

Spring 2020

¿ES SUFICIENTE LA LEY DE PARTO RESPETADO? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina / IS THE RESPECTED BIRTH LAW ENOUGH? An investigation on the respected birth and medical interventions through the opinions of health professionals and a civil society organization in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

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



Part of the Family, Life Course, and Society Commons, Health Law and Policy Commons, Health Policy Commons, Latin American Languages and Societies Commons, Latin American Studies Commons, Maternal and Child Health Commons, Obstetrics and Gynecology Commons, Social and Cultural Anthropology Commons, and the Women's Studies Commons

Recommended Citation

Rufino, Jennifer, "¿ES SUFICIENTE LA LEY DE PARTO RESPETADO? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina / IS THE RESPECTED BIRTH LAW ENOUGH? An investigation on the respected birth and medical interventions through the opinions of health professionals and a civil society organization in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina" (2020). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3305.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3305

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections.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.

¿ES SUFICIENTE LA LEY DE PARTO RESPETADO? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

-

IS THE RESPECTED BIRTH LAW ENOUGH? An investigation on the respected birth and medical interventions through the opinions of health professionals and a civil society organization in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Investigadora: Jennifer Rufino
Tutor Académico: Dr. Daniel Jones
Mayo 2020
Buenos Aires, Argentina
SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos

RESUMEN

A través de los años, la medicalización y los avances en el campo de medicina ha garantizado un nivel de seguridad para el proceso del embarazo y el parto. Sin embargo, la intervención médica también ha producido una discusión sobre el aumento de cesáreas, el significado del parto respetado, y los derechos de la mujer. Esta investigación exploró las opiniones de los profesionales de salud y una organización de la sociedad civil sobre la ejecución del parto respetado y el aumento de la tasa de cesáreas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Dada la situación de aislamiento social por la pandemia de COVID-19, se realizaron de manera virtual seis entrevistas semi-estructuradas mediante una aplicación de cámara web segura. Cinco de las entrevistas fueron con profesionales de salud en los sectores público y privado para explorar las opiniones sobre el parto respetado, el tratamiento de la mujer durante el nacimiento, y la situación actual de la cesárea y el parto natural. La sexta entrevista fue con dos activistas de una organización de sociedad civil. Las preguntas cubrieron temas como el conocimiento de *la Ley del Parto Respetado*, la relación entre los profesionales de la salud y la embarazada, el papel de la mujer en la toma de decisiones, y las opiniones sobre la cesárea y la intervención médica. Los resultados mostraron que los profesionales de salud junto con los miembros de la organización tuvieron interpretaciones variadas sobre el parto respetado, y en general podemos ver que no hay una definición clara del parto respetado. Las diferentes interpretaciones sobre el parto respetado lleva a los profesionales de la salud a asistir a las embarazadas en maneras diferentes. Además, no hay una única entidad que controla o supervisa el cumplimiento de la ley. En lo que respecta a la cesárea, la mayoría de los profesionales de la salud estaban de acuerdo con la declaración que el aumento de la cesárea es un problema de la salud pública. Todos los entrevistados creen que hay fallas en el sistema de la salud y nombraron la inaccesibilidad a una institución segura, la inaccesibilidad a un anestesiólogo, la insuficiente cantidad de información como algunas fallas. En general, todos los entrevistados piensan que se requiere cambios necesarios para garantizar un parto respetado y lograr el cumplimiento de los derechos de la mujer.

Índice

- I. Agradecimientos, 4**
- II. Introducción, 5**
 - a. Definición del problema, 5
 - b. El cambio del método de nacimiento a través de los años, 5
 - c. El aumento de cesáreas en Argentina, 7
 - d. El sistema en Argentina y el parto respetado, 8
- III. Metodología, 9**
 - a. Objetivos generales, 9
 - b. Objetivos específicos, 9
- IV. Trabajo del campo, 10**
- V. Consideraciones éticas, 12**
- VI. Limitaciones de la investigación, 13**
- VII. Marco Teórico, 14**
 - a. La medicalización del embarazo, 14
 - b. ¿Intervenir o no intervenir? Los beneficios y riesgos de la intervención, 17
 - c. La situación legislativa de los derechos de la mujer y la violencia obstétrica en Argentina, 18
 - d. La mujer y un vistazo a la realidad, 20
 - i. La preferencia del método de nacimiento de las mujeres, 20
 - ii. ¿La ‘cesárea innecesaria’ como consecuencia de la medicalización?, 21
- VIII. Análisis de los resultados, 23**
 - a. Caracterización socio-demográfica de los entrevistados, 23
 - b. La interpretación del parto respetado, 25
 - c. El cumplimiento de la Ley del Parto Respetado: ¿una responsabilidad individual, de las instituciones sanitarias, o del país?, 29
 - d. Las fallas del sistema de la salud, 32
 - i. La falta de recursos y personal de salud en ambos sectores, 32
 - ii. La consecuencias de la insuficiente información, 34
 - e. Los cambios a través de los años, 36
 - i. Desaprender y aprender nuevos comportamientos como profesionales de la salud, 36
 - f. Las mujeres y el toma de decisiones, 38
 - i. La relación entre la embarazada y los profesionales de la salud, 38
 - ii. La autonomía, 40
 - g. La intervención y medicalización en el día del parto, 41
 - i. La cesárea como un problema de salud pública, 41
 - ii. La cesárea como un avance en el campo de la medicina, 44
 - h. Cambios deseados para el futuro, según los profesionales de la salud, 45
- IX. Conclusión, 48**
- X. Bibliografía, 51**
- XI. Apéndice, 53**
 - a. Guía de preguntas para la organización de la sociedad civil, 53
 - b. Guía de preguntas para los profesionales de la salud, 54
 - c. Consentimiento informado, 56

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a los siguientes individuos:

Mi directora académica, Ana Rita Diaz-Muños, por todo su apoyo—académico y más—durante el programa y por la facilitación de las investigaciones.

Mi tutor académico, Daniel Jones, por las horas innumerables y consejo inestimable.

Al Doctor Néstor Vain, por toda la ayuda a la distancia.

Mi profesor de español, Agustín Arispe, por su paciencia y todas sus revisiones y sugerencias.

A todos los profesionales y activistas entrevistados por su tiempo, participación, flexibilidad y amabilidad. Sin ustedes, esta investigación no sería posible.

Valeria Lilubaroff por su positividad y ayuda.

¡Gracias a todos!

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de una hija/o es uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer. Tanto que puede ser un momento lleno de amor y empoderamiento, como también puede ser un momento lleno de injusticia y vulnerabilidad. La experiencia de dar a luz puede tener implicaciones a largo plazo para la salud y el bienestar de una mujer. Por esta razón, hay una responsabilidad en brindar todos los beneficios a las protagonistas de este momento importante. En muchos casos, el nacimiento se puede ver como divisorio. Divide a las mujeres de los hombres, a las mujeres de las mujeres, y a las mujeres de los profesionales de salud. Requiere del cuerpo una apertura, a veces un corte o un desgarro. Las mujeres pasan por una experiencia que quedará grabada para siempre en su memoria. Aunque el factor de variabilidad conduce a dividir a las mujeres entre ellas, el nacimiento es un evento universal que tiene el potencial de unir a todos los humanos ya que todos venimos de esa experiencia. Durante muchos años, se ha producido la normalización de ciertas prácticas que violentaban a la mujer durante el parto y no ha sido hasta hace poco que se produjo una reacción que animó a las mujeres a unirse y compartir sus historias. Hoy, estamos en un momento crítico donde cambios acerca del bienestar y tratamiento de las mujeres en el embarazo son necesarios.

EL CAMBIO DEL MÉTODO DEL NACIMIENTO A TRAVÉS DE LOS AÑOS

Históricamente, las mujeres han dado a luz en compañía de otras mujeres experimentadas de su familia o comunidad. Esta costumbre, sigue siendo habitual en muchas poblaciones de América Latina y de otras partes del mundo. Las altas tasas de mortalidad materna y neonatal que persisten entre estas poblaciones han sido atribuidas en ocasiones a lo que se considera un apoyo informal por parte de estas personas (Macías-Intriago, 2018). En realidad, suelen ser consecuencia de la exclusión económica y social y de la ausencia de condiciones de higiene adecuadas, personal

médico cercano o acceso a servicios de emergencia que puedan prevenir o aminorar posibles complicaciones (Johannsen, 2016). La reintroducción del papel de la/el partera/o enseña que el problema es más allá de lo médico-técnico, sino centrado en lo social y en problemas estructurales. Con el apoyo de parteras/os, las instituciones de salud y los programas materno-infantiles, se podría brindar los beneficios requeridos por la madre y asegurarlos deseos que ella tiene para el día del nacimiento.

En el periodo clásico y medieval, los médicos centraron sus intereses en el conocimiento teórico de la procreación, actuando solo en casos excepcionales, como cuando se necesitaba desmembrar a algún feto muerto para sacarlo del útero. En el siglo XVII hubo un cambio de rumbo pues se incorporaron cirujanos a la atención del parto y se dio inicio a la instrumentación con el fórceps (inventado por la familia Chamberlain), dando paso, de este modo, a la tecnificación de la asistencia en el nacimiento (Biurrun, 2013). Siguiendo la invención del fórceps, el parto medicalizado, que es donde se da la intervención a través de tecnologías, medicamentos, y procedimientos empezó a tomar gran presencia en el siglo XIX ya que el inicio de la medicalización le dio seguridad al parto. En este tiempo, se incorporaron procedimientos que se convirtieron en un ritual del parto, configurándose muchas veces en un hecho despersonalizado (Alonso y Gerard, 2009). Es importante reconocer que durante esos tiempos, la intervención médica era implementada solamente si era necesario para el nacimiento del bebé.

A mitad del siglo XX se institucionalizó el proceso de parto, pasando de los partos domiciliarios a los partos hospitalarios. Al considerarse el parto un proceso hospitalario, se incluyeron ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto, sin estar avalado el uso rutinario de los mismos por la evidencia científica. Se incluyó el

parto en el modelo sanitario de enfermedad (Maroto, et al. 2004). En este momento, el proceso de nacimiento abandonó el ámbito de la tradición humanista para incluirse en el ámbito de la medicina especializada, tratando a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica (Biurrun, y Goberna, 2013). En este entorno, una atención participativa, humana y respetuosa del parto requiere un esfuerzo adicional por parte de las embarazadas en términos de información, tiempo, costo y valor.

EL AUMENTO DE CESÁREAS EN ARGENTINA

A través de los años, las intervenciones médicas en forma de cesáreas y la inducción médica del parto han tenido una gran presencia. Desde 1985, se ha considerado que el porcentaje ideal de cesáreas oscilaría entre el 10 y el 15% sobre el total de los nacimientos (OMS, 2015). En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha exhortado a los países a disminuir el número de cesáreas, aconsejando su realización solamente cuando esté justificada por motivos médicos. Sin embargo, la realidad latinoamericana se mueve en la dirección contraria: la tasa de cesáreas aumenta año tras año (Gómez, 2018). En Argentina, se estima que entre el 25 y 35% de los partos en el sistema de salud público fueron quirúrgicos. Si bien no hay indicadores exactos provenientes del sector privado, las cifras estimadas se ubican entre un 50% y un 75% de nacimientos por cesárea (Bär, 2015). Algunos estudios calculan que se realizan setenta mil cesáreas evitables al año, lo que significa un gasto aproximado de 30 millones de dólares (Carbajal, 2001). Las altas tasas de cesáreas nos llevan a preguntarnos si la práctica es el resultado de la medicalización y manipulación del parto o si las mujeres están eligiendo libremente una cesárea en lugar de un parto natural. En cualquier caso, las mujeres deben ser las protagonistas de su embarazo y ser escuchadas por quienes las están asistiendo en el día del nacimiento.

EI SISTEMA EN ARGENTINA Y EL PARTO RESPETADO

En Argentina, la salud es un derecho garantizado por el Estado. Sin embargo, por más que sea un derecho universal, la calidad y accesibilidad a los servicios y los derechos de salud reproductiva en buena medida dependen del nivel socioeconómico de la mujer, el nivel de educación y la provincia donde reside. Las mujeres en situaciones precarias enfrentan barreras para acceder a sus derechos. En lugares donde la mujer no tiene acceso a información o programas materno-infantiles, la naturalización de la violencia obstétrica se ejerce con más fuerza. Desde 2004, Argentina es uno de los cuatro países en América Latina (junto con Venezuela, México y Chile) que tienen leyes creadas para proteger a la mujer durante el embarazo y para promover a la mujer como protagonista de su propio parto (Ley Nacional N° 25.929, 2004). La Ley del Parto Respetado establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. 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 instituciones.

