

1. Médico ginecoobstetra, FACOG, Presidente del Comité de Derechos sexuales y Reproductivos SPOG, ex-Presidente de SPOG, ex-Presidente de la Sociedad Peruana de Fertilidad, Académico de Número de la Academia Peruana de Cirugía, Editor Científico de la RPGO, Miembro Honorario de 6 Sociedades de Obstetricia y Ginecología de América Latina, ex-Director Ejecutivo de FLASOG, Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Medalla al Mérito Extraordinario del CMP, Ex-Viceministro de Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-3607>

Declaración de conflicto de intereses. El autor declara no tener ningún conflicto de intereses en esta publicación.

Financiamiento: del propio autor.

Consideraciones éticas. Siendo este trabajo producto de una revisión bibliográfica no sistemática no ha existido la necesidad de consentimiento informado.

Recibido: 9 abril 2023

Aceptado: 16 abril 2023

Publicación en línea: 5 julio 2023

Correspondencia:

Luis Távara Orozco

✉ luis.tavara@gmail.com

Citar como: Távara Orozco L. Atención obstétrica centrada en la persona. Rev peru ginecol obstet. 2023;69(2). DOI: 10.31403/rpgo.v69i2512

Atención Obstétrica Centrada en la Persona Person-Centered Obstetric Care

Luis Távara Orozco¹

DOI: 10.31403/rpgo.v69i2512

RESUMEN

El Código de Ética del Colegio Médico del Perú establece que la medicina es una profesión científica y humanística. La Atención Centrada en la Persona ahora es reconocida como un componente fundamental de la atención médica de calidad porque se han observado numerosos resultados beneficiosos para los pacientes, incluidos familiares y proveedores. **Objetivo.** Explorar los argumentos de la medicina centrada en la persona para incorporarlos a nuestra especialidad y contribuir a mejorar la atención obstétrica. **Metodología.** Revisión no sistemática de la literatura, con selección de 72 referencias para construir este ensayo. **Resultados.** A lo largo del tiempo, las mujeres han sido atendidas por otras mujeres durante el parto. Sin embargo, en los hospitales de todo el mundo, el apoyo continuo durante el trabajo de parto a menudo se ha convertido excepcional. En la actualidad, las mujeres tienen su parto en un ambiente privado sin nadie que las acompañe, situación a ser cambiada, de acuerdo con las evidencias. La OMS recomienda la atención materna respetuosa y se refiere que la atención que mantiene la dignidad, la privacidad y el secreto profesional garantiza que no se haga daño ni maltrato, y permite la elección informada y el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. **Conclusión.** La revisión de la bibliografía muestra que la atención obstétrica centrada en la persona mejora la salud materna y perinatal.

Palabras clave. Medicina centrada en la persona, atención centrada en la persona

ABSTRACT

The Code of Ethics of the Peruvian Medical Association states that medicine is a scientific and humanistic profession. Person-Centered Care is now recognized as a fundamental component of quality medical care because numerous beneficial outcomes have been observed for patients, family members and providers. **Objective:** To explore the arguments for person-centered medicine in order to incorporate it into our specialty and contribute to improving obstetric care. **Methodology:** Non-systematic review of the literature with selection of 72 references to construct this trial. **Results:** Over time, women have been attended by other women during childbirth. However, in hospitals around the world continuous support during labor has often become the exception. Currently, women deliver in a private setting with no one to accompany them, a situation to be changed, according to the evidence. The WHO recommends respectful maternity care and refers to care that maintains dignity, privacy and professional secrecy ensures freedom that no harm or abuse is done and allows informed choice and ongoing support during labor and delivery. **Conclusion:** The literature review shows that person-centered obstetric care improves maternal and perinatal health.

Key words: Person-centered medicine, person-centered care

INTRODUCCIÓN

Históricamente, la medicina ha sido considerada como la ciencia y el arte de cuidar al enfermo, por lo que muchos autores consideran dentro del comportamiento del médico la ética y la moral médicas. A partir de la cultura romana, se aceptó el concepto de entrega completa y honorable del médico hacia su paciente⁽¹⁾. En el libro Protréptico de Aristóteles se señala que la medicina fundamentalmente se dedica a conservar la salud y secundariamente a atender a los enfermos, dejando de mencionar a las enfermedades⁽²⁾.

El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (CMP), versión 2023, establece: 'La medicina se orienta al respeto a la vida, a la agnía y a la muerte; así como, al logro de la más alta calidad de vida. Es una profesión científica y humanista cuya misión es el cuidado de la salud tanto individual como colectiva, lo que implica promoverla y preservarla, de la misma manera prevenir, tratar, rehabilitar, aliviar y reconfortar al paciente y sus allegados, acompañándolos respetuosa y empáticamente⁽³⁾.



Advertimos dos posiciones en cuanto al ejercicio de la medicina, la primera acepta el modelo biomédico (positivista) y la segunda sostiene la visión biopsicosocial de atención centrada en la persona; cada una tiene argumentos y características diferentes. Nosotros postulamos que el modelo biopsicosocial es la forma más adecuada de entender la realidad del ser humano porque no se contradice con el modelo biomédico, sino que lo complementa⁽¹⁾.

