

Fall 2015

El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires

Lara Kaplan Westbrook

SIT Graduate Institute - Study Abroad, lkap.westbrook@gmail.com

Follow this and additional works at: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Maternal and Child Health Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), and the [Women's Health Commons](#)

Recommended Citation

Westbrook, Lara Kaplan, "El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires" (2015). *Independent Study Project (ISP) Collection*. Paper 2245.
http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires

Lara Kaplan Westbrook

Tutores: Dra. Analía Messina, Mariana Romero

Noviembre 2015

Buenos Aires, Argentina

SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos

Resumen

Con el reconocimiento de la tecnologización y medicalización del embarazo y parto en años recientes, el término violencia obstétrica y la ley del parto humanizado han surgido en Argentina. Aunque la ley define cómo los hospitales deben actuar para garantizar un parto donde la mujer sea la protagonista, su implementación depende de muchos factores, incluyendo la interpretación y opinión del profesional. Además, las mujeres que viven en situaciones de pobreza son quienes más frecuentemente usan los servicios de salud públicos y por ello suelen estar más expuestas a la naturalización de la violencia en la atención de la salud y a la falta de información sobre sus derechos. Por eso, esta investigación intenta explorar las perspectivas de los profesionales sobre el parto humanizado en las maternidades de hospitales públicos. La investigación tuvo lugar en 2 maternidades de hospitales públicos, una en la provincia de Buenos Aires y otra en la Ciudad de Buenos Aires, donde 6 profesionales fueron entrevistados en cada hospital (un total de 12 profesionales). Las preguntas cubrían temas como los servicios para mujeres en la maternidad y durante el proceso del parto, el perfil de las mujeres, conocimientos sobre la ley, opiniones sobre la ley, elementos más importantes de un parto humanizado, posiciones de parto e infraestructura, la percepción de su rol en el parto humanizado y la definición de violencia obstétrica. La meta del trabajo fue de ver qué componentes incluyeron estos profesionales en sus conocimientos y opiniones y analizar la información dada sobre cada componente. Los resultados mostraron que casi todos los profesionales tienen un conocimiento sobre la ley. El derecho a la información no fue tan enfatizado como debe ser, mientras que el acompañamiento de la mujer embarazada tuvo un peso muy fuerte en muchas definiciones. Las perspectivas de los profesionales parecen relacionarse con el contexto en que trabajan. Muchos profesionales mencionaron la infraestructura como una barrera a la implementación de la ley. Aun así, hay que preservar las necesidades de las mujeres y no caer en una “generalización” del parto humanizado. La meta debe ser empoderar y personalizar la atención para cada mujer.

Abstract

With the recognition of the technification and medicalization of pregnancy and childbirth in recent years, the term obstetric violence and the humanized birth law have emerged in Argentina. Although the law defines how hospitals must act in order to guarantee a labor where the woman is the protagonist, its implementation depends on many factors, including the interpretation and opinion of the professional. What's more, women living in poverty are those who use public health care services the most and because of that they tend to be exposed to the naturalization of violence in health care and to a lack of information about their rights. Therefore, this investigation intends to explore the perspectives of professionals on humanized birth in the maternities of public hospitals. The research took place in two maternities of public hospitals, one in the province of Buenos Aires and one in the City of Buenos Aires, where six professionals were interviewed in each hospital (a total of 12 professionals). The questions covered topics such as services for women in the maternity and during the birth process, the profile of the women, knowledge of the law, opinions about the law, most important elements of a humanized birth, birthing positions and infrastructure, perception of their role in humanized birth and the definition of obstetric violence. The goal of the study was to see which components these professionals included in their knowledge and opinions and analyze the information given about each component. The results showed that almost all professionals have knowledge of the law. The right to information was not as emphasized as it should be, while accompaniment had a very strong weight in many definitions. The professionals' perspectives appear to relate to the context in which they work. Many professionals mentioned resources as a barrier to the implementation of the law. There is a need to prevent the generalization of humanized delivery and focus on empowering and customizing care for each woman.

Índice

I. Introducción, 6

- Presentación del problema, 6
 - i. La aparición de la violencia obstétrica en Latinoamérica, 6
 - ii. El parto humanizado en la Argentina: derechos, equidad e interpretación, 7
- Objetivos de la investigación, 8

II. Metodología, 9

- Fuentes de Información, 9
- Desafíos del trabajo de campo, 11
- Reflexiones, 12

III. Marco Teórico, 13

- Consecuencias de la institucionalización del parto, 13
- Definición de la violencia obstétrica en Argentina, 14
- Definición del parto humanizado y la ley en Argentina, 15
- El parto humanizado: investigaciones y términos importantes, 18

IV. Resultados y Análisis, 20

- Contexto de la exploración, 20
 - i. Servicios de los hospitales de investigación, 20
 - ii. Perfil de las mujeres: el contexto social en cada hospital, 23
- Conocimientos de los profesionales, 25
- Opiniones de los profesional, 27
 - i. Acompañamiento, 27
 - ii. Contacto con y cuidado del bebé, 29
 - iii. Posiciones del parto, 30
 - iv. Atención respetuosa de la individualidad, personalizada y centrada en la familia, 32
 - v. Prácticas no invasivas, 34
 - vi. Informar a la mujer, 37

V. Conclusiones, 38

VI. Referencias, 42

VII. Anexos, 44

- Anexo 1, 44
- Anexo 2, 45

Agradecimientos

Hay mucha gente que me ayudó durante esta investigación. Por eso, quiero agradecer...

A la directora de mi programa, Ana Rita Diaz-Muñoz, por su apoyo constante, su interés y su ayuda con todos mis contactos.

A la Doctora Messina y la Doctora Lukin, quienes me ayudaron a hacer contactos aunque están muy ocupadas y dedicadas a sus trabajos.

A Mariana Romero, cuyos consejos fueron esenciales para el desarrollo de mi informe.

A Leticia, mi profesora de español, por revisar mi trabajo y por todas sus correcciones gramaticales.

A todos los profesionales entrevistados en los dos hospitales. Gracias por compartir generosamente sus experiencias y conocimientos, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

A Valeria Lliubaroff, por siempre saber exactamente que hacer en cualquier momento del programa.

Finalmente, gracias a mis compañeros del programa por inspirarme a ser apasionada de lo que hago y a confiar en mi misma cada día.

¡Gracias a todos!

I. INTRODUCCION

Presentación del problema

El reconocimiento de la violencia obstétrica en Latinoamérica

En años recientes, el término violencia obstétrica se ha presentado en las discusiones sobre los derechos reproductivos de las mujeres en algunos países en Latinoamérica. Pese a que los orígenes del proceso del parto reflejan un lugar domiciliar y una posición más vertical, la medicalización de la salud dio como resultado la institucionalización del parto horizontal y la dependencia de la mujer embarazada de los conocimientos del profesional que la atiende para todo lo que tiene que ver con su embarazo y parto. La medicalización del proceso del embarazo y del parto han transformado a la mujer en un “cuerpo enfermo necesitado de atención”, creando una distancia entre el profesional y el sujeto y olvidando a la mujer como persona con derechos y sentimientos (Bledel, 2011). Con esta sumisión de la mujer al saber médico, surgieron muchas prácticas innecesarias y dirigidas hacia la comodidad del profesional.

La violencia obstétrica puede ser cualquier práctica invasiva, trato deshumanizado o falta de respeto personal que ejerce el profesional hacia la mujer en el ambiente de la salud reproductiva (Ley Nacional N° 26.485, 2009). Dentro de este tipo de violencia, el proceso del embarazo y del parto tiene un peso fuerte. En la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la atención de la mujer durante el proceso del parto seguía un modelo biomédico y recomendó medidas para evitar esta falta de respeto en el campo de los derechos de las mujeres (Sánchez 2012). Con este reconocimiento por la OMS, surgieron distintas investigaciones en el tema de la violencia

obstétrica y también acciones para promover los partos centrados en la familia en Latinoamérica.

El parto humanizado en la Argentina: derechos, equidad e interpretación

Desde 2004, Argentina es uno de los tres países que tienen leyes creadas para proteger a la mujer en el campo del parto humanizado y para promover a la mujer como protagonista de su propio parto (Ley Nacional N° 25.929, 2004). Pese a este avance en las políticas sobre los derechos de las mujeres, todavía existen barreras y una brecha entre lo que dice la ley, lo que conocen los profesionales y lo que practican en las maternidades.