En este proyecto, se investigará las opiniones y creencias de los y las profesionales de la salud en el campo de la medicina sobre la ejecución del parto respetado y el aumento de la tasa de cesáreas en Argentina. También se va a explorar las opiniones de una organización de la sociedad civil para analizar si los métodos actuales de atención se relacionan a la violencia obstétrica. Se realizará cinco entrevistas con profesionales de salud y una entrevista con una organización de la sociedad civil, en todos los casos, con trabajo en la temática de atención durante el nacimiento.

METODOLOGÍA

Objetivo generales:

- Explorar las opiniones de los y las profesionales de la salud sobre las prácticas del parto respetado y del aumento de la cesárea en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Explorar las opiniones de una organización de la sociedad civil para investigar los problemas de las mujeres al momento de dar a luz y preguntar si el tratamiento actual se relaciona a la violencia obstétrica.

Objetivos específicos:

1. Conocer los factores que influyen en la toma de decisiones del personal médico de los hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al momento de asistir un nacimiento.
2. Investigar las semejanzas y diferencias entre las prácticas del parto en relación con el sector de empleo—público o privado— de los profesionales.
3. Entender y compartir los principales obstáculos que enfrentan las mujeres al momento de dar a luz con respeto al método del parto.
4. Investigar las opiniones e interpretaciones sobre la Ley del Parto Respetado en Argentina.
5. Investigar y conocer los cambios que los profesionales de salud han visto a través de los años en lo que respecta al parto respetado.
6. Investigar si los métodos actuales de atención cumplen las expectativas mencionadas en la Ley del Parto Respetado y si los métodos actuales se relacionan a la violencia obstétrica.

TRABAJO DE CAMPO

Dada la situación de aislamiento social por la pandemia de COVID-19, se realizaron de manera virtual seis entrevistas semi-estructuradas mediante una aplicación de cámara web segura. Cinco de las entrevistas fueron con profesionales de salud en los sectores público y privado para explorar las opiniones sobre el parto respetado, el tratamiento de la mujer durante el nacimiento, y la situación actual de la cesárea y el parto natural. La sexta entrevista fue con dos activistas de una organización de sociedad civil. Uno de los miembros de la organización entrevistado es partero y sus respuestas fueron añadidas junto con los otros profesionales de salud en el análisis de las opiniones del parto respetado y la cesárea. Las personas entrevistadas fueron conseguidos por un método llamado “el efecto de bola de nieve” o “snowball effect.” Este método permitió a los entrevistados sugerir colegas en ambos sectores para ser incluidos en la investigación. Las entrevistas duraron entre 30 y 60 minutos.

Para contextualizar los puntos de vista, se recopilaron variables demográficas, como el sexo del participante, el tipo de profesión o especialidad, la antigüedad en la profesión, la edad, el/los lugar/es de trabajo, y cantidad de horas que trabaja en cada servicio de salud. Esta idea fue creada e implementada por la alumna Jacquelin Chipkin (SIT 2014) y funcionó bien para los resultados y el análisis de los resultados.

Dos guías de preguntas fueron elaboradas. Una para los profesionales de salud y otra para la organización de sociedad civil.

Se puede ver el apéndice para el consentimiento informado, las guías de preguntas y la encuesta demográfica.

Las entrevistas incluyeron preguntas abiertas como:

- ¿Cómo se maneja el parto respetado en su lugar de trabajo? ¿Que valores se enfatizan en este modelo de atención?
- ¿Crees que la cesárea es un problema en la salud pública en la Argentina?
¿Por qué considera que es o no es un problema?
- ¿Hay factores (por ejemplo, su edad, número de hijos, estado civil, nivel educativo más alto que cursa/ó, el barrio en que vive, tipo de cobertura de salud) que influye en las preferencias de las mujeres en la visión de la cesárea y la visión del parto natural? ¿Hay algún factor que es más común en la CABA?
- ¿Cuánta influencia tienen las mujeres en la toma de decisiones de un parto?
- ¿Crees que las mujeres de CABA tienen acceso suficiente a información sobre los beneficios o riesgos del parto natural y la cesárea?
- ¿Hay obstáculos que enfrentan las mujeres al momento de dar a luz o con respecto al método de parto?
- ¿Cuáles ideologías o factores han llevado a la normalización de ciertos procedimientos en el día del parto? Me refiero concentradamente al aumento de cesáreas, la información que no reciben las mujeres, etc.
- En relación al parto, ¿qué lugar tienen las decisiones de las mujeres en un panorama donde el marco legal y las prácticas habituales entran en tensión?

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación no se comprometió con ninguna población vulnerable. Todos los entrevistados fueron expertos y profesionales de la salud o activistas de la sociedad de civil. Todos los entrevistados dieron su consentimiento informado antes de la entrevista. El consentimiento informó que la participación en las entrevistas es de carácter voluntario, completamente anónimo y confidencial, que sólo la investigadora y el tutor académico tendrán acceso a la información. Durante las entrevistas, los entrevistados tuvieron la opción de no contestar la pregunta si se sentían incómodos con el contenido de la pregunta. En cualquier momento, el participante tuvo el derecho de no participar en la investigación. Las entrevistas fueron semi-estructuradas para promover un espacio de conversación y prevenir un espacio con un desequilibrio de poder. En todo caso, los entrevistados tuvieron el papel de representantes de su especialidad.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación estuvo limitada por el número de entrevistas, el periodo de un mes y las condiciones no ideales para realizar una investigación (dado que el aislamiento decidido por los gobiernos para prevenir el contagio de COVID-19 supuso la imposibilidad de un trabajo de campo presencial). La condición virtual limitó a la población de entrevistados. En el plan original, se iba entrevistar mujeres que parieron en el último año junto con los profesionales de salud. Por una cuestión ética, no se pudo cumplir este deseo. El parto respetado, cuando no está cumplido por los profesionales de la salud, puede ser vinculado a la violencia obstétrica. En tales situaciones, no es ético hablar sobre experiencias traumáticas por la distancia. Es importante reconocer que para realmente entender el tema del parto respetado y el aumento de las cesáreas en Argentina se debe investigar el punto de vista de las mujeres y los profesionales de salud a la vez, ya que cada persona tiene un papel importante en el desarrollo del parto. Además, la interpretación del parto respetado y la opinión sobre la cesárea pueden diferir drásticamente entre ambas poblaciones. Sin embargo, no se puede verificar esta hipótesis hasta que se investigue. Futuros estudios deben enfocarse en incluir el punto de vista de las mujeres en Argentina, como el estudio de Agustina Mazzoni 2016, acerca del parto respetado. Los pensamientos y experiencias de las mujeres abrirán el tema del parto respetado y serán claves para generar cambios en las instituciones de Argentina. También, por la situación de aislamiento, el número de entrevistas fue limitado. Aunque solamente se realizaron seis entrevistas en total, hubo un número equitativo de participantes de ambos sectores. Sin embargo, las seis entrevistas brindaron una amplia representación de los profesionales de la salud acerca del parto respetado y la cesárea, ya que hubo una gran variedad de especialidades y tipos de profesionales.

MARCO TEÓRICO

LA MEDICALIZACIÓN DEL EMBARAZO

El término medicalización se refiere a dos procesos interrelacionados (Riessman, 1983). El primer proceso se refiere a la frecuencia de categorizar los comportamientos y condiciones normales con un significado médico. En otras palabras, los procesos se definen en cuadros patológicos en vez en un contexto social. El segundo proceso se trata de la reacción o resolución a las situaciones de los humanos. La medicalización pretende resolver, mediante la medicina, situaciones que son sociales. Hace referencia a un proceso social, un cambio, una transformación que convierte a la medicina en una estrategia biopolítica proveyendo una tecnología específica para el control del cuerpo social (La Valle, 2014). Debido a los avances científicos y tecnológicos, los eventos de la vida y los problemas de salud ahora se ven bajo una mirada clínica (Foucault, 1977).

Durante el desarrollo del campo de la ciencia, la mirada clínica fue admirada por la gente en posiciones de poder porque sirvió como una herramienta para controlar a las personas marginalizadas y avanzar el campo de la ciencia al mismo tiempo. Esto se vio claramente a fines del siglo XIX en los Estados Unidos. Ante las dudas del público sobre la respetabilidad y eficacia de la intervención masculina en la reproducción femenina, los médicos blancos realizaron procedimientos en mujeres negras esclavizadas y pobres que podrían haber sido socialmente inaceptables en las mujeres blancas de la clase media. La gran mayoría de las cesáreas se realizaron en mujeres afroamericanas en el momento en que la operación seguía siendo altamente experimental y generalmente fatal para la madre o el bebé, y a veces para ambos (Fett, 2002). Los experimentos de Montgomery reflejaron la problemática cuestión del consentimiento médico pero también expusieron las medidas que tomarían los médicos no solo para avanzar el campo de la medicina sino también para crear escenarios en su beneficio. El surgimiento del campo de la

obstetricia y ginecología llevó a solidificar las jerarquías de poder, el patriarcado y el racismo. Además, la creación del campo de medicina empezó un debate entre el conocimiento tradicional y el conocimiento "occidental." Aunque, ciertas costumbres fueron pasando de generación en generación y demostraron ser efectivas en el proceso de la curación (desde la perspectiva de la comunidad), las prácticas tradicionales fueron vistas como inferiores. La falta de una intervención con una persona "adecuada" o "profesional" llevó a poner los procedimientos médicos que se encuentran en el conocimiento occidental sobre los conocimientos tradicionales (Starr, 1982).

A través de los años, tales procedimientos y sistemas de poder que provienen de la medicalización han menoscabado los *conceptos fundamentales* que se necesitan para experimentar los mejores o peores momentos de la vida (un embarazo o una enfermedad crónica, por ejemplo) en lo que respecta al bienestar de una persona o una comunidad. El *respeto* y la *autonomía* del individuo en una condición de vulnerabilidad son dos ejemplos de los conceptos fundamentales que se han perdido por la presencia de la medicalización. Sin embargo, sería injusto decir que la medicalización no ha traído beneficios al mundo, ya que la intervención médica del cuerpo ha mejorado la longevidad de la vida humana y ha evitado que ocurran desgracias biológicas. Para la mayor parte de nuestra historia, el embarazo y el parto fueron peligrosos tanto para el bebé como para la madre. Los mejoramientos en la atención médica, la nutrición y la higiene significan que las muertes maternas son mucho más raras hoy en día. Sin embargo, las mujeres siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo que se pueden prevenir. La Organización de la Salud estima que más de 300.000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo en 2015 (Roser, 2013). Los avances en el campo de la medicina producidos por la medicalización, no justifican la inequidad e inhumanidad que se ve en el campo de la medicina.

A través de los años, las escritoras feministas (Ehrenreich y English, 1979; Dreifus, 1978; Frankfort, 1972; Ruzek, 1978; Seaman, 1972) han enfatizado que las mujeres han sido los objetivos principales en la expansión de la medicina. Se puede argumentar que las experiencias de las mujeres con el embarazo personifican el proceso de medicalización. Sin embargo, es importante distinguir que tanto las mujeres como los médicos han contribuido a redefinir las experiencias de las mujeres en categorías médicas. Hoy en día, el embarazo y el parto se consideran eventos médicos. No fue siempre así. Antes de la introducción de intervenciones médicas como la cesárea y la oxitocina, los partos eran naturales; el bebé nacía por el canal vaginal y en el tiempo biológico de la mujer. Las personas involucradas no eran médicos como el obstetra y el ginecólogo sino mujeres llamadas parteras. Las parteras, junto con una red de parientes y amigas, brindaban apoyo emocional y asistencia práctica a las mujeres embarazadas tanto durante el parto como en las semanas siguientes. A lo largo de un período de más de un siglo, el "nacimiento socializado" fue reemplazado (Wertz y Wertz 1979). El lugar de atención pasó de la casa al hospital. El personal que atendió cambió de parteras mujeres a médicos varones. La atención brindada a las mujeres cambió de enfoques no intervencionistas a enfoques basados en la tecnología y las drogas. El significado del parto cambió de una experiencia humana a un problema médico-técnico. Sin embargo, la intervención médica no se debe categorizar como necesariamente mala o llena de injusticia, porque en muchos casos se requiere para salvar las vidas de la madre y el bebé. Sin la implementación de estos cambios, habríamos visto tasas altas de mortalidad materna-infantil. De todos modos, es importante reconocer que la transición y la aceptación de la medicalización nos ha puesto menos en contacto con nuestras raíces, y ha traído consecuencias para el bienestar de la mujer.