El médico británico William Osler sostiene 'Un buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad'⁽⁴⁾.

Hace más de 50 años, Karl Jaspers, médico y destacado filósofo, dijo: 'En la Medicina moderna, todo parecería estar en el mejor de los órdenes. Día a día se logran grandes resultados. Pero, lo asombroso es que entre los enfermos y los médicos aumenta la insatisfacción. Hay ahora más científicos de gran nivel y más ciencia que en ninguna otra época, pero también es cierto que nunca como ahora ha habido tantos problemas y deterioros en la atención médica derivados de la negativa influencia del lado oscuro de la tecnología, sumado a la persistente mercantilización de la medicina'⁽⁴⁾.

La frase de Gregorio Marañón 'no hay enfermedades sino enfermos' es en verdad un modelo biopsicosocial que tiene en cuenta no solo la enfermedad orgánica sino cómo vive su propia dolencia el paciente y cómo afecta tanto sus valores y su entorno familiar y social. Supera el modelo paternalista de Hipócrates⁽⁵⁾.

La Atención Centrada en la Persona (ACP) ahora la reconocemos como intervención fundamental de la atención médica de alta calidad porque se obtienen numerosos resultados beneficiosos para los pacientes, familia y proveedores⁽⁶⁾. Además, la práctica de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) provee soluciones a otros problemas prevalentes en salud que incluyen el costo de servicios, mejor atención de enfermedades crónicas y los litigios legales. A pesar de su profundo contenido ético, la ACP no está bien investigada⁽⁷⁾.

METODOLOGÍA

Debido a las posiciones antes mencionadas, el autor llevó a cabo una búsqueda bibliográfica no sistemática sobre el tema de Medicina/Atención

Centrada en la Persona en diversas bases de datos de las indexadoras Scielo, Cochrane Library, PubMed, Scopus de donde se recogieron fuentes primarias y secundarias en número de 1,576, seleccionando 67 a las que se agregó 5 de acceso directo. Esto significa que finalmente se utilizó 72 referencias para elaborar este ensayo. No fue necesario solicitar consentimiento informado.

DEFINICIÓN

En la Tesis de Valero Rodríguez se cita la frase de William Osler que dice: 'La variabilidad es la ley de la vida, y al igual que no hay dos caras iguales, no hay dos cuerpos iguales ni dos individuos se comportan igual bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad'⁽⁸⁾.

No existe aún una definición estándar sobre MCP. La Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos define la ACP como 'un cuidado planificado, manejado, entregado y mejorado de forma continua con la activa participación de los pacientes y su familia o cuidadores, de tal manera que integre las preferencias, valores y resultados clínicos deseados por el paciente'^(1,9,10).

Para la OMS, la ACP 'es un enfoque que incorpora la visión y perspectivas de las personas que padecen una condición, cuidadores, familiares y comunidades que reciben ese cuidado. El sistema de salud se organiza, entonces, alrededor de las necesidades integrales de las personas, en lugar de las enfermedades'^(11,12).

La MCP es una doctrina muy antigua y, al mismo tiempo, muy actual. Es un movimiento programático mundial liderado por el *International College of Person Centered Medicine*, con sede en Nueva York⁽¹³⁻¹⁵⁾.

El objetivo principal de la MCP es mejorar la calidad en el cuidado de la salud de las personas^(16,17), facilita el quehacer médico científico y humanista con sólido fundamento ético⁽⁹⁾. Además, la MCP centra la acción médica en el individuo con un enfoque holístico general y no fragmentado en todas sus dimensiones biopsicosociales⁽¹⁸⁾, estimula la investigación científica para generar la mejor evidencia clínica y el humanismo como esencia de la medicina⁽¹⁴⁾, ofrece cuidados, soporte y tratamiento al individuo y la información necesaria para que la persona participe en su autocuidado⁽¹⁹⁻²²⁾.



HISTORIA

La MCP se puede encontrar en antiguas civilizaciones orientales, como la China y la Ayurvédica, así como Occidentales, en particular la Grecia antigua, las cuales entienden la salud amplia e integralmente. Estas tradiciones se orientan hacia la salud como un todo del ser humano más que en la enfermedad⁽¹⁹⁾.

En Grecia antigua, los médicos de Cos no diferenciaban la enfermedad de la persona ni la persona de su medio; y los de Cnido buscaban encontrar el cuadro del paciente de acuerdo con una taxonomía de enfermedades. Durante el Renacimiento, ambas escuelas de pensamiento se expresaron mediante la controversia entre los seguidores de Hipócrates y los de Galeno. En el siglo XVII el médico Thomas Sydenham construyó un modelo de observaciones clínicas objetivas, describiendo los síntomas, el curso y desenlace de la enfermedad a lo largo del tiempo y creó así una nueva nosografía. Cien años después, con la Revolución Francesa, aparecieron ideas fundacionales del método clínico moderno⁽²³⁾.

Pedro Laín Entralgo, desde muy joven desarrolló un estilo integrador de lo científico y lo humanístico, así como el trato hacia el paciente entendido como sujeto que busca su bien personal. En cuanto a la ética entre el médico y el enfermo, muestra su compromiso por la recuperación de un profesional con alma. C. Gustav Jung aconsejó a los profesionales de la salud: 'conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana'⁽¹⁰⁾.