En Argentina, la salud es un derecho garantizado por el Estado. Por más que sea universal, la calidad y accesibilidad a servicios y derechos de salud reproductiva depende mucho del nivel socioeconómico de la mujer y de la provincia donde reside. Para las mujeres en situaciones de pobreza, la accesibilidad para alcanzar sus derechos es menor. Además, la naturalización de la violencia obstétrica se ejerce con más fuerza en ambientes donde las mujeres no están informadas sobre sus derechos (Bledel 2011). Por eso, la implementación del parto humanizado es una cuestión de equidad, porque la ley del parto humanizado trata de ampliar estos derechos en el campo de la salud reproductiva para las mujeres más vulnerables.

Sin embargo, en el sistema público, el hecho de que los servicios son gratuitos puede llevar a una actitud donde “las personas que asisten tienen que aceptar resignadamente lo que se les ofrece gratuitamente” y el equipo de salud “otorga lo que se puede porque la gente no paga y no hay mejores recursos”. Si bien la universalidad de la salud ofrece servicios a poblaciones sin cobertura, la información presentada y la interacción médico-mujer no llevan necesariamente a la equidad y sensibilidad acerca de las necesidades

personales de la mujer (Bledel 2011). Por eso, hay que explorar las perspectivas de los médicos en la interpretación y aplicación de la ley.

De hecho, son los profesionales quienes tienen la práctica directa a partir de la ley y tienen la responsabilidad de promover la equidad en sus actividades cotidianas. Puede existir discriminación cultural, de género o de nivel socioeconómico desde el punto de vista de los profesionales (Belli 2013). Como responsables de la atención de la salud, las creencias de los profesionales tienen un rol importante en el cuidado que reciben las mujeres en maternidades públicas.

Objetivos de la investigación

Por lo anteriormente citado, quiero explorar las perspectivas de los profesionales sobre el parto humanizado en las maternidades de hospitales públicos.

Mi objetivo general es analizar y comparar cómo la práctica de la ley del parto humanizado se relaciona con los conocimientos y opiniones de los profesionales en dos maternidades públicas. Los profesionales incluirán a médicos, ginecólogos, obstetras y residentes cuyos trabajos se enfocan en la maternidad pública. Además, escogí dos hospitales públicos adentro del área de Buenos Aires: uno en la provincia y uno en un barrio de la Ciudad de Buenos Aires.

Para hacer mi trabajo, definí los siguientes objetivos específicos:

- Explorar las opiniones de los profesionales sobre los diferentes aspectos del parto humanizado y la relación que tienen con la ley.
- Identificar los servicios ofrecidos en los hospitales seleccionados a las mujeres embarazadas
- Describir cómo es el proceso del parto en estas maternidades

- Determinar cómo el profesional se percibe como parte del proceso del parto humanizado
- Comparar las perspectivas de los profesionales sobre el parto humanizado en distintos servicios de salud

Para contextualizar estos objetivos, también quiero identificar el contexto social y el perfil de las mujeres que se atienden en los hospitales de la investigación

II. METODOLOGIA

Fuentes de Información

El primer paso de la investigación incluyó una búsqueda bibliográfica de todas las fuentes relacionadas con el tema del parto humanizado en Argentina. Usé plataformas como Google Escolar y JSTOR para buscar, además de sugerencias de mis consejeras. Cada fuente fue leída y anotada con información relevante para la presentación, marco teórico y discusión del trabajo.

Luego, esta investigación se basó en dos hospitales públicos, uno en la provincia de Buenos Aires y otro en la Ciudad de Buenos Aires. Contactos clave en ambos hospitales fueron conseguidos por relaciones pre-existentes con la directora del programa. El contacto en un hospital identificó su hospital como un lugar donde no se practica el parto humanizado completamente. El otro hospital se caracteriza como un lugar donde sí se hace el parto humanizado. Por eso, pedimos el apoyo de cada contacto para conseguir entrevistas con profesionales en cada maternidad de cada hospital.

Cada contacto en el hospital me puso en contacto con otros profesionales, explicándoles mi trabajo y preguntándoles si tenían tiempo para una entrevista. Una vez

que conseguimos a un profesional dispuesto para la entrevista, completaron un consentimiento informado (ver anexo 1). Salvo un profesional, todos los otros me dejaron grabar la entrevista. Luego, empezamos la entrevista según la guía de pautas que tiene preguntas sobre el profesional, los servicios ofrecidos en el hospital para mujeres embarazadas y el conocimiento y opinión del profesional sobre varios aspectos del parto humanizado y la violencia obstétrica (ver anexo 2).

Cada entrevista duró entre 15 y 45 minutos, dependiendo de cuánto se habló de todas las preguntas. Las entrevistas se realizaron entre el 4 y el 13 de noviembre 2015. Alcancé a entrevistar a 12 profesionales en total, 6 en cada hospital. En el hospital 2, una de las entrevistas fue a 2 profesionales a la misma vez entonces sus respuestas fueron analizadas juntas. Todos los profesionales trabajan en la maternidad de uno u otro hospital. Algunos pidieron que sus datos queden anónimos, pero, de acuerdo con lo observado, la mayoría tienen entre 30 y 60 años y de 3 a 40 años de experiencia en sus campos. Entrevisté a residentes, médicos, obstetras y enfermeras.

La guía de pautas de la entrevista tiene 15 preguntas. Cada entrevistado tenía estas 15 preguntas más otras que surgieron para ampliar sus respuestas. Las preguntas cubrían temas como los servicios para mujeres en la maternidad y durante el proceso del parto, el perfil de las mujeres, conocimientos sobre la ley, opiniones sobre la ley, elementos más importantes de un parto humanizado, posiciones de parto e infraestructura, la percepción de su rol en el parto humanizado y la definición de violencia obstétrica. Las entrevistas no tocaron directamente los componentes del parto humanizado salvo las posiciones ofrecidas en el hospital. La idea fue ver qué componentes incluyeron estos profesionales

en sus conocimientos y opiniones y analizar la información dada sobre cada componente. Otro componente que surgió fue las barreras para proveer un parto humanizado.

Después de terminar las entrevistas, escuché cada una y transcribí o tomé notas sobre los aspectos más importantes. Luego, organicé la información en tablas, listando las respuestas de cada entrevistado y analicé la información según lo que tenía cada tabla. Elegí organizar las tablas según los componentes del parto humanizado porque la manera en que cada entrevistado respondió a mis preguntas es variada. En cada tabla, indiqué si este componente fue incluido en la pregunta sobre los aspectos más importantes del parto humanizado, luego escribí las explicaciones y otra información sobre este componente que fue mencionado en cada entrevista. La meta fue analizar cómo los profesionales interpretan la ley del parto humanizado. Además, describí los servicios y el contexto social de los hospitales según las respuestas de los entrevistados para poder contextualizar sus conocimientos. Incluí al final una discusión de las barreras percibidas sobre el parto humanizado en relación con la política porque refleja la opinión de cada profesional sobre la ley del parto humanizado.

Desafíos del trabajo de campo

El mayor problema con el acceso a la información fue que el tiempo de la investigación era muy corto. Por eso, solamente conseguí entrevistas con 12 profesionales. Por limitaciones de tiempo, esta muestra no es apta para generalizar los resultados, sino para explorar las perspectivas de los profesionales en estos dos hospitales. También, algunos profesionales no tenían demasiado tiempo por lo cual es posible que no hayan dado respuestas completas a mis preguntas.

Aunque muchas de las entrevistas fueron en lugares privados, hubo algunos en lugares donde las pacientes o, más probablemente, otros profesionales pudieron haber oído el contenido de la entrevista. No pienso que el nivel de privacidad tuviera efecto en las respuestas de los profesionales pero si afectaba la intimidad del ambiente, el número de interrupciones y la facilidad con la que podía entender lo que estaban diciendo los entrevistados.

Después de la primera entrevista, me di cuenta de que no podía desgrabar completamente cada entrevista, porque si lo hubiera hecho, no hubiera terminado con el trabajo. Entonces, cambié mi consentimiento informado y no incluí la opción acerca de si los participantes querían una copia de la transcripción. Además, eliminé una pregunta y reformulé otra en mi guía de pautas para la entrevista para no recibir información repetitiva.

Reflexiones

Hay que tener en cuenta la posibilidad de que mi acceso a los entrevistados tenga un determinado sesgo porque mi punto de acceso dependía de las acciones de mi contacto principal y de la voluntad de los profesionales. Es posible que las perspectivas de mis entrevistados reflejen las perspectivas de mis contactos principales y sus opiniones sobre estos profesionales. Además, es posible que los profesionales con quienes tuve entrevistas tengan conocimientos más amplios u opiniones más positivas sobre la ley del parto humanizado. En general, los profesionales fueron muy abiertos, los contactos fueron fáciles de conseguir y la información fue muy clara y útil por lo que considero que esta es una experiencia importante desde una perspectiva exploratoria.