¿Intervenir o no intervenir? Los beneficios y riesgos de la intervención

La intervención es definida como una “medida tomada para prevenir o tratar una enfermedad o para mejorar la salud de otra forma. El término se emplea para describir el proceso o la acción en la cual se centra un ensayo clínico.” Para asegurar un parto “seguro”, un modelo biomédico se asocia con el parto, que a menudo incluye episiotomías, parto inducido y cesáreas. Cuando es necesario, la intervención médica es importante para salvar la vida de la madre y de la/el hija/o. La definición de intervención se basa en la suposición de que la condición de una mujer es patológica o relacionada con una enfermedad. Sin embargo, cuando una mujer tiene una historia de salud sin complicaciones, la intervención médica no debe ser fomentada por los profesionales de salud ya que puede traer complicaciones a largo plazo. En una investigación sobre la incidencia e indicaciones de cesáreas, se usó información del servicio de tocoginecología de un hospital en Corrientes, Argentina para observar que de 1.229 pacientes el 80,75% de las indicaciones fueron sin patologías asociadas y el 19,25% con asociación de algunas patologías (Abreo, 2011). Las patologías maternas de mayor incidencia fueron la diabetes y la hipertensión arterial, dos patologías que se pueden prevenir. Es importante tomar estas tasas en cuenta porque el nacimiento por cesárea tiene la posibilidad de poner en riesgo el bienestar de la madre y el/la bebé. El nacimiento por cesárea incrementa la morbilidad neonatal y materna (Tita, 2009), sobre la base de una mayor morbilidad respiratoria, principalmente si nacen antes de la semana 39 (Villar, 2006), y también un mayor número de recién nacidos por cesárea ingresan a cuidados intensivos aún en situaciones de bajo riesgo perinatal para la madre y el feto (Ceriani, 2010).

Hoy, la intervención médica puede ocurrir por razones de deseo y no de necesidad. Por ejemplo, para evitar el dolor que ocurre en el proceso de parir, las mujeres pueden decidir que una cesárea

es mejor para ella en vez de un parto natural. También, una intervención más pequeña como el uso del epidural puede ser deseada por la mujer para disminuir el dolor. La intervención cuando es deseada por la mujer debe ser reconocida y cumplida si no hay riesgos para ella o el bebé. A veces, puede haber riesgos a largo plazo y ningún riesgo al instante. En cualquier caso, esto debería ser comunicado con la madre antes de tomar la decisión. Con o sin intervención, se debe erradicar la idea de que la fertilidad, el embarazo y el parto son una enfermedad (OMS, 1985). La medicalización no necesaria y sin el consentimiento de la mujer, perpetúa la patologización del nacimiento.

LA SITUACIÓN LEGISLATIVA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ARGENTINA

No muchos países tienen leyes dedicadas a los derechos de la mujer. Argentina es uno de los pocos países que ha tomado la decisión legislativa de proteger a la mujer. Argentina cuenta con dos textos legales relacionados con los derechos de la mujer y la violencia obstétrica. Cada uno de ellos se complementa con su respectiva reglamentación. El primero de esos textos legales es la ley 25.929, de 2004, conocida también como Ley de Parto Respetado (Ley 25.929, 2004). Aunque no define qué se entiende por violencia obstétrica, establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Entre ellos se mencionan “los 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, cautelando su intimidad y considerando sus pautas culturales, a ser considerada una persona sana, al parto natural, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y otros que tienden a asegurar su autonomía jurídica” (Artículo 2° de la Ley 25.929, 2004). Esta ley es complementada por un reglamento, que prescribe

las acciones que deberá ejecutar el personal de salud a objeto de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley de Parto Respetado. Es importante reconocer que la introducción de una ley que fomenta prácticas respetuosas expone la realidad de que no todos los nacimientos se realizan para la mejor conveniencia de la madre. *El Parto Respetado* debería ser el único tipo de parto que hay para las mujeres. El hecho de que hay instituciones y profesionales de la salud que no realizan *partos respetados* muestra las grandes inequidades y el desequilibrio del poder que están presentes en el campo de medicina y las vidas de las mujeres en Argentina. Además, el nombre de la ley puede crear cierta incertidumbre sobre el significado de la ley. En su contexto completo, la ley describe los derechos que tiene la mujer en el embarazo, no solo en el parto. El nombre de la ley como *Ley de Parto Respetado* tiene la posibilidad de condicionar a la gente a pensar que el momento donde la embarazada requiere el mayor respeto y autonomía es en el parto. Sin embargo, eso no es cierto; las mujeres requieren que sus derechos se cumplan en cualquier momento del embarazo.

El segundo de esos textos legales es la ley 26.485, de 2009, ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Este texto define las diferentes modalidades de violencia de género. En cuanto a la violencia obstétrica, la define 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” (Artículo 6°, letra e), de la Ley 26.485, 2009). El reglamento que complementa este texto legal define trato deshumanizado como “el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y

postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no” (Artículo 6º, letra e), de la Ley 26.485, 2009). En definitiva, las iniciativas normativas y de políticas públicas tendientes a erradicar la violencia obstétrica y asegurar un parto humanizado no han logrado “fisurar y hacer tambalear una cultura organizacional que violenta los Derechos de las Mujeres, su hijos/as y sus familias”, ni “han cambiado las rutinas mecanizadas, acriticas, medicalizadas y centradas en prácticas instrumentales que van a contrapelo de las Guías internacionales y nacionales” (Morrone, 2016).

LA MUJER Y UN VISTAZO A LA REALIDAD

La preferencia del método del nacimiento de las mujeres

Las tasas de cesárea han aumentado de manera constante en la mayoría de los países de medianos y altos ingresos en los últimos decenios sin justificación médica. La solicitud materna es uno de los factores no médicos citados con frecuencia que contribuyen a esta tendencia. Aunque esta investigación no se va a enfocar en las opiniones y experiencias de las mujeres en Argentina, es importante brindar atención a estudios anteriores que han investigado la preferencia del método del nacimiento de las mujeres. En un estudio de cohorte publicado en 2016 y efectuado en 2 hospitales públicos y 3 clínicas privadas de Buenos Aires, Argentina, a 382 mujeres embarazadas nulíparas sanas con edades de 18 a 35 años, mostró que solo el 8% en el sector público y el 6% en el sector privado expresaron su preferencia por la cesárea. El miedo al dolor y la seguridad eran las razones más frecuentemente expresadas para preferir la cesárea. De las mujeres que expresaron su preferencia por el parto vaginal el 34% y el 40% terminó su embarazo por cesárea en los hospitales públicos y privados, respectivamente (Mazzoni, 2016). Este estudio sostiene que la preferencia materna por cesárea es baja. Según este estudio, la tasa de nacimientos por cesárea

tiene poca relación con la preferencia materna. Sin embargo, el estudio tuvo una pequeña muestra de mujeres y usó una técnica de muestreo por conveniencia. Por estas razones, el estudio no puede explicar por sí mismo la tasa grande de cesáreas en Argentina. El hecho de que no haya muchas investigaciones sobre la preferencia del método de nacimiento de la mujeres en Argentina complica el entendimiento del aumento de la tasa de cesárea en Argentina.

¿La ‘cesárea innecesaria’ como consecuencia de la medicalización?

La operación cesárea (OC) es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina (Mena, 2005). La tasa de cesáreas es considerada un indicador de buena práctica clínica al relacionarse con el buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto (OMS, 2015). A través de los años, la tasa de cesáreas ha crecido drásticamente.

En 2005, la investigación de la OMS evaluó la asociación entre el parto por cesárea y el resultado del embarazo al nivel institucional, ajustado por la población embarazada y las características institucionales (Villar et al., 2005). Fue parte de una encuesta mundial de la OMS de 2005 sobre la salud materna y perinatal. Se evaluó la salud materna e infantil por un método de muestreo aleatorio estratificado que incluyó 24 regiones geográficas en ocho países de América Latina. Se obtuvieron datos individuales para todas las mujeres admitidas para el parto durante 3 meses a 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente de 410 instituciones identificadas. También se obtuvieron datos a nivel institucional. Con los datos de más del 91% de los partos, se descubrió que la tasa media de cesáreas para las regiones encuestadas era de 33%, y las tasas más altas fueron observadas en los hospitales privados. A través de metodologías alternativas, la investigación confirma la alta tasa de cesárea y la tendencia creciente en América Latina.

En el artículo Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires se comprueba la elevada tasa actual de nacimientos por cesárea en Argentina (Findling et al., 2011). Para la investigación estadística, se obtuvieron datos sobre el número de cesáreas en 137 países, que representaban aproximadamente 95% de los partos mundiales de ese año. Países con tasas de cesárea más altas de 15% se consideraba que mostraban un uso excesivo. En Argentina, en 2008, la tasa de cesárea era de 35,2%. Por consiguiente, según esta línea de corte, se estimó que este porcentaje se traduciría en 139.178 cesáreas innecesarias. Acumulativamente, se calculó que en 2008 casi 6,20 millones de mujeres recibieron mundialmente cesáreas innecesarias. Esta fuente identifica y cuantifica el tema de la cesárea innecesaria en la Argentina y el mundo. Además, en una encuesta realizada por La Organización feminista Las Casildas, se encontró que “4 de cada 10 mujeres que les realizaron cesáreas, no fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su bebé” (Observatorio de Igualdad de Género, 2018). Esto refleja cómo las mujeres no están en control total sobre la situación y por esta razón puede haber involucrada alguna forma de manipulación.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos en la siguiente página se obtuvieron por la encuesta demográfica que fue administrada para esta investigación.

Caracterización socio-demográfica de los entrevistados

Seis profesionales de salud fueron encuestados (uno está involucrado con la organización de la sociedad civil y fue entrevistado junto con su pareja que se define como activista pero no como profesional de salud). En total, fueron siete entrevistados/as: dos organizadores/activistas y seis profesionales de la salud (una persona fue asociada en ambas categorías).

- Sexo: Cinco de los entrevistados eran hombres y dos eran mujeres.
- Edad: Tres de los siete (3/7) entrevistados tenían mas de 56 años. Tres de los siete (3/7) entrevistados tenían entre 36 y 45 años. Uno de los siete (1/7) entrevistados tuvo entre 46 y 55 años.
- Profesión: Una enfermera (1/7), un médico obstetra (1/7), un tocoginecólogo/ médico legista (1/7), dos neonatólogos (2/7), un partero (1/7) y un miembro de la organización de la sociedad civil (1/7).
- Sectores del empleo: Los profesionales de salud trabajan un promedio de 32.8 horas por semana en el sector privado y 30 horas en el sector público. Dos de los seis profesionales de la salud (2/6) trabajan solamente en un sector (el sector privado). Cuatro de los seis profesionales de la salud (4/6) trabajaban en ambos sectores o en un lugar que no sea su lugar de trabajo principal. Por ejemplo, un profesional trabaja 40 horas en el sector público, 8 horas en el sector privado y 4 horas en una universidad cada semana. Otro profesional de

la salud trabaja 30 horas en el sector público y también da 20 horas cada semana en la atención de los partos planificados en domicilio.

- Antigüedad: 5/6 de los/las profesionales tenían más de quince años de experiencia en la medicina. 1/6 de los/las profesionales tenía entre once y quince años de experiencia en la medicina. La/el organizador/a de la sociedad civil tenía entre 6-10 años de experiencia con la organización.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

LA INTERPRETACIÓN DEL PARTO RESPETADO

“Bueno, ahí va mi batalla personal”, dijo el neonatólogo. Tal como se mencionó, la Ley del Parto Respetado es clara en algunas expectativas de los derechos de la mujer durante el nacimiento y el embarazo, pero el término lleva a enseñar las divisiones entre las instituciones y la inequidad que puede haber en lo que respecta al tratamiento de la mujer durante el embarazo. El neonatólogo continuó diciendo:

Digamos que entiendo el término, pero me parece que es un término injusto. Creo que todos los partos por donde trabajo yo son respetados. Creo que globalmente o popularmente se llama parto respetado. Creo que definen el parto respetado a nivel, digamos popular a darle lugar a los deseos de la mujer embarazada y su pareja o su acompañante, a la participación en la toma de decisiones, en la elección en el método del parto, a la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, a no ser invasivos en procedimientos innecesarios con respecto a la mujer o al recién nacido. Es lo que llaman el parto respetado, que nosotros hace muchos años, que lo hago igual, sin llamarlo respetado. (Neonatólogo)

La Ley del Parto Respetado indirectamente reconoce el daño que ha ocurrido en el pasado cuando los derechos de la mujer fueron violados o no protegidos por las personas asistiendo el nacimiento o el embarazo completo. Aquí, vemos que aunque el neonatólogo tiene un problema con el término, él tiene confianza en el trabajo que hace y el trabajo que los demás hacen en el lugar donde trabajan. El problema que tiene el neonatólogo es que “el parto respetado debe ser el parto”. En otras palabras, todos los partos deben ser respetados. Al profesional de la salud le enoja que actualmente la situación no es así, pero a través de la entrevista reconoce que cada profesional de salud va actuar en la manera en que él o ella quiera y al final del día, las acciones de las personas mostrarán el tipo de profesional de salud que es. Este pensamiento mencionado por el profesional de la salud lleva preguntar ¿cómo en verdad sabemos si se están cumpliendo los derechos de la mujer? Si hay una ley, pero no hay control de la ley. Todavía existen barreras y una brecha entre lo que dice la ley, lo que conocen los profesionales y lo que practican en las instituciones.