Carl R. Rogers, incorporó varias disciplinas relacionadas con el ser humano: ciencias sociales, medicina, psicología organizacional, economía, ecología, filosofía de la ciencia, teología, ética, deporte, arte, cultura y raza^(24,25). El término 'medicina centrada en el paciente' fue introducido por el psicoanalista británico Michael Balint, en 1970, que lo contrastó con la 'medicina centrada en la enfermedad'^(5,26). En los últimos años, ante la creciente tecnología y especialización, se ha introducido el concepto de medicina centrada en las personas, que subraya la atención individual de los enfermos como sujetos, con un enfoque holístico, general, no fragmentado, analizando a la persona en todas sus dimensiones biopsicoso-

ciales⁽²⁷⁾; rescata la expresión de Ortega y Gasset "Yo soy yo y mis circunstancias"⁽²⁶⁾. La MCP se ha convertido en un movimiento mundial liderado por el International College of Person Centered Medicine, fundado por el psiquiatra peruano, Dr. Juan Mezzich. Su ingreso en América Latina tiene poco tiempo^(14,28).

La MCP se ha desarrollado predominantemente en la psiquiatría y sobre todo en la medicina familiar⁽²⁹⁾ y busca aplicar un modelo personalizado, integrado y contextualizado de la práctica clínica, de tal modo que el abordaje biomédico y el avance tecnológico puede ser entregado a pacientes dentro de un planeamiento humanístico⁽³⁰⁾.

En años recientes se han venido realizando interesantes eventos nacionales, latinoamericanos y mundiales con el propósito de impulsar esta nueva corriente en la práctica de la medicina. Mezzich señala que la OMS ha convocado ya varias conferencias internacionales para tratar algo obvio, la medicina centrada en las personas⁽³¹⁾. En nuestro país, la Academia Nacional de Medicina ha conducido variados eventos sobre el tema, incluyendo una reunión latinoamericana que fue seguida de un importante pronunciamiento. La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) indica que este enfoque no solo busca poner a la persona humana como el centro de la atención de salud, sino seguir humanizando la relación médico-paciente⁽³²⁾. Este pronunciamiento es sumamente importante para asegurar la capacitación de recursos humanos que puedan aplicar la nueva orientación de la medicina⁽³³⁾, diferente a la que Abraham Flexner le dio y que él mismo remarcó años después que 'cultivar intensamente una medicina científica traía consigo el riesgo de perder el mejor juicio y la cultura amplia de las generaciones previas'⁽³⁴⁾. Será necesario antes formar docentes para impartir enseñanza-aprendizaje de esta corriente de pensamiento médico, dado que 'nadie puede dar lo que no tiene, puesto que para enseñar a ser persona primero hay que ser persona'⁽¹³⁾.

Habíamos expresado que la MCP se ha desarrollado en la psiquiatría, en la medicina familiar -particularmente en la atención primaria- y se ha podido extender a la cirugía, y obviamente aspiramos su aplicación en la especialidad de obstetricia y ginecología^(35,36).



¿COMO ENTENDEMOS LA MCP?

La MCP es entendida como 'la práctica médica que se fundamenta en el respeto y seguimiento a las preferencias, necesidades y valores del paciente, elementos que deben guiar todas las decisiones clínicas', según la *National Academy of Sciences, Engineering and Medicine* de los Estados Unidos⁽³⁷⁾. Debe considerar en el paciente sus tradiciones culturales, sus preferencias personales y valores, la situación de su familia y su estilo de vida⁽³⁸⁾.

JM Ceriane nos dice: 'estamos en una era de la medicina en donde predominan la ciencia biológica, la información, la no tolerancia a la incertidumbre, el mercantilismo, la escasa empatía, el utilitarismo y la tecnología. Estos aspectos desplazan al humanismo, una de las columnas de la medicina desde tiempos inmemoriales. Médicos y pacientes se encuentran insatisfechos⁽³⁹⁾. Existen pacientes que muestran los mismos síntomas, y aún sus mismas pruebas de laboratorio, pero sus dolencias son muy personales para cada uno, que dependen de las circunstancias que los rodean⁽⁴⁰⁾.

CARACTERÍSTICAS

Mezzich resume las 8 características esenciales de la MCP⁽¹⁸⁾:

- a. Compromiso ético
- b. Marco holístico
- c. Sensibilidad y respuesta cultural
- d. Foco comunicativo y relacional
- e. Individualización del programa de atención clínica
- f. Establecimiento de una base común entre clínicos, paciente y familia para el entendimiento y la acción
- g. Organización de servicios integrados y centrados en las personas y la comunidad, y

h. Educación médica e investigación científica en salud centradas en la persona.

La MCP enfatiza la atención individual de los enfermos como sujetos, con un enfoque holístico, general –y no fragmentado- del ser humano en todas sus dimensiones⁽¹⁸⁾.