III. MARCO TEÓRICO

Consecuencias de la institucionalización del parto

Como resultado de la tecnologización de la medicina, el proceso del parto ha cambiado mucho desde el siglo diecinueve. Después, en el siglo veinte, en la Argentina, en conjunto con otros países latinoamericanos, se hizo obligatorio el parto institucionalizado y acompañado por profesionales. Este nuevo control de las condiciones del parto se impulsó con la meta de reducir la muerte materna, prevenir la muerte infantil y así avanzar en la transición demográfica del país hacia un país con indicadores de desarrollo.

Según la OMS, el maltrato durante el proceso del parto puede desmotivar a la mujer a buscar servicios de salud materna en el futuro y disminuir su confianza en los efectores de salud. Esto va en contra de la meta de la institucionalización de los partos en Argentina y de la garantía de calidad de la atención. Por eso, hay que trabajar para prevenir este maltrato en el ambiente institucional para asegurar los resultados deseados. Las consecuencias, como ya fue mencionado, pueden llevar a inequidades. El maltrato es “más probable en las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras”. Sin menoscabar la eficacia de los entornos hospitalarios en el proceso del parto, la OMS da prioridad a la seguridad, calidad y enfoque en la persona durante el parto para prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto (OMS, 2014).

Definición de la violencia obstétrica en Argentina

La violencia obstétrica puede ser considerada como una consecuencia de la medicalización y sumisión al saber profesional (Belli 2013). Según la Ley Nacional N° 26.485 sobre la violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica está definida como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Ley Nacional N° 26.485, 2009). Esta forma de violencia puede afectar a la mujer de manera física o psicológica (Belli 2013). La naturalización de estas prácticas violentas en el ambiente hospitalario puede resultar en un aumento del dolor o de las consecuencias adversas para la mujer (Telám, 2013). Pero, debido a la falta de instrumentos para medir la violencia obstétrica y la dificultad para analizar sus efectos en las mujeres, sigue habiendo una “notable necesidad de una agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo” (OMS, 2014).

Según Télam, la negación a ser acompañada en el caso de una cesárea es la denuncia de violencia obstétrica más frecuente. Además, las justificaciones de los hospitales no reflejan una necesidad, es decir que no hay desventaja en el acompañamiento en un ambiente quirúrgico, sino que refleja una comodidad de los profesionales en sus protocolos (Télam, 2015).

Definición del parto humanizado y la ley en Argentina

El Ministerio de Salud de la Argentina define el parto humanizado como una manera de “generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible”. El parto humanizado y la violencia obstétrica son temas importantes para los derechos de las mujeres porque la “vulnerabilidad de las embarazadas, parece acrecentarse por su condición de mujeres” (Belli 2013).

Esta investigación utilizará como referencia principal el segundo artículo de la Ley nacional N° 25.929, cuyos detalles tienen un enfoque en los derechos de la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto. Implementada en 2004, la ley tiene la meta de empoderar a la mujer, informarla sobre sus distintas opciones durante el proceso del parto y darle el rol de protagonista en su embarazo, parto y entrada en la maternidad:

“Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para

amamantar. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.[...]" (Ley nacional N° 25.929, 2004).

La ley, como resumen, alcanza a definir los siguientes componentes de un parto humanizado: que la madre sea informada, que el parto sea personalizado y respetuoso de la individualidad y cultura de la mujer, que no utilicen ninguna práctica innecesaria, que la madre sea acompañada y que la mamá pueda tener contacto con su bebé y que pueda elegir cómo quiere tener su parto.

Fuera de la Argentina, Venezuela fue el primer país que definió la violencia obstétrica por su "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" en 2007. En esta ley, se define específicamente el derecho de la mujer a no ser obligada a tener su parto "en posición supina y con las piernas levantadas" si existen opciones para un parto vertical, como manera de prevenir la violencia obstétrica. No se define tan específicamente las opciones de parto para mujeres en la ley de Argentina. Aunque la Ley Nacional N° 25.929 dice que todos los hospitales en Argentina tienen que cumplir sus metas, la ley no define qué servicios de partos deberían existir y no toca el tema de dar a la mujer la opción de elegir su proceso de parto con respeto a la posición en el parto.

En Ecuador, se ha trabajado mucho sobre la gestión y entrenamiento intercultural del parto, para acomodar las necesidades culturales de la población durante el proceso del parto, y se puede ver a través de sus publicaciones para guiar el tratamiento cultural del parto (Belli 2013). Como no está tan definido en las políticas argentinas como en otros

países, es importante aclarar si los profesionales incluyen esta dimensión en su aplicación de la ley.

En comparación con la ley del parto humanizado, el sitio web oficial del parto humanizado en Argentina define el parto humanizado como:

Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas. No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.

Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio).

Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee). Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional. Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos). Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios (Parto y Nacimiento Humanizado, 2003).

Con respecto a la mujer, la posición del parto y el lugar del parto, están definidos en forma más específica que en la ley del parto humanizado. También, tiene un enfoque en la experiencia de la pareja. Esta definición, en conjunto con lo declarado en la ley nacional, funciona como definición básica para la investigación, teniendo en cuenta que las definiciones de cada profesional pueden ser diferentes. Esta investigación comparará estas definiciones con la información dada por los profesionales. Aunque las leyes son

herramientas para alcanzar una meta, la existencia de la ley del parto humanizado no determina su implementación. En un artículo reciente, se declara que en Argentina, hay que trabajar con los efectores para que puedan darse cuenta de situaciones violentas (Télam, 2015).

El parto humanizado: investigaciones y términos importantes

En una exploración de las experiencias de mujeres en una maternidad pública en una provincia Argentina, muchas notaron una “desvaloración de sus saberes” por parte de los profesionales. Esto resulta en una falta de control de la mujer sobre su propio cuerpo y una falta de libertad para elegir intervenciones relacionadas con los sentimientos de la mujer. También, la superioridad del conocimiento médico no deja espacio para alternativas y lleva a intervenciones medicalizadas y no relacionadas con el saber de la mujer sobre su propio cuerpo (Bledel 2011).

En el año 1999 se crean las salas de UTPR (unidad de trabajo de parto, parto y recuperación) con el intento de disminuir el intervencionismo, posibilitar que la mujer adopte la posición que desee y contar con la presencia durante el trabajo de parto y parto del acompañante que ella elija, posibilitar el inicio temprano de la lactancia materna fortaleciendo el vínculo entre madre e hijo y los vínculos familiares. En este contexto comenzó a implementarse el parto en cuclillas o vertical a partir de enero de 2001. Este cambio vino antes de la creación de la ley del parto humanizado. Sin embargo, para implementar este modelo de atención, el equipo de salud ha debido atravesar por un proceso de cambio que implicó no sólo prácticas diferentes a las utilizadas tradicionalmente, sino también un cambio de actitudes por parte de los miembros del equipo (Barrionuevo, 2005). En un estudio con 61 profesionales argentinos, 59%

preferían realizar los partos en U.T.P.R., pero un 20% decía que realizaron los partos actuales en un U.T.P.R. Si bien existía una perspectiva positiva hacia los beneficios de las U.T.P.R. para la familia, los profesionales reportaron barreras al uso, incluyendo: “los familiares no están preparados para acompañar a la mujer en el parto”, “el incremento del número de partos impide una utilización adecuada” y “no se cuenta con el equipamiento necesario” (Barrionuevo, 2005). Además, en muchos hospitales todavía no tienen las salas de U.T.P.R.

Hace 15 años más del 90% de los partos tenían episiotomías (cortes para ampliar el canal de parto) en Argentina, lo que se refiere como episiotomía de rutina. Las mujeres consentían sin ser informadas sobre la necesidad. Hay riesgos en el estado psicológico y físico de la mujer después de una episiotomía, que pueden incluir estrés sobre funcionamiento sexual, dificultad para cuidar al recién nacido y aumentado riesgo de transmisión de VIH. La perspectiva y entrenamiento de los profesionales es un factor que afecta la tasa del uso de prácticas como episiotomía. Es difícil cambiar el modo de una práctica, pero los obstetras con menores tasas de episiotomía favorecen los tiempos naturales durante las primeras fases del parto (Cuesta 2013).

La OMS recomienda evitar la posición de litotomía, la posición acostada en la camilla con las piernas arriba, porque aumenta las tasas de prácticas invasivas, como episiotomías, en comparación con una posición vertical (Cuesta 2013). La posición de litotomía (o posición supina) es otra consecuencia de la medicalización, creada para la comodidad del partero.