Los miembros de la organizadores de la sociedad civil argumentan que la ley no es suficiente porque no toma en cuenta las diferentes circunstancias que pueden venir con ella. Las generalizaciones que se encuentran en la ley hacen que la posición de la mujer se disminuya ya que el resultado del embarazo, además de los eventos biológicos, depende en el comportamiento del profesional y si en verdad respetan los deseos y derechos de la mujer. El miembro de la organización dijo:

Nosotros definimos el parto respetado como la absoluta garantía de los derechos y el ejercicio de la soberanía de la mujer en cualquier situación, en cualquier circunstancia, digamos en Argentina. Si bien tenemos una ley que marca lo que sería esto del parto respetado, lo que nosotras notamos es que no, *no se logra llegar a una definición*. No son las personas. No entienden de qué estamos hablando. No, inmediatamente se lo asocia, por ejemplo, si estamos hablando de un parto en casa o un parto en institución. Si estamos hablando de un parto o de una cesárea, si es que estamos hablando de un parto en el que hay intervenciones o en el que no hay intervenciones, o si estamos hablando de un parto de bajo riesgo o de alto riesgo, no sé, como que siempre se está mirando cuestiones ajenas al protagonismo. Las mujeres estamos mirando el escenario, estamos mirando la práctica médica, estamos mirando la vía, el nacimiento o las condiciones obstétricas. Pero esa mujer, como centro y protagonista de esa escena, no se la ve. **O sea, las mujeres seguimos siendo invisibles en la ley.** Incluso con profesionales que dicen ‘yo quiero hacer partos respetados’. En ese contexto, las mujeres seguimos siendo invisibles y mientras las mujeres no seamos visibles y no ocupemos el centro y la soberanía de ese derecho, no podamos entender lo que es parto respetado. Entonces para nosotras, si el parto respetado tiene que ver eso con la mujer en el centro, tomando decisiones, siendo soberana de su cuerpo y como en el cumplimiento de sus derechos, nosotras tenemos una visión distinta como organización de lo que pueden tener otras miradas de las instituciones. En las instituciones se suele equiparar parto respetado a un trato humano. (Miembro de la organización de la sociedad civil)

El miembro de la organización en su interpretación de la Ley del Parto Respetado menciona la invisibilidad como uno de los grandes factores que impide los derechos necesarios de la mujer. Aunque la ley dice que va proteger a la mujer durante el embarazo, la mujer tiene que ser escuchada para que los demás sepan cómo la pueden proteger y asistir durante el embarazo. Según la organizadora, estructuralmente, hay una desconfianza entre la mujer y los profesionales de salud

porque aunque los profesionales dicen que quieren hacer partos respetados, no dejan que la mujer sea la protagonista. La invisibilidad se puede relacionar al acto de objetivar el cuerpo de la embarazada; donde el embarazo se trata de los procedimientos médicos y no de bienestar completo de la mujer. Los profesionales de la salud pueden tener el objetivo de realizar un parto respetado pero si no hay comunicación adecuada y profunda entre él o ella y la embarazada, entonces no hay un parto respetado. La visión del parto respetado viene de lo que desea la mujer.

Sin embargo, sí hay profesionales de la salud que piensan de la misma manera en lo que respecta al modelo de salud donde la mujer esta en el centro como protagonista del embarazo. En la entrevista con la enfermera, ella dijo que:

Creo que parto respetado es de poner a la mujer como protagonista de su parto y acompañarla, no es dejarla sola y que ella tenga sola, sino es poder acompañarla dándole seguridad y sin intervención innecesaria. Pero es que ella sienta que es la protagonista. Yo tengo una presentación con la que damos los talleres, donde hay un médico que está cruzado de brazos mirando la escena del papá, la mamá y bebé durante el contacto piel a piel. Y creo que es eso lo que los profesionales tenemos que aprender a corrernos un poquito, a mirar sin intervenir, pero estar por si algo se sale de la normalidad y se necesita nuestra ayuda. Respetarla es respetar la decisión de esa familia. (Enfermera)

La interpretación de la enfermera ubica a la mujer como protagonista y los profesionales como ayudantes durante el proceso del embarazo. En esta descripción de cómo debe ser el parto respetado, la enfermera reconoce los diferentes papeles de cada persona, y reprende las jerarquías de poder que normalmente están en el campo de la medicina. Ella presenta el concepto de desaprender y aprender con el reconocimiento de que los profesionales han sido condicionados para intervenir. La enfermera sugiere que los profesionales de la salud deben aprender a mirar y capturar el momento en lugar de intervenir y robarle ese momento a la madre. Sin embargo, nos hace entender que puede aparecer una situación crítica donde se requiere la intervención médica. Esta descripción enseña las debilidades de la forma de atención actual, pero nos da esperanza a la

vez. La respuesta mezcla los aspectos sociales y médicos mientras se mantiene la importancia de poner la embarazada en el centro. Otros profesionales de salud dieron respuestas con ejemplos similares a los que mencionaron los profesionales de salud anteriores:

El parto respetado es el nacimiento que elige fundamentalmente la madre en base a sus derechos de asistencia y asistencia de ella y de su recién nacido en ese momento, o sea, la madre puede requerir ciertas condiciones para el nacimiento de su hijo y para su atención, y creo que el sistema de salud, en ese caso tiene que respetar esos derechos en el momento del nacimiento. (Medico obstetra)

Esta respuesta dada por un medico obstetra se enfoca principalmente en la decisión del tipo de nacimiento y las condiciones ideales para la mujer y su hijo/a. Él presenta la idea de que las necesidades y preferencias de la mujer puede contradecir las opiniones que tienen los profesionales de la salud. Sin embargo, los derechos de la mujer, en el momento del nacimiento, deben ser respetados. El médico obstetra no menciona el tipo de comunicación que está presente en la relación entre la embarazada y el profesional de la salud (por ejemplo, si tiene suficiente información para tomar esa decisión) y tampoco incluye el concepto de “la embarazada como protagonista” en su interpretación del parto respetado. Es posible que su papel como médico obstetra lo llevó a pensar solamente del nacimiento.

Sin embargo, hay profesionales de la salud que tienen un rol menos invasivo y piensan que la Ley del Parto Respetado se debe ver en encuentros más allá del día de nacimiento:

Yo entiendo por parto respetado donde se permita la decisión de la mujer que va a parir en cuanto a decidir qué es lo que va a ocurrir con su cuerpo, con su nacimiento, con su acompañamiento por quien ella decida, por la no intervención, por la espera, por la escucha. Una mujer que está en situación de parto debe ser escuchada, atendida e informada fundamentalmente de todo lo que va a ocurrir o puede ocurrir, incluyendo las complicaciones que puedan ocurrir desde el momento que comienza su asistencia desde el control prenatal. (Neonatólogo)

La interpretación del neonatólogo reconoce que la Ley del Parto Respetado se extiende en todas las etapas del embarazo y no solamente en el día del parto. Este neonatólogo enfatiza la comunicación como un valor en la relación entre la madre y el profesional. Directamente, expresa

que es importante brindar toda la información posible a la embarazada, hasta información que a lo mejor no va necesitar, pero si la situación del embarazo cambia, la mujer estará preparada. También hace la distinción a darle información desde el control prenatal sobre las diferentes complicaciones que puedan ocurrir. En tales situaciones, las mujeres pueden tomar decisiones educadas sobre los próximos pasos y permanecerá tranquila porque estará bien informada de lo que podría suceder. Este neonatólogo les da a las mujeres la visibilidad que merecen durante el embarazo. Reconoce que ellas tienen el derecho de tomar decisiones sobre su cuerpo y que la relación debe ser recíproca. Como a los profesionales les gusta ser escuchados, también a ellas les gustaría ser escuchadas y reconocidas.

En síntesis, los profesionales de salud junto con los miembros de la organización tuvieron interpretaciones variadas sobre el parto respetado, y en general podemos ver que no hay una definición clara del parto respetado.

El cumplimiento de la Ley del Parto Respetado: ¿una responsabilidad individual, de las instituciones sanitarias, o del país?

La Ley del Parto Respetado prescribe las acciones que deberá ejecutar el personal de salud a objeto de dar cumplimiento con los derechos de la mujer. La ley promueve la protección de las mujeres durante el embarazo, pero no establece claramente quien debe garantizar que las acciones estén cumplidas por los profesionales de salud. Los entrevistados expresaron diferentes opiniones hacia la responsabilidad del cumplimiento de la Ley del Parto Respetado. Un neonatólogo dijo que:

Creo que depende mucho de la persona, más allá del sistema de salud, depende mucho la persona de lo que te dedicaste, de lo que te enseñaron, de lo que fuiste permeable para aprender, de las ganas que tienes de aprender, lo que te dedicas a seguir actualizándose y lo que quieres hacer.

En este punto de vista, el neonatólogo piensa que depende de uno para cumplir las expectativas de la Ley del Parto Respetado. Las acciones que un profesional de la salud realiza reflejan el tipo de entrenamiento que recibió y también el tipo de persona que es. Para ser un profesional de salud bien informado y con una buena base de ética, el o ella debe continuar a educarse y fijarse si está cumpliendo con lo que ella o él piensa que es correcto. En cierto sentido, esto podría ser un desafío ya que todos los profesionales de salud pueden tener sus propios pensamientos, los cuales no siempre se alinearían con las necesidades y deseos de la embarazada. El mismo neonatólogo expone que:

Yo estoy acostumbrado a trabajar así [a respetar todos los partos]. Pero te digo, somos la excepción. Más del 99 por ciento de las instituciones trabajan de otra manera... Mirá, te puedo decir por qué nosotros por lo menos elegimos trabajar así, porque creemos que es la mejor manera, porque creemos que sigue siendo una manera segura, vemos que no solamente respetamos, digamos los derechos del paciente, los derechos de las mujeres y los recién nacidos, sino que creo que nos hace mejores médicos y mejores personas trabajar así." (Neonatólogo)

En este contexto, el neonatólogo afirma que no todos los profesionales de la salud trabajan con la responsabilidad de respetar a la embarazada y garantizar sus derechos. Él expone que no es común ver a la Ley del Parto Respetado en práctica. No sabe por qué las demás instituciones no trabajan así pero dice que en el sanatorio donde el trabaja, hay la filosofía de respetar. Además, le da afirmación saber que la forma en que ellos trabajan hace que sean mejores médicos y mejores personas. De forma similar, el tocoginecólogo y médico legista dijo que:

Desde el primer momento nos basamos en algunos pilares fundamentales y básicamente el más importante fue el de maternidad, segura y centrada en la familia. Ese fue el pilar en el cual empezamos a trabajar. (Tocoginecólogo/Médico legista)

La maternidad donde el tocoginecólogo y médico legista trabaja fue creada en los pilares fundamentales de la seguridad y el trabajo centrado en la familia. En esta misma entrevista, el tocoginecólogo y médico legista mencionó que la creación de la maternidad fue complicada porque la práctica médica de la maternidad fue considerada anormal o fuera de lo común. Sin embargo,

la maternidad creció y sigue reconocida como la maternidad que cumple el parto respetado. En esta maternidad, se cumple el parto respetado porque la maternidad se basa en ese principio. Los profesionales de la salud se sienten responsables a cumplir con el parto respetado porque es la única manera que trabajan allí. También, el tocoginecólogo y médico legista aclaró que las personas que trabajan en la maternidad deben tener los principios grabados en su sistema de creencias. Aunque hay instituciones como la maternidad que fueron creadas en los pilares necesarios para garantizar el parto respetado, hay un movimiento creado por la nación para promover el parto respetado y la información necesaria para la mujer. Sin embargo, hay ciertas limitaciones como las que menciona la enfermera:

Allí en muchos lugares se está dando la preparación integral para la maternidad, que son cursos previos al nacimiento, al parto, donde a la mujer se le explican y se le cuenta cómo van a sentir las contracciones y se le enseña para ese momento. Y también tienen preparación para la lactancia. **Pero estos cursos no los dan de manera central** el Ministerio de Salud, sino que los debería dar cada institución si se aconsejan desde el Ministerio de Salud, pero es algo que cada institución debe implementar. (Enfermera)

La enfermera habla sobre los cursos integrales que brindan las instituciones a través del Ministerio de Salud. La importante aclaración que hace la enfermera es que las instituciones son las que deciden si quieren implementar los cursos. Entonces, las instituciones tienen la autonomía para decidir cómo quieren ver el parto respetado o cómo entienden ellos el parto respetado.