Cárdenas, en su tesis doctoral encuentra que la falta más frecuente al Código de Ética fue 'la atención descuidada, superficial, incompleta'. Tal hallazgo justifica una de las tantas razones por las cuales la práctica de la MCP debe incentivarse en el Perú dentro de un estricto apego a los aspectos éticos⁽⁴¹⁾.

Con Álvarez-Romero podemos agregar que este paradigma comprende a la persona desde cinco factores: biológico, psicológico, sociológico, ecológico y espiritual. Agrega: 'Los médicos son útiles, no porque nos hagan tragar toda clase de sustancias dañinas, sino porque corresponden a una necesidad psíquica del paciente y de sus allegados, la eterna necesidad de la esperanza, simpatía y ayuda que únicamente un ser que sufre es capaz de experimentar' (León Tolstói)⁽²⁰⁾.

El método clínico centrado en la persona (MCCP) aplicado en la atención de la salud es una herramienta útil para el mejor abordaje de la persona, dentro de un sistema de salud que responda de manera eficiente a las necesidades de la población. La atención primaria de salud (APS) se constituye en la base de un buen sistema de salud⁽⁴²⁾.

Finalmente, podemos decir que la Red de Innovación de la Salud del Sur de Londres establece que 'la ACP incluye: • Respetar los valores de las personas • Tomar en cuenta las preferencias de la gente y sus necesidades • Coordinar e integrar la atención • Trabajar juntos para estar seguros que existe una buena comunicación, información y educación • Estar seguro que la persona está físicamente cómoda y segura Dar apoyo emocional • Involucrar a la familia y a los amigos • Estar seguro que existe continuidad dentro de los servicios • Asegurar que las personas tienen acceso a la atención cuando ellas lo necesitan⁽⁴³⁾.



VENTAJAS^(1,4,7,33,43,45,46)

- Contribuye a mejorar la calidad de los servicios disponibles
- Ayuda a las personas a conseguir la atención en salud
- Ayuda a las personas a ser más activas en su autocuidado
- Reduce en algo la presión sobre los servicios de salud
- Puede ayudar a reducir los costos en salud
- Mejora el bienestar
- Aumenta las tasas de cumplimiento de los planes de atención.
- Reduce las complicaciones
- Mejora las actitudes de los profesionales
- Mayor respeto a la ética
- Mayor reputación de los profesionales y establecimientos
- Satisfacción de los pacientes
- Menor tasa de demandas.

BARRERAS

- Falta de recursos humanos
- Falta de capacitación
- Deficiente infraestructura
- Exceso en la demanda de servicios en los establecimientos de mayor nivel
- Exigencia administrativa para atender mayor número de pacientes
- Limitaciones de tiempo para la atención
- Intervenciones de terceras personas en las prestaciones de salud.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA CENTRADA EN LA MUJER

La ginecología y obstetricia brinda atención a las mujeres a lo largo de su vida, incluyendo el embarazo y el parto, además brindan diagnósticos y tratamientos para enfermedades de los órganos reproductores femeninos⁽⁹⁾. El Profesor Mamhoun Fatalha propuso en 1997 cambiar el nombre por Salud de la Mujer. En América Latina existe evidencias sobre la humanización de la atención gineco-obstétrica, pero los estudios nos reportan desde la revisión del cumplimiento de las recomendaciones de la OMS hasta la valoración de la atención inadecuada⁽⁴⁷⁾.

Tradicionalmente, las mujeres han sido atendidas y apoyadas por otras mujeres durante el parto. Hoy en día, en los hospitales de todo el mundo, el apoyo continuo durante el parto frecuentemente es la excepción. En la actualidad, las mujeres tienen su parto sin acompañamiento en un ambiente privado, situación que debe cambiar, de acuerdo con las evidencias⁽⁴⁸⁾. La OMS recomienda la atención materna respetuosa de la dignidad, la confidencialidad, garantizar no hacer daño ni maltrato, y propone la elección informada y el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto⁽⁴⁹⁾.

Un estudio en Irlanda sobre atención obstétrica centrada en las personas encontró que el respeto, participación en las decisiones, comunicación, impacto educativo, continuidad del servicio, continuidad, disponibilidad y competencia del personal, elección genuina, promoción de la autonomía, atención individualizada y organización de la práctica mejoran los resultados⁽⁵⁰⁾.

Un cambio de paradigma es esencial para brindar una atención que abarque más las necesidades y prioridades de las gestantes en diferentes aspectos de su salud. La ACP respeta la equidad de género al involucrar a las mujeres en el autocuidado, adaptar el cuidado a sus necesidades y valores y eliminar la discriminación de todo tipo⁽⁵¹⁾. La atención de maternidad de mala calidad conduce a retrasos en la atención y resultados adversos para la gestante y el recién nacido, incluida la mortalidad perinatal. Un estudio cuasi experimental en India demostró que la ACP mejoró los resultados⁽⁵²⁾.



ATENCIÓN PRENATAL (APN) CENTRADA EN LA MUJER

Esta sección tiene como sustento la experiencia del autor, la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente, México DF⁽⁵³⁾, las Guías Nacionales de Atención integral de la salud sexual y reproductiva del Minsa, Perú⁽⁵⁴⁾ y otras varias referencias.