La posición que toma la mujer durante el parto puede estar relacionada con la perspectiva y formación del profesional. Un estudio en España habla de cómo la

perspectiva del profesional es condicionada por las representaciones simbólicas de cada tipo de parto y que la socialización laboral tiene un efecto en la perspectiva del profesional. Como individuos, siempre queremos legitimar o imponer nuestros valores en las instituciones con las que tenemos un vínculo. Por eso, los profesionales tienen un papel muy fuerte en la práctica de una institución. Matronas en Murcia, España tienen el concepto del parto normal relacionado con prácticas medicalizadas y el parto natural sin ninguna práctica intervencionista. A la misma vez, también relacionan el parto humanizado con la posibilidad de prácticas intervencionistas: “humanización va más allá de la consideración del parto como un proceso tan sólo biológico y orgánico aislado sino que contempla la esfera humana, teniendo en cuenta todo aquello que le pueda satisfacer a la mujer”. Mientras tanto, algunos de los médicos en el estudio en Murcia tenían una falta de conocimiento del término de parto humanizado o distintas perspectivas. Este estudio de Sánchez y otros concluyó que las instituciones necesitan definir claramente lo que es un parto humanizado y cómo se relaciona con un parto normal y natural.

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Contexto de la exploración

Servicios de los hospitales de investigación

El hospital 1 es un hospital general ubicado en un barrio de clase media trabajadora alejado del microcentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la capital de Argentina. A través de la prensa y de su estructura, el hospital ha acumulado una fama acerca de sus partos humanizados. Para las mujeres embarazadas, los servicios incluyen la atención prenatal, la atención del trabajo del parto en la guardia, el consultorio de

monitoreo fetal, la cirugía, la asistencia de toco ginecología y obstetricia y la internación en la sala donde además se da una consejería sobre salud sexual y reproductiva y lactancia. El hospital tiene un fuerte enfoque en la anticoncepción y quieren que las mujeres se vayan con anticonceptivos después del parto o que por lo menos sean informadas sobre sus usos. Este hospital no tiene los laboratorios en la maternidad, así que las mujeres tienen que ir a otro lugar, pedir un turno y regresar para completar sus estudios prenatales. El hospital trata de hacer mínimas intervenciones y mínimas consultas para que no sea tratado el embarazo como una enfermedad.

Además, las salas de parto que tiene el hospital son U.T.P.R.. Estas 3 salas privadas tienen camilla, baño con inodoro, una liana para colgarse, un banquito y ofrecen un ambiente íntimo para la mujer. Cuando todas están ocupadas, lo cual es muy raro, las mujeres pueden utilizar el quirófano. Las mujeres con urgencias médicas son quienes tienen prioridad en las U.T.P.R. A veces mueven a una mujer al pasillo para que otra mujer con su trabajo de parto más avanzado la pueda utilizar (profesional 9). Durante todo su tiempo en la sala de parto – dilatación, parto, recuperación de 2 horas – la mujer puede ser acompañada por un familiar que ella elige.

El hospital 2 está ubicado en la provincia de Buenos Aires, en una zona semiurbana. Es un hospital de nivel 3A. Es decir, este hospital funciona dentro de la red de servicios de la provincia de Buenos Aires, donde ofrece servicios de mediana complejidad. El hospital atiende a embarazadas con presión alta, madres que tienen muchas cesáreas y embarazos de más de 34 semanas (profesional 7). Ofrecen los mismos servicios en la maternidad que el hospital 1 pero con una estructura diferente.

Cuando la mujer ingresa al hospital 2 para tener su hijo, va a la sala de dilatación. Esta sala tiene dos camillas. Por el ambiente limitado, la mujer no siempre puede ser acompañada por un hombre si hay otra mujer con dilatación también (profesional 3). En la sala de dilatación, las enfermeras colocan un suero a todas las mujeres sin ninguna medicación, sólo para tener una vía de acceso. En el hospital 1, se coloca el suero solo cuando lo necesitan. En el hospital 2, cuando la mujer está en el periodo expulsivo de su parto, pasa a la sala de parto donde también hay 2 mesas de parto, con lugar para colocar los pies hacia arriba. Allí la mujer puede tener cualquier acompañante porque hay cortinas entre ambas mesas. Después del parto, la mujer pasa a la sala de recuperación por 2 horas, donde no se puede acompañarla porque es “más un control médico” (profesional 3).

Ambos hospitales ofrecen cursos de preparación para el parto para las mujeres. En el hospital 1, estos cursos se llaman “preparación integral para la maternidad” y ocurren 4 veces por semana. En el hospital 2, estos cursos se realizan una vez por semana. En ambos hospitales, los cursos son gratuitos y dados por las licenciadas en obstetricia. Hay clases destinadas únicamente al embarazo y el trabajo de parto en ambos hospitales. Según un profesional en hospital 1, hay una clase que da el neonatólogo sobre los cuidados del bebé (profesional 2).

En el hospital 1, las mujeres reciben folletería e información sobre el parto humanizado en los consultorios y en los cursos de preparación. Según un profesional, cada año el hospital tienen una semana dedicado al parto humanizado, donde promueven la ley (profesional 11). En el hospital 2, las mujeres no reciben información sobre el parto humanizado salvo si lo preguntan.

En el caso que la mujer no haya venido a sus controles, en el momento que ingresa al hospital para dar a luz, se le explica el proceso. Además, ambos hospitales tratan de cumplir el contacto piel a piel inmediato y lactancia exclusiva inmediata entre madre e hijo. Si no hay problemas con la salud del bebé, se queda con la mamá después del parto. En ambos hospitales, no puede pasar un hombre acompañante cuando la mujer está en el principio del puerperio, porque son cuartos son compartidos con otras madres. Los hombres pueden entrar durante las horas de visita.

Perfil de las mujeres: el contexto social en cada hospital

Según las descripciones de los profesionales que trabajan en este hospital, el hospital atiende a mujeres de este barrio, mujeres que vienen de la provincia y mujeres con otra forma de cobertura. Es una población muy heterogénea.

Salvo las mujeres que tienen obras sociales, las mujeres que vienen a atenderse en el hospital son generalmente de bajos recursos, poco empoderadas y poco informadas. Las mujeres que generalmente vienen y preguntan y conocen la ley son mujeres que tienen obra social, son de clase media y vienen al hospital porque el hospital tiene esta “*fama de parto respetuoso*” (profesional 1). Las mujeres que vienen al hospital de la provincia generalmente dicen que es porque no les atienden bien allá y piensan que la atención será mejor en la Capital (profesional 12).

En el barrio, hay una población importante de mujeres migrantes que vinieron de zonas andina, particularmente mujeres bolivianas. Estas mujeres no cuestionan ni preguntan mucho. A veces estas mujeres preguntan si puede pasar el marido durante el parto, quieren tener su parto en alguna posición vertical y tal vez quieren llevarse la

placenta a su casa para hacer un tributo a la Pachamama¹. Es difícil para estas mujeres acostumbrarse a la atención institucionalizada: *“uno tiene que amoldarse a esta situación porque es muy difícil para ellas venir y justamente institucionalizarse cuando ellas están acostumbradas a saber que su madre tuvo todos sus hijos en el campo, sola”* (profesional 2)

Según una médica muchas mujeres están más alineadas con la antigua idea de que hay que respetar a los médicos porque tienen una *“verdad absoluta”* y hay que obedecer (profesional 1). Otra médica en el hospital cree que casi todas quieren lo mismo pero la diferencia a veces es la forma en que lo piden: la paciente con un nivel sociocultural muy alto te dice inmediatamente que quiere un parto humanizado pero *“la paciente que viene del campo de Bolivia quiere lo mismo, quiere un parto donde no se intervenga, que sea lo más natural posible, pero la diferencia es que no te lo plantean”* (profesional 2).

El nivel socioeconómico de las mujeres en el hospital 2 tiene un rango desde la clase media-baja hacia la pobreza. Los profesionales describieron una población de gente indigente, sin educación y con muy bajos recursos. Hay muchos inmigrantes en esta región, particularmente bolivianos, chinos y paraguayos. También, lo común son madres solteras y madres multíparas, que han tenido muchos hijos (profesional 8). Además, hay una gran presencia de chicas adolescentes que están embarazadas. Dos enfermeras describieron que existe mucha discriminación entre niveles económicos, étnicos y culturales en el ambiente hospitalario (profesional 5/6).