En lo que respecta al cumplimiento de la Ley del Parto Respetado, hay claramente una batalla entre las instituciones, los profesionales de salud, y el Estado. No existe una entidad que refuerce el comportamiento que un profesional debe poseer para cumplir con la Ley del Parto Respetado. Entre instituciones, varía. Aunque hay instituciones que fueron creadas con la filosofía de tener a la mujer y su familia en el centro, hay instituciones que no funcionan de la misma manera.

LAS FALLAS DEL SISTEMA DE LA SALUD

La falta de recursos y personal de la salud en ambos sectores

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 del personal de salud y los recursos disponibles en las instituciones. Cuando se pregunto, ¿Cuales son los grandes obstáculos que enfrentan las mujeres durante el embarazo o al momento de dar a luz?, el Médico Obstetra respondió:

Nosotros tenemos un principal obstáculo que tienen las mujeres en toda la Argentina es *la falta de accesibilidad a un hospital o a una maternidad segura en Argentina*. En todo el contexto te hablo, no habrá aproximadamente un 30 por ciento de maternidades que cumplen con las medidas de seguridad. Esa es una de las principales inconveniencias que tienen. El segundo es *la accesibilidad a anestesia en el parto*, pero no en todos los lugares, fundamentalmente en los lugares públicos. Las mujeres no acceden a anestesia en el parto, sí acceden en los lugares privados, como te nombré en los centros y en los grandes centros de Buenos Aires y de las grandes ciudades de Argentina. Pero sí todas las mujeres acceden, digamos, a un cuidado de una maternidad y controlada, acceden a controles prenatales de todas las mujeres, acceden al laboratorio y acceden a un tipo de red de conexión. Ahora no todas. En Argentina, no importa si tienes seguro, todos van a acceder a un nivel de atención, pero depende dónde están ubicados, en qué parte de la Argentina están ubicadas. Si estás ubicado en un gran centro urbano, lo más probable es que tengas accesibilidad a un montón de. Por ejemplo, la ciudad de Buenos Aires tiene 15 maternidades públicas que son de excelente nivel. Más otro tanto en maternidades privadas que son también de excelente nivel, inclusive de lujo. En cambio, si vos te vas a un área rural, las mujeres no tienen ni siquiera maternidades, ni [en las instituciones] públicas y privadas. Tienen pequeños hospitales, pequeños lugares. Los partos no se hacen en las mejores condiciones. Ese es un tema de accesibilidad que tiene la Argentina, como el resto de Latinoamérica, que no condice a veces con el gasto en salud que hay en Argentina. Por lo tanto, en Argentina hay un programa que está desarrollado desde el Ministerio de Salud que se llama Regionalización Sanitaria y Perinatal. ¿Para qué? Para lograr que esos partos y esos chicos, esos niños, nazcan en maternidades seguras. (Medico obstetra)

Los dos obstáculos que menciona el Medico obstetra son la accesibilidad a un hospital o una maternidad segura en Argentina y la accesibilidad a anestesia en el parto. En esta respuesta, el Medico obstétrico presenta la inequidad en Argentina. Aunque la accesibilidad a un hospital o una

maternidad segura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no es un obstáculo, las mujeres ubicadas en otras provincias menos desarrolladas no tienen los mismos recursos. Cada mujer tienen el derecho a la salud, pero las condiciones del tipo de atención puede variar dependiendo de dónde vive. En estos casos, el parto respetado no es cumplido porque las mujeres no tienen opciones. Están forzadas, por la falta de recursos, a experimentar un parto que no se ajusta a su visión original. Además, en condiciones no adecuadas, la violencia obstétrica puede aumentar. También habla el Médico obstetra sobre el problema del acceso a un anestesiólogo al momento de dar a luz. Una cantidad limitada de anestesiólogos es un problema serio ya que puede inhibir los deseos de la mujer y llevar a situaciones donde el cuerpo de la mujer se trata según el interés del médico. La enfermera agrega con más detalle cómo puede ser esto:

Escuché algunos médicos que ellos tienen anestesiólogos tres veces por semana. Entonces, si hay una mujer que está en el trabajo de parto y cuando ya se va a acercar la hora de que las anestesiologistas se tienen que ir y no van a volver hasta dentro de dos días, prefieren hacerle una cesárea porque después no saben si va a haber alguna complicación o algo. No van a tener la posibilidad de tener un anestesiólogo. Eso también me parece una locura, porque uno debería ir a una institución donde ocurren nacimientos. Debería tener un anestesiólogo que esté accesible y que pueda concurrir. (Enfermera)

El acto de hacer una cesárea porque no hay certeza de que un médico estará presente es un problema muy grande. El embarazo progresa al tiempo biológico de la mujer. A veces, hay complicaciones antes de “la fecha de nacimiento” y se requiere intervención médica. Sin embargo, hacer una cesárea innecesaria por la falta de personal de la salud es injusto. La intención se basa en el control del nacimiento. Las mujeres a menudo corren en el tiempo de los médicos y no en el tiempo de su propio cuerpo. En estos momentos, se aprovecha la confianza que una mujer tenga por el equipo de salud y se hace que acepte una decisión que se podría prevenir.

La falta de recursos necesarios en las instituciones de salud, como el número de anestesiólogos puede traer grandes consecuencias en el bienestar de la mujer y el bebé y puede impedir la

ejecución de un parto respetado. Además, es situaciones donde hay una falta de recursos, la violencia obstétrica puede surgir.

Las consecuencias de la insuficiente información

El acto de brindar información a la mujer durante su embarazo es importante porque puede influir las decisiones que ella toma en respeto al nacimiento o las condiciones del embarazo. A través del tiempo, la situación del embarazo puede cambiar por razones biológicas o sociales. Sin embargo, la información es la clave para tener una relación sana entre la embarazada, su familia, y el equipo de salud. Entre los entrevistados, hubo dos distintas posiciones respecto a la información que consigue la mujer durante su embarazo. La primera fue que las mujeres no tienen suficiente información sobre los beneficios y riesgos de su embarazo:

Creo que hay poca información. No creo que tengan la suficiente. Creo que eso lo puede manejar el profesional a su conveniencia. Y eso es lo peligroso, no porque la mujer se entrega a un proceso seccional. Y de alguna manera creen en su palabra y el profesional a veces solo lo usa de forma malintencionada, no brindándole toda la información para que ella pueda decidir bien formada. (Enfermera)

Esta Enfermera cree que las mujeres no tienen suficiente información. Según ella, la falta de información puede ser peligroso porque los profesionales de la salud la pueden usar a su conveniencia. La información se trata como una herramienta de poder entre la mujer y el profesional de la salud. A veces, los profesionales les dan información, pero está sesgada. Esto lleva a que la mujer tome decisiones que le beneficia al profesional y no a ella. Aunque ella piensa que está tomando la mejor decisión, a veces no lo es. La posición del profesional ayuda mucho en este proceso injusto porque las mujeres piensan que están los profesionales de la salud para proteger las. No todos los profesionales de la salud son así, pero es importante reconocer que sí pasa. Esta opinión fue compartida con el miembro de la organización de sociedad civil:

No, no, no, y no solamente no tenemos información suficiente, sino que no se nos dé esa información también es una cuestión política, digamos, no es un error del sistema. No es que se les olvidó informarnos. Las mujeres tenemos no solamente muy poca información sobre nuestros derechos, sino que desconocemos absolutamente cómo es el proceso fisiológico del parto. Hasta ahí llega nuestra desinformación. No sabemos muy bien cómo es. ¿Qué es lo que va a pasar en nuestro cuerpo a nivel fisiológico? De lo que sí sabemos las mujeres es de todas las intervenciones que nos van a hacer. (Miembro de la organización de sociedad civil)

En esta respuesta, la miembro de la organización de la sociedad civil hace una importante aclaración. La aclaración es entre el conocimiento de los derechos de la mujer y el conocimiento del proceso fisiológico del parto. En ambas situaciones, la miembro dice que las mujeres no tienen suficiente información. Es importante preguntar, ¿cuando debe empezar a darse conocimiento sobre los derechos y el proceso fisiológico? En la entrevista con el Neonatólogo, él mencionó que la información debe ser brindada en las escuelas. Muchas de las veces la información sobre la reproducción y los derechos de la reproducción no se distribuye. Durante el embarazo, la mujer abre una puerta a aprender nuevas cosas sobre ella y su cuerpo. La información es poder y tiene la posibilidad de cambiar el resultado de una situación. El médico obstetra piensa de forma diferente:

Si se tiene mucha información y tienen mucho acceso a todo tipo de, por lo menos hablo de Buenos Aires, no en otras áreas de la Argentina. (Medico Obstetra)

En CABA, las mujeres tienen condiciones mejores a lo que se respeta al embarazo. Como médico obstétrico, él está presente durante el tiempo del nacimiento. Esta respuesta nos dice que las mujeres sí saben lo que les va a pasar durante el embarazo. Pero, en el caso del embarazo, ¿es la información suficiente para prevenir la violencia obstétrica, por ejemplo? La miembro de la organización de sociedad civil ataca esta opinión diciendo:

Yo puedo ser muy informada y eso me va a permitir generar ciertas maniobras. Pero finalmente la violencia obstétrica no la ejerzo yo como mujer. Entonces hay mujeres que entran a las salas de parto o eligen con mucha información y sin embargo, la violencia obstétrica les pasa por arriba. (Organizadora)

En muchos casos, el acceso a la información puede ayudar a la mujer a tener el parto respetado que ella desea. Sin embargo, según la muestra, la violencia obstétrica no discrimina y puede afectar hasta a la mujer más informada de su cuerpo y su embarazo. En esta respuesta, lo que se expone es el desequilibrio de poder entre la embarazada y el profesional de la salud. La mujer no elige la violencia obstétrica, sino se le inflige la violencia obstétrica.

La información sobre el embarazo, los derechos de la mujer y el cuerpo de la mujer es importante para prevenir injusticias en el campo de medicina y crear el parto respetado que la mujer desea. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados mencionaron que las mujeres no tienen suficiente información sobre los beneficios y riesgos de los métodos de nacimiento y su embarazo. Aunque un profesional dijo que las mujeres sí tienen información suficiente, la información a veces no es suficiente para combatir la violencia obstétrica.

LOS CAMBIOS A TRAVÉS DE LOS AÑOS

Desaprender y aprender nuevos comportamientos como profesionales de la salud

A través de los años, se ha visibilizado a la mujer y la violencia obstétrica que puede enfrentar. La visibilización de la mujer y la introducción de la Ley del Parto Respetado han producido cambios en el campo de medicina. Los cambios se basan en lo teórico y el aprendizaje de el tratamiento de la embarazada:

Creo que tuvimos que desaprender muchas cosas de lo aprendido. El currículo de pregrado en la Argentina no incluye todos estos temas y creo que ahí es donde tenemos que ir trabajando, poniendo la semilla para poder cambiar las formas de asistir a las mujeres realmente y a su familia. Realmente pensando que los protagonistas en esta situación de parto son ellas, tenemos que correr los médicos del lugar del protagonismo. Esta comunidad médica hegemónica que perpetúa que la mujer debe hacer lo que uno dice y no lo que dicen ellas para su cuerpo y para ese momento tan maravilloso de nacimiento. A nosotros nos enseñan que los partos son intervenir. En nuestro pregrado y en la residencia también de posgrado, hay que acelerar los tiempos con el uso de oxitocina, con colocación de vía de solución fisiológica. Hay que hacer episiotomías. Los tiempos, no se esperan los tiempos fisiológicos que habitualmente se pueden esperar en la mente. (Tocoginecólogo/Médico legista)

El tocoginecólogo y médico legista reconoce que él y otros profesionales tienen que desaprender muchas cosas que aprendieron en el pregrado y en el postgrado. El currículo actual no incluye ciertos temas que son esenciales para cambiar como actualmente asisten los profesionales de la salud a las mujeres embarazadas y sus familias. Los profesionales están programados a intervenir durante el parto y usar las técnicas médicas para que nazca el bebé. La mirada clínica que ellos tienen como profesionales de la salud y la medicalización que está presente en el campo de medicina puede influir en cómo actúan los profesionales con las embarazadas. En una manera similar, el partero describe los conocimientos que están presentes en el campo de obstetricia.