La APN es un conjunto de acciones basadas en una serie de visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud y consulta médica, con el objeto de evolucionar el embarazo, detectar riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza del niño. La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. La APN entrega una amplia gama de servicios de salud en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluye apoyo nutricional, vacunación, entre otros.

La APN se inicia con el uso de la historia clínica perinatal (HCP) en la que debe considerarse:

- Promoción de la salud
- Prevención de enfermedades e intervenciones importantes cada trimestre
- Detección de patologías
- Intervenciones médicas recomendadas
- Control de comorbilidades
- Educación para la salud más relevante
- Promoción de la lactancia materna
- Orientación en planificación familiar.

Se enfatiza la calidad de la consulta y no su número. Significa adoptar una conducta empática, dar afecto, hacer acompañamiento, atención a las posibles dolencias, explorar la esfera psíquica, emocional, familiar y social, facilitar la comunicación con la mujer embarazada y el acompañante que ella decida, explicar y solicitar autorización (consentimiento) para cada procedimiento, respetar sus decisiones y darle el su-

ficiente tiempo para una atención completa. Se promueve la ACP y en la familia, creando alianzas entre los profesionales de la salud, la pareja de la mujer y la familia que conduzcan a mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud.

Importa el régimen alimentario puesto que la obesidad de la gestante es un factor de riesgo para variadas complicaciones. Una revisión sistemática encontró que la obesidad está relacionada con resultados adversos para las madres y los bebés. Fueron más frecuentes la diabetes gestacional, preeclampsia, hipertensión gestacional, depresión, parto instrumentado y por cesárea e infección. También está relacionada con un mayor riesgo de parto prematuro, bebés grandes para la edad gestacional, defectos fetales, anomalías congénitas y muerte perinatal. La frecuencia de inicio de la lactancia materna es más baja y existe un mayor riesgo de su interrupción⁽⁵⁵⁾.

Los proveedores deben capacitar a la embarazada y sus familiares para la identificación de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y puerperio. El ejercicio regular en la embarazada de bajo riesgo es benéfico porque aumenta el sentido de bienestar. Igualmente realizar evaluación odontológica y la vacunación. Es recomendable identificar la depresión prenatal, que constituye factor de riesgo de depresión posparto. Ofrecer a la embarazada un examen ecográfico en cada uno de los trimestres, para lo cual deberá contarse con personal capacitado.

Medir el fondo uterino es un primer recurso para detectar alteración en el crecimiento fetal. Auscultar la frecuencia cardíaca fetal en cada APN, igualmente registrar los movimientos fetales. Las mujeres que comunican una reducción de movimientos pueden beneficiarse con pruebas de bienestar fetal sin estrés y con estrés o estudios con ultrasonido, para medir líquido amniótico, perfil biofísico, peso fetal estimado.

El examen pélvico durante el embarazo se utiliza para detectar condiciones clínicas tales como anomalías anatómicas, infecciones vaginales, evaluar el tamaño de la pelvis (pelvimetría clínica) y evaluar las condiciones clínicas del cuello uterino para detectar signos de incompetencia cervical.

Ofrecer a mujeres y parejas información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para



una elección informada del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias. Así mismo, educación y fomento de la lactancia materna. Proporcionar información acerca de:

- El trabajo de parto y en qué momento acudir a emergencia
- El dolor y la identificación de contracciones uterinas
- Cuidados a tener en el puerperio, cambios emocionales y situaciones de riesgo
- Cuidados del recién nacido
- Referir a la gestante a nivel superior cuando se detectan complicaciones que no pueden ser manejadas en el nivel de origen.

ATENCIÓN DEL PARTO CENTRADO EN LA PERSONA

La atención del parto humanizado proporciona cuidados a las gestantes con el objeto de brindar una ocurrencia feliz del trabajo de parto, el parto y el puerperio inmediato. La atención centrada en la mujer significa que la usuaria de los servicios de salud sea realmente el centro de la atención. Se debe conseguir su participación, permitiéndole expresar sus opiniones y preferencias, dar a conocer sus puntos de vista sobre las distintas maneras de tratar su parto y escuchar lo que tienen que decir. Esta conducta trata de que la atención proporcionada por el médico sea permanente al lado de la gestante y le asegure una mayor y más activa participación, cuidando que se realice en un ambiente de afecto, transparencia, acompañamiento y respeto⁽⁹⁾.

Hablar de humanización en la calidad de la atención clínica es poner al servicio de las mujeres las mejores competencias de sus recursos humanos⁽⁵⁶⁾. Humanizar es un asunto de carácter ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la obstetricia. La humanización del parto implica una confrontación entre dos culturas distintas; por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados del conocimiento, la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que privilegia el respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos⁽⁵⁷⁾.

La parturienta debe ser admitida en un establecimiento que cuente con profesionales de la salud entrenados y capacitados en ACP, quienes deben realizar una revisión integral de la HCP y un examen clínico completo. Luego, disponer la posición más cómoda que la mujer desee adoptar, sin necesidad de utilizar venoclisis, ni enema, ni rasurado. Incorporar al seguimiento del parto el partograma con curvas de alerta. La mujer puede decidir tomar líquidos orales y escoger la posición para el expulsivo^(48,54).