¹ La Pachamama es la Madre Tierra en culturas andinas. Después del parto, familias andinas ofrecen o enterran la placenta para mantener la salud de la madre e hijo y para facilitar lactancia (Pacino, 2015)

Un médico residente dijo que las mujeres tienen las mismas necesidades y que las mujeres en general no piden nada fuera de lo que él considera normal. Me contó que a veces ellas piden cesáreas, pero esto solamente se hace por indicación. En las mujeres, es común tener preguntas sobre el parto, específicamente en adolescentes porque es su primer embarazo (profesional 4). Según la jefa de la maternidad, las mujeres tienen necesidades de todo tipo. Hay pacientes que tienen planes sociales, es decir que no tienen trabajo estable y dependen de los planes sociales para la subsistencia. Describió que las mujeres que atienden en el hospital 2 son una población que en general no pide. Parecido a lo que comentaron algunos profesionales en el hospital 1, las mujeres en el hospital 2 “*tienen todavía la cultura de que ‘gracias a Dios me internaron’*”. Miran la atención de la salud como un favor gratuito (profesional 7).

Quizás uno de las barreras más grandes en la población del hospital 2 es que hay un alto índice de controles insuficientes del embarazo. La jefa me contó que en comparación al 5% de embarazos sin control en la provincia, su hospital tiene un 13% de embarazos sin control (profesional 7). Es decir que las madres vienen al hospital por primera vez cuando están listas para tener al bebé. Esto puede ser una barrera a la información que reciben las mujeres sobre el parto humanizado.

Conocimientos de los profesionales

Cuando pregunté como cada profesional recibió su conocimiento sobre la ley, 4 profesionales, 3 de los cuales son residentes jóvenes, reportaron aprender la base teórica del parto humanizado en la facultad y describieron su seguimiento de aprendizaje por el ambiente del parto humanizado en el hospital 1. En el hospital 1, todos vincularon su conocimiento con su experiencia de estar trabajando en el hospital. Una de estas

médicas también describió sus experiencias de ver violencia contra las mujeres en su residencia y las vinculó con su conocimiento sobre la ley. Esta médica y otro profesional del hospital 2 son los únicos que declararon específicamente que se formaron en la antigua ideología. Una me explicó: *“por supuesto que yo tengo más práctica así y cuando un bebé no salía, hacía la episiotomía o usaba un fórceps y no se me ocurría decirle a la mujer ‘a ver párate, a ver si puedes pujar mejor’”* (profesional 1). Ellas creen que la formación y el ambiente hospitalario pueden tener un efecto en el conocimiento porque es *“más fácil cuando un hospital nace con que sea normal el parto humanizado”* (profesional 7). De los otros profesionales, 1 reportó recibir su información por una capacitación del programa nacional de lactancia materna, 2 dijeron que lo recibieron a través de folletos del ministerio y 1 reportó que no sabe mucho y que solo sabe algo desde lo que comentan los profesionales.

Todos los profesionales indicaron un conocimiento de la ley, salvo uno. Este profesional solamente describió el derecho al acompañamiento cuando le pedí describir la ley. De los otros 11 profesionales, todos mencionaron que la madre tiene ciertos derechos en el ambiente del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, solamente 5 profesionales hicieron comentarios que reflejan la autonomía de la mujer en decidir y exigir esos derechos. Además, 4 de los profesionales mencionaron que el proceso debe ser centrado en la familia o que la familia (padre e hijo) comparte los mismos derechos en conjunto con la mujer.

De los 12 profesionales, 9 mencionaron explícitamente el derecho de la mujer al acompañamiento en sus descripciones de la ley y 5 mencionaron el derecho a elegir la posición en que quiera parir. 4 profesionales, todos del hospital 1, describieron la

importancia de informar a la mujer sobre el proceso para que pueda elegir sobre sus derechos. Esto fue interesante, debido al hecho de que una mujer no puede exigir sus derechos si no los conoce. No reconocer el derecho a ser informada sobre sus derechos dentro de la ley es un problema fundamental.

Tres profesionales mencionaron el respeto cultural e individual, mientras 4 otros hablaron de la importancia de hacer a la mujer sentirse cómoda y contenida de manera personal. Solamente 3 profesionales mencionaron algo sobre los derechos acerca de los cuidados del bebé cuando nace, que incluyó lactancia inmediata y contacto piel a piel con la madre. Adicionalmente, 3 profesionales reportaron la necesidad, según la ley, de no intervenir innecesariamente con el proceso del parto. Uno de ellos especificó que las mujeres no deben ser tratadas como enfermas. En comparación, otro profesional describió el derecho a la seguridad médica en el proceso del parto.

Opiniones de los profesionales sobre el parto humanizado

Acompañamiento

El acompañamiento es quizás el componente más frecuentemente asociado con el parto humanizado en estos dos hospitales. De hecho, 11 de 12 profesionales mencionaron el acompañamiento cuando pregunté sobre los aspectos más importantes del parto humanizado. Otros lo incluyeron dentro de otros componentes del parto humanizado. Uno de estos profesionales lo incluyó como un ejemplo de la importancia de la individualidad en el parto humanizado, debido al hecho que algunas mujeres no quieren ser acompañadas o quieren otro familiar que no es el marido. Incluyendo esta médica, 4 profesionales mencionaron que la mujer debe elegir a la persona que ella quiere, porque

no siempre es la pareja y no siempre quiere compañía. El profesional que no mencionó al acompañamiento si mencionó la autonomía de la mujer.

En el hospital 2, 4 comentaron sobre las limitaciones del acompañamiento. Dos de estos profesionales dijeron que es una cuestión de infraestructura, diciendo que como *“no hay espacio físico para acompañamiento, hay que sacrificar el acompañamiento para la comodidad de la otra mujer en la sala”* (profesional 5/6). En comparación, la jefa de la maternidad en el hospital 2 comentó que *“no hay hábito en el hospital de que el familiar ingrese con la mamá al dilatante [...] Puede haber decisiones personales de las obstétricas o del día de guardia, pero no hay como una cuestión institucional de que todas las mujeres ingresan con el familiar”* (profesional 7). La decisión del acompañamiento, en su opinión, es personal en vez de institucional. Según una obstetra en el hospital 1 muchos profesionales en otros hospitales utilizan excusas como el espacio físico para defender su propio comodidad y hábito (profesional 11). Sin embargo, se puede ver que las perspectivas de los profesionales acerca del acompañamiento dependen de la estructura en que trabajan. En el hospital 1, solamente una obstetra dijo que hay que mejorar el acompañamiento en las cesáreas, porque todavía no puede pasar el familiar en todos los casos (profesional 10). Esto fue interesante, como este problema es la denuncia más común de la violencia obstétrica (Télam, 2015).

Se puede ver que algunos de los profesionales perciben el acompañamiento como un tema central en la realización de un parto humanizado, mientras otros lo perciben como un aspecto de darle a la mujer el poder de decidir sobre sus derechos. Esta es una distinción importante, porque aunque el acompañamiento es mencionado en la ley, no siempre tiene la misma implicación en cada mujer. Por ejemplo, asumir que una mujer

quiere que pase su marido puede resultar en una falta de respeto para sus derechos. Es evidente que los profesionales lo interpretan de diferentes maneras.

Contacto y cuidado del bebé

Según las respuestas de los profesionales, el contacto y cuidado del bebé cuando nace no parece ser un componente de alta importancia. Solamente 2 de los 12 profesionales lo reportaron como un aspecto importante del parto humanizado. De estos 2 profesionales, una enfermera me explicó que el bebé se queda al lado de la mamá solamente si su salud no está en riesgo. La otra, una obstetra, dijo que el contacto con la madres es importante para la experiencia de la humanización.

Otros profesionales también mencionaron la lactancia inmediata, la intervención neonatal y pesar al bebé cuando nace. Con respecto a la intervención, una médica del hospital 1 describió que algunas mujeres quieren tanto el parto humanizado que no entienden cuando el bebé está en riesgo y es necesaria una intervención. Otra médica en el hospital 1 refirió a la práctica de pesar al bebé cuando nace, explicando que algunos piensan que es violento para el bebé, pero algunas mujeres quieren saber el peso y en estos casos deja de ser violento. Otro profesional, la jefa de la maternidad en el hospital 2, mencionó su miedo de perder un bebé en la maternidad. Para ella, la perspectiva de la seguridad de los bebés es importante en la gestión de contacto con las madres.

Aunque muchos profesionales no mencionaron la importancia del contacto con el bebé y de la lactancia y aunque está definido en la ley, parece que estos protocolos están integrado en los servicios del hospital. Aunque los profesionales lo tienen en sus prácticas, no lo perciben como una parte esencial de la humanización del parto. El problema puede surgir cuando hacen estas prácticas sin pensar en la individualidad de la

mujer. Un profesional refirió a la autonomía de la mujer decidiendo los cuidados del bebé cuando nace pero el resto mencionaron el contacto y la lactancia como prácticas que cada mujer quiere.