Bueno, eso mismo sucede dentro de obstetricia. Nuestro cuerpo está fallado, no funciona. Es patológico y entonces alguien de afuera tiene que construir eso, tiene que vigilar, tiene que conducir, tiene que intervenir para que esto se acerque a un ideal que no existe. Entonces ahí tenemos una cosa, que es lo que más sienten las mujeres cuando están, digamos, en todo el proceso del trabajo de parto, incluso desde la gestación, que es la carrera contra el tiempo. O sea, siempre estamos corriendo. (Partero)

El campo de obstetricia, a través de los años, ha causado que las mujeres piensen que el embarazo es algo patológico. Categorizando el embarazo como una enfermedad, da la bienvenida a que los profesionales de salud intervengan y controlen al proceso. Pero el embarazo, no se debe controlar como una enfermedad. Si, se debe asistir y todos deben preocuparse por si algo pasa, pero en general, el embarazo es un tiempo de crecimiento en cual la mujer conoce su cuerpo y el tiempo fisiológico en el que va.

No todos de los entrevistados hablaron del concepto de “desaprender y aprender” y eso enseña mucho. Estamos en un tiempo crítico donde los profesionales de la salud se están dando cuenta de la manera que trabajan y como aprendieron lo que practican. Con más conciencia, se puede generar el cambio que se necesita de los profesionales de la salud.

LAS MUJERES Y LA TOMA DE DECISIONES

La relación entre la embarazada y los profesionales de salud

La relación entre la embarazada y los profesionales de salud es importante en el proceso del embarazo y puede influir cómo la embarazada se sienta durante los meses que lleva al nacimiento. Aunque la mayoría de las personas hablaron específicamente de su posición y el papel que tienen en el proceso del nacimiento, por ejemplo el Neonatólogo se enfoca en el bebé entonces tienen un rol “indirectamente”, otros hablaron más general y esto ayudó entender cómo se puede generar un clima por la relación. El Médico obstetra tuvo una opinión positiva sobre la relación entre la embarazada y los profesionales de la salud:

En general en Buenos Aires la relación con las mujeres embarazadas es muy amigable. Hay bastante intercambio de relaciones y hay bastante buena relación. Hay bastante diálogo e incluso en la actividad privada. Nosotros tenemos una actividad pública y una actividad privada de desarrollo laboral. En la actividad privada, es bastante frecuente que las mujeres embarazadas tengan los teléfonos celulares de los médicos, por lo cual intercambian mensajes, intercambian WhatsApp. Fundamentalmente se sienten protegidas. (Médico obstetra)

En esta respuesta introduce las diferencias entre el sector privado y público en lo que respecta a la relación entre las mujeres y los profesionales. La relación en el sector privado es muy amigable y las mujeres tienen la oportunidad de extender conversaciones afuera de la institución. Sin embargo, en ambos sectores la relación puede comenzar antes del embarazo y la relación sigue incluso después del nacimiento porque la mujer y su hijo/a se quedan en esa institución. El Neonatólogo habla más sobre cómo esta relación se introduce:

[En el sector privado] los pacientes buscan primero con qué médico se van a atender. Primero buscan el profesional y el profesional es el que le indica el lugar privado donde atender. Realmente es una clínica o un sanatorio de un hospital donde él realiza su práctica privada. Esa es la diferencia que hay. O sea, en el público la mujer no elige, la institución pública elige el profesional. En el privado, generalmente la mujer elige al profesional y el profesional elige el lugar por ella. (Neonatólogo)

Las mujeres en el sector privado tienen el privilegio de conocer y elegir un médico. En el sector público, esto no pasa. En vez, la institución elige al profesional. Las mujeres en el sector público no tienen la comodidad o la intimidad que habría tenido si tuvieran el privilegio de elegir. Sin embargo, hay instituciones públicas con los mejores médicos, pero el problema es que desde el comienzo, muchas mujeres no tienen la autonomía para elegir. El miembro de la organización de sociedad civil tuvo un punto de vista más crítico sobre la relación entre la embarazada y el profesional de la salud:

No esta cuestión de que los profesionales médicos obstétricos gozan de legitimidad y de poder social, o sea, tienen un estatus más importante. Ser médico te da un lugar de poder, ¿no? Son los que nos cuidan. Entonces tienen derecho a apropiarse de nuestro proceso porque yo sé lo que necesito. O sea, como él de ese lugar, entonces es como una bomba de tiempo. Nosotras sentimos que estamos en peligro o que estamos en riesgo, que en cualquier momento vamos a morir, que esto es un acto médico, que no sabemos cómo lo hacemos nosotras. O sea, como sucede el proceso nosotras, pero sí tenemos muy claro cuáles son las intervenciones que van a realizar sobre nosotras o ya tenemos más claro el trabajo de ellos que el nuestro. Y en contrapartida, tenemos profesionales que sienten primero que la intervención es lo que salva vidas, que es su lugar dentro de controlar, dirigir, conducir y que además tienen el poder para hacer que nosotras hagamos lo que tengamos que hacer, porque ellos son los que saben y son los que saben qué es lo mejor para nosotras. Entonces, es una bomba de tiempo entrar a una sala de partos en esas condiciones (Miembro de Organización de Sociedad Civil/ Partero)

En esta respuesta, el Partero se enfoca en el poder que tienen los profesionales de la salud y cómo este poder puede influir las relaciones. El poder puede llevar a controlar a la mujer. A veces, las mujeres se sienten cómo deben hacer todo lo que dicen los profesionales de salud por ellos son los que saben, y ellas no. Las mujeres en esta relación no se sienten empoderadas porque piensan que no tienen información o no saben suficiente de lo que realmente está pasando.

La relación entre la embarazada y el profesional de la salud dependerá de la institución donde se va atender y del profesional de salud que le tocó o que elige. El hecho que algunas mujeres tienen

el privilegio de elegir y otras mujeres no tienen ese privilegio enseña que el parto respetado realmente se trata de la equidad y la falta de equidad.

La autonomía

La autonomía es necesaria en la creación de un parto respetado porque si la embarazada tiene autonomía, ella tienen la capacidad de tomar decisiones. Cuando se trata de la autonomía de la mujer, los entrevistados no podrían contestar si la embarazada realmente tiene autonomía en el proceso de decidir en lo que respecta al método del nacimiento. El neonatólogo respondió diciendo:

Depende mucho. En general creo que una cosa es lo que se hace y otra cosa es lo que debería hacer. Creo que es más una cuestión de confianza en el equipo perinatal y sobretodo en el equipo obstétrico y en el que se elige, con lo cual creo que eso sí es obviamente mucho más protagónico. (Neonatólogo)

El neonatólogo sugiere que la autonomía de una mujer está relacionada con la relación que ella tiene con el equipo obstétrico y perinatal. En el punto de vista del neonatólogo, la mujer si tiene la libertad y autonomía de elegir los profesionales que asistirán en el nacimiento. Los profesionales que ella elige puede limitar o aumentar su autonomía. La relación entre la embarazada y los profesionales y el nivel de confianza que tiene la mujer para el equipo de salud influye el tipo de experiencia que tiene la mujer. También, el neonatólogo presenta un debate interesante sobre “lo que se hace y lo que se debe hacer.” El neonatólogo reconoce que a veces la mujer tiene preferencias que no son las mejores para su bienestar y el bienestar de la/el bebé. Pero también se puede ver desde el otro lado; el equipo de salud actúa de una manera que no debería. En estas situaciones, los profesionales de la salud están limitando y quitando la autonomía de la embarazada. La próxima respuesta habla de los diferentes factores que puede influir cuánta autonomía tiene la mujer:

Depende del nivel socioeconómico y donde el paciente vive. Estimo que un paciente de un nivel socioeconómico alto y que viva en una gran ciudad de Argentina tiene mucha

más autonomía que aquella de los niveles sociales más bajos y que habitan en pequeñas ciudades o en pequeños poblados. (Medico obstetra).

El medico obstetra presenta los factores del nivel socioeconómico y la ubicación como los factores que influyen el nivel de autonomía de la embarazada. Las mujeres que tienen un nivel socioeconómico alto y viven en lugares sostenibles como las ciudades van a tener más autonomía que las mujeres que residen en lugares rurales y vienen de un nivel socioeconómico bajo. Esto puede estar relacionado con la falta de recursos que a menudo está presente en lugares alejados de la ciudad. En instituciones con una seguridad baja o recursos insuficientes, la embarazada no tiene mucha autonomía para tomar decisiones o fomentar cambios en su tratamiento.

Los profesionales de la salud no tuvieron una respuesta concreta sobre la autonomía de la mujer. Sin embargo, nos presentan las dos posibilidades que pueden ocurrir: la embarazada si tiene autonomía durante el parto y la mujer no tiene autonomía.

LA INVERVENCIÓN Y MEDICALIZACIÓN EN EL DÍA DEL PARTO

La cesárea como un problema de la salud pública

Tal como se menciona, las tasas de cesárea han aumentado drásticamente a través de los años. La Organización de la Salud Mundial así como otros funcionarios de salud pública consideran las altas tasas de cesárea como un problema de salud pública. En esta investigación, todos los entrevistados menos el medico obstetra tuvieron la opinión de que la cesárea es una problema de salud pública. Aquí habla el neonatólogo sobre los riesgos de la cesárea:

[Los médicos] hacen que las mujeres crean que es casi lo mismo un parto vaginal que una cesárea. Y creo que ahí hay una parte del error de la causa del incremento de las cesáreas. La cesárea genera mayor morbilidad y mortalidad tanto en una mujer como en la/el recién nacida/o. (Neonatólogo).

El neonatólogo expone la injusticia que pasa dentro de las instituciones. La falta de información y la información sesgada hace que la embarazada acepta un método de nacimiento que beneficia a la institución y no a ella. El neonatólogo piensa que los profesionales de la salud convencen a las

mujeres a creer que la cesárea es lo mismo que un parto natural. El neonatólogo explica que eso es falso. La cesárea tiene consecuencias para la mujer y el/la recién nacido/a. Aunque no hay beneficios para la mujer (en situaciones donde la mujer podría parir naturalmente), si puede haber beneficios para las instituciones. La enfermera habla sobre los beneficios de la cesárea para la institución cuando dice:

Sí, y creo que los beneficios para la institución también tienen que ver con eso, con la posibilidad de tener un control sobre el número de camas, número de nacimientos, lo mismo para los profesionales. Les permite tener el control de cuántos nacimientos van a tener, qué día van a nacer. Por ejemplo, cuando se anticipa un fin de semana largo, fin de semana de fiestas pueden hacer nacer a los bebés que por ahí están, que podría desencadenarse el trabajo de parto cuando ellos no estén en la institución. Entonces les permite un control. Creo que ese sería el beneficio para el profesional y para las instituciones. (Enfermera)

La enfermera en su respuesta habla de un concepto muy importante en el campo de medicina: el control. Además de estar de acuerdo con la opinión que la cesárea es un problema de salud pública, la enfermera nos describe porque ha aumentado la tasa de cesárea en Argentina. Desde su punto de vista, la cesárea es una herramienta para controlar o organizar lo que pasa en la institución. Un método de intervención permite la institución a decidir cuando nacen los bebés. Uno de los factores que menciona la enfermera es el tiempo. Con el método de la cesárea los profesionales de la salud pueden programar nacimientos para que tengan tiempo para descansar durante los fines de semana o días feriados. Además del tiempo, el control que genera las cesáreas también ayuda en la organización de los recursos de la institución. El ejemplo que usa la enfermera es el número de camas o pacientes que los profesionales de salud deben atender. Con la respuesta de la enfermera, nos damos cuenta que la cesárea ya no es solo un método para salvar las vidas de la mujer y el bebé sino un método para controlar lo que pasa en la institución. Se trata de poder y los profesionales de salud están en una posición de poder. Manifiestan ese poder para convencer a una mujer a elegir una cesárea en lugar de un parto natural:

Es muy, muy posible que los médicos, con nuestra descripción, induzcan a las pacientes a decidir lo que nosotros queremos. Es decir, te imaginas que si yo le digo [a una embarazada] si un parto vaginal es muy lindo, pero usted sabe que tiene riesgo de quedarse ahí la cabecita y no salir, entonces va elegir una cesárea. (Neonatólogo).