No cabe duda que el acompañamiento por el profesional y de aquel que escoja la parturienta aumenta los beneficios de la mujer y de su bebe. Una revisión sistemática Cochrane encontró: mayor frecuencia de partos vaginales espontáneos, menor duración del trabajo de parto y reducción de los partos por cesárea, parto vaginal instrumentado, uso de cualquier analgesia, uso de analgesia regional, puntaje de Apgar bajo a los cinco minutos y resultado negativo sobre las experiencias del parto⁽⁴⁸⁾. Otra revisión sistemática de 47 estudios sobre intervenciones centradas en la persona en centros de parto halló que las intervenciones mejoraron la autonomía, el apoyo social, el entorno del centro de salud y la dignidad⁽⁵⁸⁾.

La calidad de la atención durante el trabajo de parto y el nacimiento reduce la morbilidad y la mortalidad materna e infantil. Factores como la falta de atención coordinada entre los proveedores, la fragmentación de la atención y la atención deficiente se reducen en la atención obstétrica centrada en la mujer⁽⁵⁹⁾. Insistir en el consentimiento informado en todos los procedimientos necesarios en la atención del parto^(60,61).

Las ventajas de la atención obstétrica centrada en la mujer son las descritas en párrafos anteriores, a las que se agrega mejor satisfacción de las mujeres y los proveedores de salud, menor tasa de cesárea, menor frecuencia de complicaciones, mayor frecuencia de lactancia materna, menor mortalidad materna y perinatal y, en general, mejor calidad en la APN y del parto^(9,48,62,63).

Una experiencia peruana, relatada por Carbone, en relación con atención primaria en la que se aplicó realmente la ACP nos dice: 'Llega el momento, Paulina pasa a la sala de partos del puesto de salud. Paulina ya había decidido que quería tener un parto vertical. Paulina no mudó sus ropas, la faja



y el chumpi tradicionales por los batines médicos que se ofrecen a los pacientes. Estaba acompañada de su familia y la comunidad. Su esposo la sostenía, la partera la calmaba y el personal de salud la atendía de forma cálida, hablándole en su quechua natal. Paulina se agarró a una soga pendiente del techo, y mediante las naturales maniobras de expulsión un dulce llanto llenó la sala, un llanto que alegró a la Pachamama y a toda la comunidad, no era un llanto de dolor, sino de una nueva criatura que se abre a la vida⁽⁶⁴⁾.

Este último relato es una bella expresión de los resultados que se obtienen cuando se realiza una atención obstétrica centrada en la persona. Esto trajo como consecuencia una mayor confianza de la población en el servicio, una mayor afluencia de embarazadas y cero (0) muertes maternas en la región andina (Huancavelica), en donde se aplicó la intervención.

RECOMENDACIONES

De esta revisión se desprenden las siguientes recomendaciones:

- Cambiar el paradigma en las políticas de salud, fortalecer el primer nivel de atención para rescatar la atención primaria conforme las conclusiones de Alma Ata y prestar atención centrada en la persona^(52,65-68)
- Mejorar la planta física y el equipamiento de los establecimientos de salud para atender adecuada, oportuna y dignamente a las gestantes, parturientas y recién nacidos^(9,21,49)
- Construir un sistema de salud integral, con dimensiones biopsicosociales, culturales, espirituales y energéticas debidamente armonizadas y equilibradas, basadas en el derecho a la salud y con la participación intersectorial de todo el Estado, construyendo la defensa de la salud de las personas, la familia y la comunidad^(13,19)
- Educar al personal de salud y formar tutores en medicina centrada en las personas desde el pregrado, el posgrado y en la educación médica continua, de manera de fortalecer las actitudes^(9,19,32,35,56,69,70,71)
- Construir una salud participativa y consensuada, entre cuidadores y cuidados, con respeto irrestricto a las ideas de todos⁽¹⁸⁾

- Utilizar la medicina basada en evidencias para fortalecer la MCP^(14,20,30,39,72)
- Fomentar la investigación de la atención obstétrica centrada en la persona^(7,14,18)
- Fortalecer la participación familiar y comunitaria en el cuidado de las personas^(4,12,65)
- Actualizar las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva^(53,54).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas JL. Medicina centrada en la persona: un llamado al origen. *Salud & Sociedad Uptc*. 2022;7(2).
2. Aristóteles. *Protréptico-Metafísica*. Madrid: Ed Gredos, 2014.
3. Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima: Colegio Médico del Perú, 2023.
4. Fernández-Cantón SB. La atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud. *Boletín Canamed*. N° 23, México. Marzo-Abril 2019.
5. Suarez-Cuba MA. Medicina centrada en el paciente. *Rev Med La Paz*. 2012;18(1): 67-72.
6. Bastante C, Wyrwich MD, Boren SA. Atención y resultados centrados en el paciente: una revisión sistemática de la literatura. *Med Care Res Rev*. 2013;70:351-79.
7. Louw JM, Marcus TS, Hugo JFM. Patient- or person centred practice in medicine? – A review of concepts. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2017;9(1):1-7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1455>
8. Valero-Rodríguez A. Evaluación de la integración de la medicina centrada en el paciente en los profesionales de la salud. Tesis para optar especialización en Medicina. Universidad Jaime I. Colombia 2021.
9. Salazar-Hernández AM. Diagnóstico de los estándares de atención centrada en la persona de la organización Planetree: en el servicio de ginecología del hospital general de Medellín, 2021. Tesis de Auditoría en Salud, 57pp.
10. Burgos M, González AR, Houghton N, Arrighi E, Suredda SA. Las asociaciones de pacientes como promotores de la atención centrada en las personas en América Latina. Reunión para fortalecer el acceso a la salud en América Latina. *Policy Wisdom* 2018:54pp.
11. WHO . People-Centred Health Care: A policy framework, 2007. Available at: <http://www.wpro.who.int/healthservices/peopleatthecentreofcare/documents/ENGPCIPolicyFramework.pdf?ua=1>
12. WHO. People-Centered and Integrated Health Services: An Overview of the Evidence. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?ua=1&ua=1
13. Perales A. Medicina Centrada en la Persona: del concepto a la acción [Editorial]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016; 33(4): 605-6. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2541