Posiciones del parto

Solamente 2 profesionales listaron la posición de parir en sus aspectos más importantes del parto humanizado. Sin embargo, 11 profesionales mencionaron algo sobre la importancia de dejar la mujer elegir su posición o respetar la cultura de la mujer. Una médica describió que *“la forma que elige la paciente tiene mucho que ver con su historia sociocultural”*. Por ejemplo, en el hospital 1 la liana se implementó por la demanda de las pacientes bolivianas. En comparación, para muchas pacientes argentinas, la forma más cómoda es en la camilla (profesional 2). Aunque tenga preferencia, la médica del hospital 1 muestra las opciones y quiere que la paciente esté cómoda.

El único profesional que no mencionó algo sobre respetar a la mujer, un médico residente del hospital 2, explicó que *“salvo que la paciente sugiera, adapta a la paciente a la posición de litotomía”*. El dijo que en el periodo expulsivo, es la posición adecuada para aplicar los fórceps (para corregir la posición del bebé y acortar el tiempo del parto en el periodo expulsivo) y por eso hay muchas ventajas de esa posición ginecológica para el médico *“si algo se complica”* (profesional 3). Para este profesional el acto de informar a la mujer que pueda elegir no le parece una práctica necesaria. Aunque respeta a la mujer, el profesional espera que la mujer diga algo. Pero como se ha visto, difícilmente la mujer va a sugerir algo si no sabe sus opciones. De los profesionales, 7 dijeron que la posición acostada o ginecológica es su posición de preferencia. Sus razones son todas parecidas: piensan que es más cómoda para el profesional o piensan que es menos riesgosa por el

hecho que hace la intervención más fácil. En el hospital 2, la mujer no puede moverse durante el periodo expulsivo del parto porque sus piernas están colgadas (profesional 5/6). Pero, una enfermera me contó que dejan a la mujer elegir si quiere colgar sus piernas o solamente apoyarlas. Sin embargo, todos los profesionales en el hospital 2, salvo la jefa de la maternidad, hablaron de la posición ginecológica. Aunque mencionaron respetar a la mujer, parece que su única experiencia con esto es con los pocos partos que han asistido en la posición de cuclillas.

Mientras tanto, 2 profesionales, ambos del hospital 1, eligieron la posición de cuclillas como su posición preferida. Una médica tiene la experiencia de ver la satisfacción de las mujeres en posición vertical debido a la facilitación del pujo, pero especificó que esto solo se puede en casos de bajo riesgo. Según otra médica, las mujeres instintiva o biológicamente favorecen la posición en cuclillas porque es más fácil utilizar su fuerza que en una posición acostada. Por eso, ella prefiere “*que la mujer esté con toda su fuerza para parir*”. Eso no es sólo bueno para ella y para el bebé es bueno para la médica también: “*A [ella le] alivia el trabajo*” (profesional 1). Los médicos argentinos no tienen este entrenamiento o formación de recibir partos verticales, pero existe en otros países y para ella esta comodidad es una cuestión de práctica. Otro profesional me contó que la práctica de la posición tiene que ver con la costumbre del profesional (profesional 7). Como se puede ver, los profesionales en un ambiente con más recursos para distintas posiciones (hospital 1) tienen preferencias distintas de los profesionales en un ambiente con recursos para la posición ginecológica. Aunque existe una ley, las infraestructuras de los hospitales con respecto a las posiciones ofrecidas, tiene un efecto en la implementación de la ley a través de la práctica de los profesionales.

Atención respetuosa de la individualidad, personalizada y centrada en la familia

En el análisis, el tema del respeto de la cultura fue separado de lo siguiente porque los profesionales solamente hablaron de la cultura en el contexto de las posiciones del parto. Además, como cada mujer y cada familia dentro de una cultura pueden tener necesidades diferentes, la decisión fue enfocar en el respeto para la individualidad en vez de grupos culturales. Con esto en la mente, 7 profesionales reportaron por lo menos uno de los siguientes como un aspecto importante del parto humanizado: la individualidad de la mujer, la atención personalizada o la atención centrada en la familia. Una médica resumió que *“el respeto no pasa por una enumeración de prácticas como algunos piensan que es, que el parto humanizado es no hacer episiotomía, que pase el marido, no poner suero... No, el parto humanizado es ver que necesita esa mujer en ese momento. El parto respetuoso es respetar la necesidad de esa mujer y esa familia”* (profesional 1). Este comentario sugiere que algunos profesionales toman el parto humanizado como una “receta de respeto”, pero el peligro con esta perspectiva es que no tiene en cuenta la individualidad. Por más que algo parezca ser respetuoso, deja de ser respetuoso si hacen siempre lo mismo para cada mujer. Allí es obvio que la ley quizás no alcance esta meta de respetar la individualidad de la mujer.

Algunos profesionales tocaron la idea de que la mujer embarazada no debe ser mirada como una enfermedad. Según la jefa de la maternidad en el hospital 2, *“en maternidad, es el único servicio donde hay gente sana”* (profesional 7). Una médica en el hospital 1 contó un recuerdo sobre una mujer dando luz en su residencia: *“la mujer se sienta, y me dice ‘yo así no puedo, acostada en la cama no puedo, dejarme sentar’ ...si la mujer está sintiendo lo que necesita, es cierto”* (profesional 1). Este profesional tiene la

perspectiva que el saber médico no es lo único. Otro profesional del hospital 2 también piensa que un componente de la ley es que la opinión de la paciente sea tomada en cuenta (profesional 7). Tres otros profesionales mencionaron la importancia de respetar las creencias y la autonomía de la mujer.

Otro aspecto interesante de las entrevistas fue que 2 profesionales mencionaron específicamente la importancia de la presentación del profesional a la mujer, porque dar un nombre al profesional es una manera de personalizar su atención de la mujer. Otras maneras que mencionaron 2 profesionales es la idea de tener o crear un ambiente íntimo y cómodo para la mujer y la familia. Una médica sugirió que “*cosas ridículas como la luz o alguna comida pueden tener un efecto biológico en la mujer que facilite el trabajo del parto*” (profesional 1). Un médico en el hospital 2 clamó que no alcanzan la intimidad en el proceso del parto por la estructura de las salas de parto (profesional 4). Según otro profesional en el mismo hospital, “*lo que cuesta mucho es cambiar el paradigma*” del médico como centro de atención (profesional 7). Desde su punto de vista de gestión en el hospital, es difícil cambiar en algunos contextos a la atención centrada en la familia, donde la mujer, el bebé y su familia son los dueños del proceso. Aunque la estructura y la privacidad son importantes en un parto humanizado, no deben ser utilizadas como una excusa por no tratar de respetar la mujer y su familia o no facilitar la intimidad. La cuestión más importante es si las percepciones de los profesionales acerca de la plausibilidad del parto humanizado son la barrera más grande a su logro.

En realidad, todas las prácticas que contaron los profesionales funcionan para disminuir el sentido de un cuerpo necesitado de intervención y transformar a la mujer en

ser humano con creencias y sentimientos, pero no todos los profesionales mostraron un entendimiento holístico de la ley en este sentido.

Prácticas no invasivas

El impulso de un parto más respetuoso de lo natural fue un cambio muy grande para los hospitales en Argentina. A través de las entrevistas, se puede ver como el profesional de salud favorece el aspecto médico del parto. Solamente 2 de 12 profesionales listaron la importancia de no intervenir como un aspecto muy esencial en el parto humanizado. Por más que muchos hablaron de no intervenir si no es necesario, es sorprendente que solamente 2 lo dieron tanta importancia, porque fue un elemento clave que inició el cambio a prácticas más humanas en los hospitales.

Muchos de los profesionales, particularmente en el hospital 1 piensan que los partos se deben observar y solamente requieren intervención en casos necesarios, porque *“es nuestro lema siempre respetar la mujer, la familia, el embarazo no es una situación patológico, el parto tampoco”* (profesional 9). Según una médica, *“No debería la medicina apropiarse de un hecho que siempre fue natural”*, pero también cree que lo natural no siempre es bueno porque *“antes las mujeres se morían de cosas que ahora no se mueren por gracias a intervenciones médicas adecuadas”* (profesional 1). Otra médica, también del hospital 1, dijo que está *“totalmente a favor del parto humanizado siempre y cuando sea institucionalizada”* (profesional 2). Para ellas, el parto humanizado no se trata de negar la medicalización de los procesos reproductivos sino que tiene que dar prioridad a lo natural, a las preferencias de la mujer y a la seguridad. Aunque los profesionales en el hospital 1 parecen favorecer los tiempos naturales, la imagen de la mujer como ser humana en vez de enfermedad y la ausencia de intervención en mujeres

de bajo riesgo, todavía quieren un ambiente medical y seguro en caso de que algo pase a la mujer.