En estas situaciones de control, los profesionales de la salud se aprovechan de la confianza que han recibido en la relación con la embarazada. Los profesionales de la salud usan palabras además de su posición como doctor para convencer a las mujeres a decidir lo que ellos/ellas quieren. En esa manera, el campo de la medicina se convierte en un negocio. Se sacrifica la autonomía y la experiencia de la embarazada para los beneficios de las instituciones. Sin embargo, el problema de la cesárea no solamente es un problema en Argentina sino en todo el mundo:

Creo que es un gran problema mundial. No es un problema de la Argentina, es un problema global, mundial. Hay países del mundo donde en los primeros controles del embarazo ya se ponen fecha de nacimiento al bebé. Es como elegir el nombre, el nombre y el día del cumpleaños. Es un poco fuerte la imagen, a veces de países vecinos de la Argentina, con tasas de cesárea tanto en lo público y privado por arriba del 90 por ciento, lo cual es un número. La tasa de cesáreas es impactante en muchos lugares del mundo y la verdad que es posible disminuir esa tasa. Si bien la maternidad es una maternidad de bajo riesgo, donde se hace un tamizaje de las mujeres para poder lograr que tengan su forma lo más natural posible. También hay lugares de la Argentina que son de baja complejidad y no logran las tasas de cesáreas que tiene la maternidad. Aquí [en la maternidad] nunca ha superado el 15 por ciento. Hemos tenido años de 9 por ciento de cesáreas. Quiere decir esto que de cada 100 mujeres que vienen a parir a maternidad en un año, solo nueve tienen cesárea. En otros lugares del mundo es exactamente al revés. De cada 100 mujeres, 90 tienen cesáreas, lo cual creo es una problemática mundial, porque sabemos que la cesárea a veces es necesaria en algunos casos y salvavidas, pero a usarla en exceso trae complicaciones en todo sentido, no solo físicos, porque hay mucho más riesgo de infecciones postoperatorias, ya sea de la herida quirúrgica o del útero, dificulta la deambulación y retrasa el momento de inicio de la lactancia. Así se dificulta muchas veces el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido. Se interviene con una anestesia que a veces en la mayor de los casos epidural y en otros, general, con los riesgos que también implica. La mortalidad materna es mucho más alta en casos de cesárea que de parto natural. Así que creo que podemos decir que desde el punto de vista sanitario es un problema y es un tema a abordar con mucha seriedad. (Tocoginecólogo/Médico legista)

En esta respuesta, el tocoginecólogo y médico legista aclara que la cesárea no es un problema de Argentina, sino un problema global. Él categoriza el acto de ponerle la fecha de nacimiento al bebé

como uno de los primeros controles del embarazo. El tocoginecólogo y medico legista reconoce que la cesárea a veces es necesaria en algunos casos pero puede traer complicaciones cuando se usa en exceso. Con los ejemplos que él menciona en su respuesta, el bienestar de la madre puede verse afectado con el uso de una cesárea innecesaria.

Las respuestas de los profesionales de la salud capturan que la cesárea es un problema de la salud pública y lleva eliminar la mujer como protagonista de su embarazo.

La cesárea como un avance en el campo de la medicina

El medico obstetra fue el único profesional de la salud que categorizó la cesárea como un avance en el campo de la medicina. Es posible que su posición como medico obstetra sesgó su respuesta, ya que asiste una mayoría de partos por cesárea in una institución de alta complejidad:

Como te vuelvo a decir con el parto que tuvo mi abuela, como el parto que tuvo mi bisabuela, creo que los futuros nacimientos en la humanidad estimo que van a ser cada vez más tecnológicos, van a tener cada vez más apoyo médico, las personas nacerán en mejores condiciones. (Medico Obstetra).

El medico obstetra se refiere a la historia del parto y de las vidas perdidas por no tener herramientas o la tecnología para salvar a las mujeres y bebés. El medico obstetra tiene intenciones buenas. Él defiende su respuesta con el objetivo de crear espacios donde la madre y el bebé prosperarán. En su punto de vista, la única manera para lograr este objetivo es con la tecnología e intervenciones médicas en el parto. Aunque se puede entender su posición, hay personas quien no estará de acuerdo:

Es un modelo en el que el parto es un evento peligroso y por eso debe ser absolutamente controlado, vigilado, dirigido por los profesionales de la medicina. O sea que procrear es un acto médico. O sea, no se lo ve como un acto fisiológico, como parte de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, sino que se hace, lo describe a la medicina y a la patología, no en ese sentido. También hay una fuerte creencia de que las instituciones médicas son no solamente el lugar seguro, sino el único lugar posible para parir de manera segura y como corresponde. Y también ahí, como digamos, como un país que tiene una carga machista importante, está muy ligado con la idea de que la buena madre tiene que sacrificarse. Entonces está todo muy instalado. Esto del parirás con dolor y sufrimiento en el parto es

algo que si o si las mujeres tenemos que atravesar como que sí o sí tenemos que sufrir para parir sí o sí, tenemos que ser intervenidas sí o sí tenemos que pasarla mal. Es como algo que está muy instalado a nivel social. Acá se utiliza mucho una frase para decir que algo fue difícil, que algo fue traumático, que algo fue pesado. Es decir, fue un parto, no? Es algo que está mal trabado, que es difícil. Entonces, hoy eso es como de alguna manera el sesgo cultural que asumimos, que el parto es un evento traumático. Lo peligroso es un acto médico y requiere a las mujeres sacrificio, entrar a parir, a sacrificarlos. (Miembro de la organización de la sociedad civil)

El miembro de la organización de la sociedad civil expone la normalización del parto como un ‘evento peligroso’ que debe ser controlado y dirigido por los profesionales de la salud. A través de los años, el embarazo se ha convertido a un evento médico-técnico. El embarazo ya no se ve como un acto fisiológico. Pone la mujer en una posición inferior, ya que la intervención médica ha disminuido las capacidades de las mujeres. Entonces, cuando una mujer experimenta un parto que fue traumático, que fue doloroso, que fue intervencionista, piensa que así debe hacer el parto, cuando en realidad no, puede tomar una forma menos invasiva y sin temor. En esta repuesta, el miembro quiere enfatizar que la medicalización y las instituciones médicas han jugado un papel muy importante en la normalización del parto como un evento que es lleno de peligro y sufrimiento y que debe tomar lugar en la institución. El sesgo cultural y la medicalización limite las opciones que puede tener una mujer como parto respetado y a veces normaliza la violencia obstétrica.

CAMBIOS DESEADOS PARA EL FUTURO, SEGÚN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Cuando les pregunté ¿Cuáles cambios les gustaría ver en el futuro? Los entrevistados se refirieron al parto respetado y la relación entre los profesionales de la salud y la embarazada:

Me gustaría que más instituciones trabajen más como nosotros que lo que la gente llama parto respetado que es para nosotros es el parto normal, es haciéndolos participar de la toma de decisiones, haciéndolos participar en sala de partos de manera activa, permitiendo el acceso a información en el trabajo de parto, en el periodo en el seguimiento, digamos. Me gustaría que pudiéramos difundir la experiencia que vamos haciendo en estos últimos años lo pueden hacer todos. (Neonatólogo).

El neonatólogo refleja en lo que él piensa es ‘el parto respetado’ y desea que más instituciones siguen los pasos de la institución donde él trabaja. Presenta la idea de colaborar con otros profesionales de la salud y otras instituciones para enseñarles sobre el trabajo que están haciendo en lo que respecta a los derechos de la mujer durante el embarazo. En manera similar, la enfermera hablo sobre los valores que ella quiere ver en la relación entre la mujer y los profesionales de la salud:

Que sean tratadas con respeto y reciban un cuidado amoroso, que puedan estar acompañadas. Nosotros en el Ministerio y casi todos los profesionales estamos en contra del parto domiciliario, porque creemos que la mujer tiene que tener un parto institucionalizado para darle seguridad, pero a la vez creemos que como institución tenemos que cambiar para que la mujer sienta que es bienvenida, o sea, darle esa seguridad de que si la va a tratar con respeto a ella y a su hijo recién nacido y a su pareja o a quienes realicen ese momento con ella. Mi sueño es que todas las mujeres elijan y no se arrepientan de haber elegido ir a una institución a tener su nacimiento, su parto. Creo que vamos encaminados, lentos, dando diferentes pasos, pero creo que se está encaminado en eso...Creo que los cambios tienen que ser en las instituciones y para todos, no solamente para el que viene con un plan de paz para el que se anima a hablar, sino para todos. Y eso es parte de la conciencia que tenemos que crear los profesionales de salud, que ya basta de abusos, ya basta de malos tratos. Trabajamos con personas y merecen ser tratadas con respeto y ser escuchadas. Los profesionales muchas veces no escuchamos lo que el otro tiene que decirnos. (Enfermera)

La enfermera reconoce que las instituciones de la salud tienen que trabajar para que las mujeres se sienten bienvenidas y con seguridad. Las dos repuestas dan sugerencias sobre cómo se puede mejorar la relación entre la embarazada y los profesionales de la salud y como se puede lograr el parto respetado en las instituciones. La respuesta más interesante fue la respuesta del médico obstetra, ya que habló de la mortalidad materna-infantil:

Me gustaría que en el mundo no se mueran más mujeres por causas evitables, por ejemplo, causa primera evitable en el mundo que es la preeclampsia. Quiero que no se mueran más mujeres por preeclampsia, una causa totalmente evitable que puede ser prevenida y que puede ser diagnosticada tempranamente y controlada. Segunda causa evitable: no aceptaría más que se mueran mujeres por aborto en el mundo. Me parece que es una causa también totalmente evitable, porque si la mujer tiene accesibilidad a métodos anticonceptivos y lo

tercero que quisiera en cuanto a la maternidad es que todas las mujeres reciban una información muy clara de los beneficios que tienen con una maternidad segura y centrada en la familia. Con profesionales que hablen claro, que no estén sesgados por ninguna ideología, que no estén cegados por ninguna situación de práctica económica, que no estén cegados por ninguna razón social, política, o sea, creo que uno puede explicar estas cosas. (Médico obstetra).

Estas respuestas enseñan los diferentes objetivos que tienen los profesionales de salud para el futuro. El médico obstetra habla de la información que deben recibir las mujeres y del embarazo centrado en la familia, pero también habla de la mortalidad materna-infantil que además de garantizar los derechos de la mujer, también es un problema serio en América Latina y el mundo. También, habla de la accesibilidad y de los mejoramientos que los profesionales de la salud deben hacer en lo que respecta en la relación con la embarazada. El médico obstetra presenta los valores que se deben enfatizar en la relación entre la mujer y los profesionales de la salud.

Hoy en día, estamos en un momento crítico cuando se trata de los derechos de la mujer durante el embarazo y el parto respetado. Hay muchas cosas que deben mejorar, como la difusión de información sobre los derechos de la mujer y su cuerpo, la autonomía de la mujer, el acceso a una institución segura, el acceso a un anesthesiólogo y la mejora general de la relación entre las mujeres y los profesionales de la salud, pero como dijo la enfermera “vamos encaminados, lentos, dando diferentes pasos, pero creo que se está encaminado.”

CONCLUSIONES

Este estudio exploró los conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud y de una organización de la sociedad civil sobre la ley del parto respetado, el tratamiento actual de las mujeres embarazadas, y el aumento de cesáreas in Argentina.

En lo que respecta a la ley del parto respetado, los profesionales de salud junto con los miembros de la organización tuvieron interpretaciones variadas sobre el parto respetado, y en general podemos ver que no hay una definición clara del parto respetado. Las diferentes interpretaciones sobre el parto respetado lleva a los profesionales de la salud a asistir a las embarazadas en maneras diferentes. Algunos de los profesionales de la salud trabajan en una institución o maternidad que fue creada con los principios y valores mencionados en la Ley del Parto Respetado. Estos profesionales de la salud fueron dispuestos a enseñar y compartir con los demás sobre el trabajo que hacen y las relaciones que tienen con la embarazada. Los miembros de la organización de la sociedad civil tuvieron opiniones críticas sobre las instituciones y el tratamiento actual de las mujeres embarazadas, en lo que respecta al parto respetado. En una manera similar, las opiniones sobre quien tiene la responsabilidad a controlar o supervisar el cumplimiento de la Ley del Parto Respetado fueron variadas. Uno de los entrevistados mencionó que cada profesional de la salud tiene la responsabilidad de aprender más, de atender de la manera correcta y hacer todo lo que es posible para mejorar como médico. Otro de los entrevistados contestó diciendo que la institución debe tener los valores como una base para que todos los profesionales de la salud sigan asistiendo de la manera adecuada. Otro profesional de la salud mencionó que el Estado brinda recursos por el Ministro de la Salud, pero depende en la institución para involucrarse con el programa. Sin embargo, tales opiniones reflejan que no hay una única entidad que controla o supervisa el cumplimiento de la ley; A veces se cumple y a veces no se cumple.