14. Perales A, Mendoza J, Armas R, Cluzet O. Perspectivas latinoamericanas sobre medicina centrada en la persona. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):801-10. doi:10.17843/rpmesp.2016.334.2568
15. International Alliance of Patients' Organizations, a Global Voice for Patients. Declaración de la Asistencia Sanitaria Centrada en el Paciente. IAPO. {En línea}. (09 septiembre de 2014). Available at: <http://www.aids-sida.org/archivos/IAPO-Declaracion.pdf>
16. Ruelas-Barajas E. Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. *Gac Med Mex* 1994;130:218-26.
17. Beach MC, Inui T. Relationship-Centered Care Research Network. *J Gen Intern Med*. 2006;1:53-58.
18. Mezzich JE. Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. *Acta Med Per*. 2010;27(2):148-50.
19. Díaz-Bruzual A. Medicina centrada en la persona. *Gac Méd Caracas*. 2018;126(1):40-51.
20. Álvarez-Romero M. Nuevo Paradigma. Medicina Centrada en la Persona. *Bioética y Ciencias de la Salud*. 2019;7(2):1-5.
21. *New England Journal of Medicine Catalyst*. ¿Qué es la atención centrada en el paciente? NEJM, 2017 [PubMed].
22. Brummel-Smith K, Butler D, Frieder M, Gibbs N, Henry M, Koons E, et al. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatrics Soc*. 2016;64(1):15-8. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
23. Freeman TR. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. 4th edition. New York: Oxford University Press; 2016.
24. Martínez-Miguélez M. Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona. *Polis, Revista Latinoamericana*. Agosto 2012, URL: <http://journals.openedition.org/polis/4914>
25. Rogers C. *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Ed Paidós, 1961.
26. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine, transforming the clinical method*. 3rd edition. London: CRC Press, 2013.
27. Espinosa-Brito AD. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur*. 2015;13(6):920-4.
28. Alkhaibari RA, Smith-Merry J, Forsyth R, et al. Patient-centered care in the Middle East and North African region: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, 2023;23:135. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09132-0>
29. Mezzich J, Snaedal J, Van Weel C, Heath I. Toward person-centered medicine: From disease to patient to person. *Mt Sinai J Med*. 2010;77(3):304-6. <https://doi.org/10.1002/msj.20187>
30. Miles A, Mezzich J. The care of the patient and the soul of the clinic: Person centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *Int J Pers Cent Med*. 2011;1(2):207-22. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i2.61>
31. Mezzich JE. The Geneva Conferences and the emergence of the International Network for Person-centered Medicine. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):333-6.
32. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. *La Medicina Centrada en la Persona: un enfoque que busca seguir humanizando la atención de la salud*. Lima: Prensa-ASPEFAM 2019:3pp.
33. Hernández-Torres I. *Modelo de atención centrada en el paciente*. Facultad de Medicina UNAM, México 2021.
34. Coppolillo FE. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Arch Med Fam y General*. 2013;10(1):45-50.
35. González-Blasco P, Ramírez-Villaseñor I, Bustos-Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Arch Med Fam*. 2005;7(1):1-4.
36. Pacheco Ojeda L. La cirugía centrada en la persona. *Rev Fac Cien Med (Quito)*. 2018;43(1):7-10.
37. Hatchimonji JS, Sisti DA, Martin ND. Surgical futility and patient-centered care: The effects of human nature in decision making. *Bull ACS*. 2016;101(11):19-23.
38. Institute for Healthcare Improvement. *Patient-centered care for medical/surgical units*. 2017. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/PatientCenteredCare.aspx>. Accessed March 2023.
39. Ceriani Cernadas JM. ¿Medicina basada en la evidencia o Medicina centrada en el paciente o ambas? *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(2):90-1.
40. Sacristán JA. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Rev Clin Esp*. 2013;213(9):460-4.
41. Cárdenas M. *El daño médico: su regulación ética y legal en el Perú*. Tesis de Doctorado en Medicina. UNMSM. Unidad de Posgrado. 2016.
42. Cuba MS, Romero Z. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):780-4. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2565
43. Health Innovation Network South London. *What is person-centred care and why is it important?* www.hin-south-london.org. Consulted March 2023.
44. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. Sao Paulo, Brasil: Artmed, 2017.
45. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden C, Jorgenson S, et al. Intervenciones para la promoción de un enfoque centrado en el paciente por parte de los profesionales en las consultas clínicas. *Biblioteca Cochrane, Revisión sistemática* 2012.
46. Editorial Team. *What Is Patient-Centered Care? Definition and Benefits*. Career Development. February 3, 2023.
47. Biblioteca virtual noble. *Atención centrada en el paciente: mitos y realidades* [consultado Marzo 2023]. Available at: http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/January2020/Yr_U72ZwYb9pdUho10i9u.pdf
48. Bhren M, Hofmeyr J, Sakata C, Fukusawa R, Cuthbert and Cochrane pregnancy and children group. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Date Base Sys Review*. 2017 Jul 6;7(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6