En el hospital 2, ninguno de los profesionales indicaron la falta de intervención como aspecto importante. Sin embargo, parecen tener el bienestar de la mujer como meta. Muchos de los profesionales en este hospital tuvieron respuestas un poco más centradas en aspectos médicos. Por ejemplo, un médico residente dijo que el parte médico es un importante aspectos del parto humanizado, mientras otro mencionó el derecho a la medicación como otro aspecto importante. Puede ser que el ambiente del hospital 2, dónde los recursos son más escasos, lleva a los profesionales a tener el aspecto medical y la seguridad como prioridades. De hecho, la jefa de la maternidad me describió lo que significa C.O.N.E.- “condiciones obstétricas necesarias y esenciales”. Las C.O.N.E. incluye la ambulancia, la sangre segura y el personal y *“esas son las condiciones sin las cuales no se podría hacer un parto. Entonces si vos tenés la C.O.N.E., si, te dedicas a darle a la mujer esa sensación de comodidad para tener al bebé”*. Según ella, el hospital no siempre cumple las C.O.N.E., entonces para ella sus prioridades no son prácticas no invasivas sino que son recursos para un ambiente seguro: *“la gente que le va a dar la seguridad de que si le pasa algo a esta mamá va a ser cuidada”* (profesional 7).

Además de esto, una enfermera en el hospital 2 comentó que a veces las mujeres toman el examen ginecológico como violento (profesional 8). Parece que las mujeres puedan tener diferentes opiniones sobre cuáles prácticas son invasivas o violentas. Otro profesional en el hospital 1 tiene una perspectiva parecida sobre cómo las mujeres perciben las prácticas en la salud reproductiva:

“me parece que circula como un a especie de generalización de que todo lo que hacemos los médicos es violento, es agresivo, es intervencionista. Y en algún punto es verdad y esta bien que haya una reacción contra eso [...] Pero me parece que hay que definir bien lo que es respetuoso porque si no se confunde, se pone de moda, y hay muchos obstetras que se agarran de ese discurso para venderse y decir "yo te hago un parto humanizado, te hago un parto respetuoso, no te hago episiotomía, no te pongo un suero, no te..." y mencionan todas las prácticas como si eso fuera así y después resulta que ponen en bloque a cualquier mujer en cualquier situación en esas prácticas y no siempre es conveniente, no siempre es lo que la mujer quiere” (profesional 1).

La perspectiva de que la ley ha puesto de moda este tema del parto humanizado en una manera negativa es muy interesante. Solamente algunos profesionales hablaron de esto. Es importante que los profesionales siempre tengan en cuenta la necesidad de cada mujer, que no generalicen cuáles prácticas son mala y cuales son buenas. Por ejemplo, dos enfermeras en el hospital 2 dijeron que el uso de los fórceps durante el parto es muy violento (profesional 5/6). Problemas pueden surgir si estas enfermeras deciden nunca utilizar los fórceps por el hecho de que los creen violentos. Si bien muchos de los profesionales parecen entender que hay un balance entre seguridad médica y parto natural, la creación del parto humanizado como insumo o servicio que las mujeres pueden elegir es el resultado de la generalización de las prácticas invasivas y se puede ver en algunos de los profesionales.

Informar a la mujer

En las entrevistas, 2 profesionales de cada hospital, 4 en total, indicaron que informar a la mujer es un aspecto muy importante de la ley del parto humanizado. Sin embargo, muchos profesionales hablaron de la importancia de informar la mujer sobre sus derechos y sobre el proceso de su embarazo y parto. Para 2 profesionales en el hospital 1, un problema es que la gente no conoce sus derechos. Ellos comentaron que hay que brindar más información al nivel de la población para que más gente sepa sus derechos (profesional 9, profesional 12). Muchos profesionales quizás no se sienten la responsabilidad de brindar esta información a la gente y están esperando para que otra persona lo haga. Por ejemplo, un profesional en el hospital 2 dijo que sería bueno *“que la gente se informa un poco más”* (profesional 3). Otro profesional se siente responsable, diciendo que *“el respeto pasa por la información. Una práctica deja de ser violenta si le explica a la mujer porque es necesaria”* (profesional 1). La cuestión es: quién es responsable para informar? Algunos profesionales quieren que la gente lo busque, otros esperan que otros profesionales lo hagan y otros sienten la responsabilidad de informar.

Otra obstetra dijo que trabajaba en el parto humanizado en el hospital 1 antes de la ley sin saberlo y que la ley fue un gran apoyo (profesional 11). Sin embargo, antes de la ley los profesionales no tenían derechos escritos para informar. Aunque un profesional se siente bien con su trabajo humanizado, algo tiene que cambiar todavía en la práctica. En el hospital 1 dan bastante información sobre la ley a las mujeres, pero todavía la información que reciben las mujeres en los consultorios parece muy dependiente del profesional y de su sentido de responsabilidad. Una médica comentó sobre como, por límites de tiempo y la cantidad de pacientes, el tiempo es corto en el consultorio,

entonces las pacientes que reciben información completa hacen el curso de parto Pero, muchas pacientes no dan importancia al curso de parto. También “*a veces los médicos no insistimos en la importancia que tiene el curso de parto*” y a veces ni siquiera mencionan el curso. Según ella, muchos médicos le da más importancia a la ecografía y todo que tiene que ver que el control y no las manda las mujeres al curso (profesional 2). Mucha de la información conseguida sobre este componente vino de los profesionales en el hospital 1. Dos profesionales del hospital 2 no mencionaron nada sobre informar a la paciente. Para estos profesionales, otros aspectos del parto humanizado deben ser más importantes. Como la individualidad y humanización del atención se cumple por informar a la mujer sus posibilidades, se puede cuestionar si estos profesionales tienen la perspectiva generalizada del parto humanizado como un conjunto de ítems que siempre deben ser cumplidos.

V. CONCLUSIONES

Este estudio intentó explorar los conocimientos y opiniones de profesionales en dos hospitales públicos. El hospital en la Ciudad de Buenos Aires tiene más recursos y más reconocimiento hacia el parto humanizado, mientras el otro, en la provincia de Buenos Aires tiene menos recursos para cumplir el parto humanizado. La exploración incluyó entrevistas con 6 profesionales en cada hospital. Aunque la investigación fue limitada por el tiempo y cantidad de profesionales, alcanzó para definir algunos temas y barreras en las perspectivas de los profesionales.

Los servicios en los hospitales tienen diferencias fundamentales como la estructura de las salas de parto. Las U.T.P.R. parecen favorecer la intimidad, comodidad

y acompañamiento, mientras las camillas pegadas en el hospital 2 son utilizadas como excusa para no cumplir un parto humanizado. Algunas mujeres que se atienden en los hospitales tienen características parecidas: las mujeres de bajo nivel socioeconómico y cultural son menos empoderadas e informadas y aceptan lo que ofrecen en el hospital como un favor gratuito. Aunque la mujer sabe lo que quiere, los hospitales tienen que encontrar una manera de empoderarlas a pedir al equipo de salud lo que quieren en vez de someterse al saber médico. Por otro lado, el hospital 1 también tiene mujeres de niveles socioeconómicos más altos, que vienen para pedir un parto humanizado.

La formación, el lugar de trabajo y el espacio pueden afectar los conocimientos y prácticas para todos los profesionales en estos dos hospitales. Algunos profesionales reportaron como experiencias de violencia obstétrica o experiencias de trabajar en un hospital, influyeron sus perspectivas hacia una perspectiva centrada en la mujer (profesional 1, 11). Según los resultados, todos los profesionales, salvo uno, tienen un conocimiento sobre la ley. Sin embargo, sus definiciones de la ley no eran completas.

El acompañamiento tiene un vínculo muy fuerte con la definición del parto humanizado para todos los profesionales. Algunos perciben el acompañamiento como un tema central en la realización de un parto humanizado, mientras otros lo perciben como un aspecto de darle a la mujer el poder de decidir sobre sus derechos. Esta perspectiva tiene una relación con los servicios ofrecidos en los hospitales. El hospital con U.T.P.R. tiene profesionales con un enfoque en la elección de la mujer, mientras profesionales que trabajan en un hospital donde la privacidad no está garantizada por la estructura de las salas ven el acompañamiento como un ítem que se debe cumplir para alcanzar un parto humanizado.

