriate technology for birth*. *Lancet*. 1985;2(8452):436-37.
- Althabe F, Belizán JM. *Caesarean section: the paradox*. *Lancet*. 2006;368:1472-73.
- MacDorman M, Menacker F, Declercq E. *Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes*. *Clin Perinatol*. 2008;35(2):293-307.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población. *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva, 2008*. Asunción: CEPEP; 2008.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población. *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva, 2004*. Asunción: CEPEP; 2004.
- Finger C. *Caesarean section rates skyrocket in Brazil*. *Lancet*. 2003;362(9384):628.
- Kasai KE, Nomura RMY, Benute GuRG, de Lucia MCS, Zugaib M. *Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital*. *Midwifery*. 2010;26(3):319-26.
- Goldenberg T. *Cesarean sections and the medicalization of birth in gran Asunción, Paraguay (Thesis)*. U.S.: Faculty of the Rollins School of Public Health of Emory University; 2011.
- World Health Organization. *Antenatal care*. Geneva: WHO; 2014.
- Davis-Floyd RE. *Birth as an American rite of passage*. 2 ed. Berkeley: University of California Press; 2003.
- Martin E. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press; 1992.
- Ministerio de Salud. *Manual de atención personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2007.
- World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO; 1996.
- Thaddeus S, Maine D. *Too far to walk: maternal mortality in context*. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091-110.
- Foster J, Burgos R, Tejada C, Cáceres R, Altamonte A, Perez L, Naoba F, Urbaz M. *A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic*. *Midwifery*. 2010;26(5):504-11.