49. Bhoren M, Tuncalp O, Miller S. Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best pract res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;67:113-26.
50. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):322. doi: 10.1186/s12884-017-1521-3
51. Dong K, Jameel B, Gagliardi AR. How is patient-centred care conceptualized in obstetrical health? Comparison of themes from concept analyses in obstetrical health- and patient-centred care. *Health Expect.* 2022;25(3):823-39. doi: 10.1111/hex.13434
52. Sudhinaraset M, Giessler K, Nakphong MK, Roy KP, Sahu AB, Sharma K, Montagu D, Green C. Can changes to improve person-centred maternity care be spread across public health facilities in Uttar Pradesh, India? *Sex Reprod Health Matters.* 2021;29(1):1-15. doi: 10.1080/26410397.2021.1892570
53. Instituto Mexicano de Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con atención centrada en la paciente. México DF: Dirección de Prestaciones Médicas. 2017:104.
54. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: Dirección General de Salud de las Personas, 2004.
55. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev.* 2015;16(8):621-38. doi: 10.1111/obr.12288
56. Santacruz J. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Rev Univ. Salud.* 2016;18(2):373-84.
57. Bermejo-Higuera JC. Humanización en salud. Ejes de la acreditación. [Online]; 2012. [Consultado Marzo 2023] Available at: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
58. Rubashkin N, Warnock R, Diamond-Smith N. Una revisión sistemática de las intervenciones de atención centradas en la persona para mejorar la calidad del parto en un centro. *Reprod Salud.* 2018;15:169.
59. Sharma G, Mathai M, Dickson KE, et al. Atención de calidad durante el trabajo de parto y el nacimiento: un análisis multinacional de los cuellos de botella del sistema de salud y las posibles soluciones. *BMC Embarazo Parto.* 2015;15(suplemento 2): S2. [PubMed].
60. Nicholls J, David AL, Iskaros J, Lanceley A. Patient-centred consent in women's health: does it really work in antenatal and intra-partum care? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):156. doi: 10.1186/s12884-022-04493-6
61. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Toma de decisiones compartida: pináculo de la atención centrada en el paciente. *N Engl J Med.* 2012;366(9):T 780-1.
62. Klootwijk A, Bakx P, Franx A, Bijma H, Ernst-Smelt H, Lammijn-de Ruyter M, Posthumus A, van Rijn B. Patient-reported outcome and experience measures for quality improvement in pregnancy and childbirth care: a retrospective cohort study. *BMJ Open Qual.* 2023;12(1):e001922. doi: 10.1136/bmjopen-2022-001922
63. Floris L, Irion O, Bonnet J, Politis Mercier MP, de Labrusse C. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women Birth.* 2018;31(2):124-33. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.021
64. Carbone-Campoverde FI, Palomino Flores Y. La atención primaria de salud. La experiencia peruana. *Rev peru ginecol obstet.* 2018;64(3):367-73. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2099>
65. Esteves Nagem T, Bambini Negozio S. Do método clínico centrado na pessoa à terapia de família relacional sistêmica: Diálogos possíveis. *Nova Perspectiva Sistêmica.* 2021;30(70):64-76.
66. Cacace PJ, Giménez-Lascano G. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Rev Mex Med Fam.* 2022;9:63-72.
67. Pacheco-Romero J, Távora Orozco L. Preámbulo al simposio de Alma-Ata. Atención primaria de la Salud. *Rev peru ginecol obstet.* 2018;64(3):359-60. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2097>
68. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev peru ginecol obstet.* 2018;64(3):361-6. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
69. Salinas H, Erazo M, Pasten J, Preisler J, Carmona S, Delia O, et al. Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. *Rev chil obstet ginecol.* 2006;71(2):114-20.
70. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol, Inmunol Hemoterapia.* 2014;30(2):179-83.
71. Hernando-Robles P. L'atenció centrada en el pacient: moda o actualitat? *Butlletí Del Comitè de Bioètica de Catalunya.* Febrer 2015.
72. de Mestral E. Medicina centrada en la persona. *Rev virtual Soc Parag Med Int.* Marzo 2015;2(1):107-12. [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(01\)107-112](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(01)107-112)