Aunque las posiciones del parto no parecen ser un componente esencial para los profesionales, casi todos piensan que dejar a la mujer elegir su posición es parte de un aspecto del respeto de la individualidad o de la cultura. Más de la mitad de los profesionales indicaron una preferencia por la posición acostada por la comodidad que ofrece para la intervención médica. Además, las preferencias y opiniones parecen tener un vínculo con la estructura y servicios en su ambiente hospitalario. Aunque los profesionales entienden que la mujer no está enferma en la maternidad, todos los profesionales parecen dar mucha importancia a la intervención en casos de alto riesgo, por lo cual es importante definir si el parto humanizado es diferente para casos de alto y bajo riesgo.

Hay algunos componentes del parto humanizado, como la lactancia inmediata, contacto con el bebé cuando nace, acompañamiento y prácticas no invasivas, que parecen haber sido integradas como ítems generalizados en la definición del parto humanizado. Algunos profesionales piensan que el cumplimiento de estos componentes según una “receta” de humanización es lo que cada mujer quiere y necesita. Sin embargo, hay otros profesionales que piensan que el parto humanizado fue puesto de moda, limitando la posibilidad de la individualidad y de la atención segura en el proceso.

Los resultados mostraron que no reconocer el derecho a ser informada sobre sus derechos dentro de la ley es un problema fundamental en las perspectivas de muchos de los profesionales. Sin este reconocimiento, la implementación de la ley no es posible. El problema más grande con la ley no parece ser la falta de instrucciones para su implementación en hospitales donde se practica, sino que muchos profesionales toman la ley como una receta del parto humanizado en vez de personalizarlo para cada mujer –

hacer un parto respetado debe ser lo normal en vez de ser un servicio que piden las mujeres y en vez de ser algo “de moda”.

Si la ley aparece como una receta para un parto humanizado, tiene el riesgo de que hospitales sin recursos no se animen a cumplir un parto respetado. El parto humanizado no debe ser un servicio sino una visión normalizada centrada en la decisión de la mujer.

A través de la investigación, se fue notando que algunas de las diferencias entre hospitales tienen que ver con la historia de cada institución. En el hospital 1, hay una historia de mayor trabajo con interculturalidad y tratar de ser más sensibles a las necesidades de las mujeres. Las demandas de las mujeres y el trabajo de los profesionales ha resultado en un lineamiento de perspectivas más centradas en los derechos de la mujer y su familia según la ley del parto humanizado. El hospital 2, que no ha tenido un trabajo tan fuerte en este tema, no tiene profesionales con perspectivas parecidas. Es posible que este trabajo y enfoque en servir a la mujer en el hospital 1 haya tenido una gran importancia en el conocimiento, opinión y práctica de los profesionales. Quizás la ley necesita definir maneras de animar a todos los hospitales públicos a cambiar su historia hacia una dónde se trabaja fuertemente en las necesidades de las mujeres.

VI. REFERENCIAS

Arnau Sánchez, José; Martínez Roche, Emilia; Nicolás Viguera, M^a Dolores; Bas Peña, Encarnación; Morales López, Rosario; Álvarez Munárriz, Luís. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia.. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Mayo-Agosto, 225-247

Barrionuevo, Karina, Bravo, Patricia y Núñez, María Eugenia (2005). **IMPLICANCIAS SUBJETIVAS Y PROCESOS INSTITUCIONALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PARTO VERTICAL**. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Barrionuevo, Karina, Bravo, Patricia y Núñez, María Eugenia (2005). **EVALUACIÓN DE LOS OBSTÁCULOS EN EL USO DE LAS U.T.P.R. EN UNA MATERNIDAD DE BAJO RIESGO**. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.

Canevari, Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita.

Cuesta, Esther G. (2013). *La episiotomía en la era del parto humanizado*. Departamento de enfermería – Universidad de Cantabria

Ley Nacional N° 25.929 (2004). *Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*.

Ley Nacional N° 26.485 (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*.

Ley Orgánica sobre el Derecho de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Venezuela.

Ministerio de Salud (s.f.). *Parto respetado*.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.

Pacino, Nicole (2015). *Maternal Health in the Andes*. Latin American History: Oxford Research Encyclopedias.

Parto y Nacimiento Humanizado (2003). Parto Humanizado.

Profesional 1. Comunicación personal. 4 de noviembre 2015.

Profesional 2. Comunicación personal. 4 de noviembre 2015.

Profesional 3. Comunicación personal. 10 de noviembre 2015.

Profesional 4. Comunicación personal. 10 de noviembre 2015.

Profesional 5/6. Comunicación personal. 10 de noviembre 2015.

Profesional 7. Comunicación personal. 10 de noviembre 2015.

Profesional 8. Comunicación personal. 10 de noviembre 2015.

Profesional 9. Comunicación personal. 13 de noviembre 2015.

Profesional 10. Comunicación personal. 13 de noviembre 2015.

Profesional 11. Comunicación personal. 13 de noviembre 2015.

Profesional 12. Comunicación personal. 13 de noviembre 2015.

Télam (2015). Reglamentaron la ley que establece los derechos de las mujeres antes, durante y después del parto

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado

Mi nombre es Lara Westbrook, estudio Salud Pública en la Universidad de Washington en Seattle. Yo estoy en Argentina desde el fin de agosto de 2015 completando un programa educativo de intercambio a través de SIT-Study Abroad y ubicado en la universidad ISALUD. El nombre del programa es “Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos”.

Como parte de esta experiencia, tenemos la oportunidad de practicar nuestras habilidades de investigación para un breve proyecto durante el mes de noviembre de 2015. Mi tema de investigación es el parto humanizado. A través de mi trabajo quisiera analizar cómo la práctica de la ley del parto humanizado se relaciona con los conocimientos y opiniones de los profesionales en las maternidades públicas de la provincia de Buenos Aires. Para alcanzar este objetivo de trabajo es importante realizar entrevistas con profesionales que trabajan en maternidades públicas.

Este consentimiento informado sirve para clarificar algunos aspectos de nuestra entrevista:

- Mi objetivo es conocer su conocimiento, práctica y opinión sobre el parto humanizado en el contexto de su trabajo en esta maternidad pública.
- Esta conversación no es una evaluación de su trabajo ni de sus creencias. Quiero enfatizar que no hay respuestas correctas ni incorrectas a mis preguntas.
- Me comprometo a preservar el anonimato del entrevistado/a y de la información que me brinde. En mi informe, yo incluiré el nombre del hospital en que trabaja mi entrevistado/a, porque mi trabajo refleja una exploración de casos específicos. Sin embargo, los identidades de los profesionales quedarán anónimos.
- El uso de la información tiene fines puramente académicos.

Ahora tengo algunas preguntas para finalizar el consentimiento informado de la entrevista:

1. ¿Le parece bien que utilice un grabador durante la entrevista? De este modo yo puedo prestar mayor atención a la charla y revisar la información más tarde.

SI/NO

2. ¿Usted prefiere que oculte sus datos (edad, ocupación, experiencia) para no ser reconocido como fuente de información?

SI/NO

3. ¿Usted prefiere que oculte algunos de los contenidos de la información que conversemos? Si no lo sabe ahora, me lo puede decir después de la entrevista.

SI/NO/NO SÉ

4. ¿Usted prefiere que oculte el nombre del hospital en mi informe?

SI/NO

5. ¿Usted prefiere que le envíe mi informe final?

SI/NO

6. ¿Considera oportuno firmar este consentimiento para participar en la investigación? O ¿considera que un consentimiento oral será suficiente?

a. Consentimiento escrito SI/NO

b. Consentimiento oral SI/NO

ANEXO 2

Guía de pautas de Entrevista

- ¿Cuál es su edad?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cuántos años de experiencia tiene usted practicando su profesión?
- ¿Cuáles son los servicios ofrecidos en este hospital para mujeres embarazadas
 - ¿Qué información relacionada con el parto reciben las embarazadas y en qué manera la reciben?
- ¿Cómo es el proceso del parto para mujeres que dan a luz en este hospital?
- ¿Qué servicios brinda usted específicamente, es decir, cómo es su relación con las mujeres en la maternidad?
- ¿Cómo es el perfil de las mujeres que atiende en el hospital? ¿Tienen algunas necesidades específicas?
- ¿Qué conoce sobre la ley del parto humanizado?
 - ¿Cómo recibió ese conocimiento?
- ¿Qué opina usted sobre la ley?
- ¿Cuáles son los aspectos del parto humanizado que usted considera MÁS importantes (los posiciones de parto, la compañía, los tiempos, etc...)?
 - Con respecto a los posiciones de parto, ¿cuáles son ofrecidas? ¿Cuáles le parecen importantes y qué posición prefiere atender?
- ¿Cómo se percibe usted como parte del proceso del parto humanizado?
- En su opinión, ¿Cómo se define la violencia obstétrica?