El sistema de la salud tiene un papel importante en la explicación del incumplimiento del parto respetado. Aunque cada mujer esta garantizada atención de salud, la calidad de la salud depended en donde la mujer vive y su estatus socio-económico. Las fallas del sistema de la salud que se encontró por esta investigación fueron la inaccesibilidad a una institución segura, la inaccesibilidad a un anestesiólogo y la insuficiente información. Aunque la inaccesibilidad a una institución o maternidad segura es más común en las provincias menos desarrolladas, la inaccesibilidad a un anestesiólogo y la insuficiente información se puede encontrar en toda la Argentina, no solamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La inaccesibilidad a un anestesiólogo es un problema grande porque las mujeres tienen el riesgo de ser inducidas y experimentar una cesárea por la falta de anestesiólogos, o simplemente por la convivencia de los anestesiólogos. La insuficiente información se relaciona a este punto porque sin información adecuada o con información sesgada, los profesionales de la salud pueden convencer a las mujeres a tomar una decisión que es beneficioso para los profesionales de la salud. Entonces, las comportamientos actuales de los profesionales de la salud impide que las embarazadas tengan un parto respetado.

A través de las entrevistas, se mencionó el concepto de “desaprender y aprender”. Este concepto expone el entrenamiento de los profesionales de la salud como insuficiente, en lo que respecta al proceso del embarazo. Dos profesionales de la salud hablaron sobre como la materia en el pregrado y posgrado se enfoca en la medicalización, la intervención medica y la patología en vez de temas fundamentales como la relación con la mujer y los valores necesarios durante el proceso del embarazo. Fue interesante conocer que los profesionales de la salud (los que asisten a las embarazadas) pasan por este proceso. Es importante reconocer que no todos los entrevistadores hablaron sobre este tema, sólo dos.

En lo que respecta a la relación entre la embarazada y el profesional de la salud, las respuestas fueron variadas. Aunque todos piensan que la relación entre la embarazada y el profesional de la salud es importante en proceso de cumplir un parto respetado, hubo respuestas diferentes. El desequilibrio de poder fue mencionado por el miembro de la organización de la sociedad civil. La posición de poder del profesional de la salud puede limitar la autonomía de la mujer. El ejemplo que muchos mencionaron fue que el profesional de la salud usa su posición como médico y se aprovecha de la confianza de la embarazada para que ella decida en una decisión que le beneficia al profesional y a la institución.

En lo que respecta a las opiniones sobre la cesárea, todos menos un profesional de salud fueron de acuerdo con la declaración que la cesárea es un problema de salud pública. Las razones se basaron en los riesgos de la cesárea y el poder que tienen los profesionales de la salud. También, hubo una conexión entre la relación de la embarazada y los profesionales de la salud y la cesárea como problema de salud pública. La conexión se usó para explicar la alta tasa de cesáreas en Argentina. Se habló de la influencia que pueden tener los profesionales de la salud sobre el método de nacimiento. El profesional de salud que no estuvo de acuerdo habló de la cesárea como un avance en el campo de medicina y justificó su respuesta con la idea que el nacimiento debe tener más apoyo médico para que los/las bebés nazcan en mejores condiciones.

Finalmente, todos los entrevistados confesaron que hay mucho trabajo que hacer cuando se trata del parto respetado y los derechos de la mujer. La ley del Parto Respetado fue un comienzo, pero hay mucho que hacer para garantizar que las necesidades y deseos de la mujer durante el embarazo estén cumplidos.

BIBLOGRAFÍA

Abreo Itatí G., Pinto Medina, S., Gavilán Ortiz, A., Miño, L., (2011) Incidencia e indicaciones de cesáreas. Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina

Alonso, C. y Gerard, T., (2009), El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno – Infantil P. 95-100.

Artículo 2° de la Ley 25.929 (2004), Ley de obligaciones de las obras sociales y medicina prepaga, de Argentina

Bär, N. y Althabe F., 2015: Conversaciones, La Nación.

Biurrun Garrido, A. y Goberna Tricas, J., (2013), La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto, Revisión bibliográfica, Matronas Prof., 14(2): 62-6

Carbajal, M., 2001: La epidemia de cesáreas

Ceriani Cernadas J, Miriani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P y col. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr 2010; 108(1): 17- 23.

Fett, S., (2002) Working Cures: Healing, Health, and Power on Southern Slave Plantations. University of North Carolina Press.

Findling, L., Lehner M., Ponce, M. y Venturiello, M. (2011). Maternidad, redes sociales y (des)- integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. CEPESC, Rio de Janeiro. ISBN: 978-85-897-37-61-6

Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud 1977;11(1):3-25.

Gómez Toscani, A., (2018). Cesareas en aumento: la postergación del derecho al parto respetado.

Johannsen, Julia, (2016) , Popularizando nuevas tendencias o redescubriendo antiguas prácticas, especialista sénior en protección social en las oficinas del Banco Interamericano de Desarrollo en Ecuador.

La Valle, R., (2014) Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias. Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ley 25.929 (2004), Ley de obligaciones de las obras sociales y medicina prepaga, de Argentina, habitualmente denominada Ley de parto humanizado.

Macías-Intriago, M., Haro-Alvarado, J., Piloso-Gómez, F., Galarza-Soledispa, G., Quishpe-Molina, M., Triviño-Vera, (2018), Importancia y beneficios del parto humanizado, Domino de las ciencias.

Maroto Navarro, G., García Calvente, M., Mateo Rodríguez, I., (2004), El reto de la maternidad en España, dificultades sociales y sanitarias, Gac Sanit., 18 Supl 2:13-23

Mazzoni, A., Althabe F., Liu N.H., Bonotti A.M., Gibbons L., Sánchez A.J., et al. (2010). Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG. 2011;118:391–9.

Mena P. Operación cesárea. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia 3a ed. Santiago de Chile: Panamericana; 2005: 385-399.

Morrone, Beatriz, Violencia obstétrica: cuando las leyes no alcanzan, en Jornadas de género y diversidad sexual. Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos (La Plata, 2016), Disponible [en línea]: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/violencia_obstetrica__cuando_las_leyes_no_alcanzan_.pdf.

Riessman, C., Women and Medicalization: A New Perspective. 1983.

Roser, M., Ritchie, H., (2013) “Maternal Mortality”

Starr, P., 1982. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books

Tita A, Landon M, Spong C, Leveno K, Varner M, y col. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. N Engl J Med 2009; 360: 111-120.

Villar J, Valladores E, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A y col. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. The Lancet 2006; 367: 1819- 1829.

OMS, (2015), Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea, Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2015.

OMS, (1985), Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Organización Mundial de la Salud, Lancet. 1985, 2: 436-7.

Wertz, R., Wertz, D., (1979) Lying In: A History of Childbirth in America. New York: Free Press

APÉNDICE

Guía de Preguntas: Organización de Sociedad Civil

1. ¿Cómo definirías el parto respetado? ¿Crees que hay diferencias entre la definición que sostiene su organización y la definición de las instituciones de salud o de otros profesionales de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?
2. ¿Qué grandes ideas o ideologías predominan en la sociedad argentina cuando se trata del método de nacimiento?
3. ¿Cuál es la relación entre los procedimientos actuales del nacimiento y la objetivación del cuerpo de una mujer?
4. En relación al parto, ¿qué lugar tienen las decisiones de las mujeres en un panorama donde el marco legal y las prácticas habituales entran en tensión?
5. ¿Cuáles ideologías o factores han llevado a la normalización de ciertos procedimientos en el día del parto? Me refiero concentradamente al aumento de cesáreas, la información que no reciben las mujeres, etc.

Guía de Preguntas: para los profesionales de la salud

Sección 1. Preguntas sobre la relación entre profesional de salud y la embarazada:

¿Cómo describirías la relación que los profesionales de salud tienen con la embarazada?

¿Cómo percibe su rol, como profesional de salud, en el embarazo de una mujer?

¿Qué nivel de autonomía diría que tiene la mujer al decidir qué método de nacimiento debe tener? O ¿Cuánta influencia tienen las mujeres en la toma de decisiones de un parto?

¿Cuál es el papel de los programas materno-infantiles en cuanto al embarazo y el día de nacimiento?

¿Crees que las mujeres de CABA tienen acceso suficiente a información sobre los beneficios o riesgos del parto natural y la cesárea?

¿Hay obstáculos que enfrentan las mujeres al momento de dar luz con respeto al método de parto?

Sección 2. Preguntas sobre el trabajo y experiencia del profesional de salud:

¿Cómo describirías la práctica en la Maternidad Estela Carlotto? ¿En general, cómo describirías la práctica en el sector público y privado cuando se trata del nacimiento?

(Para los que tienen más antigüedad en el campo de medicina): ¿En los años que has trabajado, has visto cambios en el entrenamiento de médicos a respecto al tratamiento de las mujeres embarazadas en el día del parto?

(Para los que tienen menos antigüedad en el campo de medicina): ¿Hay un estilo de entrenamiento que aprendiste desde el comienzo de su carrera o un estilo de trabajo que adquiriste por otros profesionales a respecto al tratamiento de las mujeres embarazadas en el día del parto?

Sección 3. Preguntas sobre la cesárea y el método de nacimiento:

¿Qué entiende usted por parto respetado?

¿Cómo se maneja el parto respetado en su lugar de trabajo? ¿Cuáles valores se enfatizan en este modelo de atención?

...En otras palabras, cuando una madre manifiesta sus deseos de tener un parto respetado, ¿Cómo crees que actúan otros profesionales de salud de tu institución? ¿Y tú?

¿Cuáles son las razones por la que una clínica o un hospital puede no realizar partos respetados?

¿Cuáles son las razones que sugieren los profesionales de salud la cesárea como el método de nacimiento para una mujer embarazada? ¿Cuál ha sido tu experiencia?

¿Hay factores (por ejemplo, su edad, número de hijos, estado civil, nivel educativo más alto que cursa/ó, el barrio en que vive, tipo de cobertura de salud) que influye las preferencias de las mujeres en la visión de la cesárea y la visión del parto natural? ¿Hay algún factor que es más común en la CABA?

¿Y cómo inciden estos factores en las recomendaciones o decisiones de los profesionales de la salud sobre el tipo de parto?

¿Crees que la cesárea es un problema en la salud pública en la Argentina? ¿Por qué considera que es o no un es problema?

Sección 4. Preguntas sobre las instituciones:

¿Hay beneficios que realizar una cesárea podría significar para los/as profesionales y las instituciones médicas?

¿Qué piensa usted acerca de la carga económica de la cesárea en el sistema de salud?

Pregunta Final.

¿Hay cambios que le gustaría ver en el tratamiento de las mujeres embarazadas? ¿Cuáles serían los cambios que implementarías?

Consentimiento Informado

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación sobre la cesárea y el parto respetado, su estado actual y su historia. Fue seleccionada/o como posible participante porque su papel como profesional de salud o defensor de derechos es esencial para comprender la práctica del parto y lo que puede significar para usted como un individuo que realiza partos o aboga por partos respetados. Le pido que lea este formulario y haga cualquier pregunta que pueda tener antes de aceptar ser entrevistado para el estudio.

Mi nombre es Jennifer Rufino y estudio en Pomona College en los Estados Unidos. Este semestre, soy estudiante de salud pública en el programa SIT, que se desarrolla en la universidad ISALUD en la ciudad de Buenos Aires.

Les agradece mucho tomar el tiempo para hacer esta entrevista y participar en mi proyecto. En esta investigación, intento entender el estado actual de la cesárea y el parto respetado y los factores que pueden influir en la toma de decisiones del método del parto.

Reconozco que el tema de la cesárea y el parto respetado puede ser un tema delicado ya que puede ser relacionado a la violencia obstétrica y puede resultar difícil compartir mucha información. Para que se siente cómodo/a con la participación en este proyecto, voy a proteger su identidad. En mi trabajo, su identidad será completamente anónima. Por eso, utilizaría un seudónimo y eliminaré información que podría ser comprometida. Además, nunca aparecerá el nombre del hospital u organización en que trabaja.

También, su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Puede, en cualquier momento, decidir de retirar su participación. Igualmente, si no quiere contestar alguna pregunta, no se siente obligado/a.

Para mejor entender y analizar la información que colecto, me ayudaría grabar esta entrevista si no le/a pone incomodo/a. Yo solo tendré acceso a la grabación cuando analizo la información de la entrevista para mi investigación.

Muchas gracias para ayudarme en mi investigación. Su experiencia va a ser muy útil para que tenga una mejor comprensión del tema que estudio. Presentaré mi trabajo final en el fin de mayo, y, si quiere, podría compartir una copia del redacto final con usted.

Si tiene preguntas me puede contactar por teléfono al +1(773)616-9020 o por correo electrónico: jraa2017@mymail.pomona.edu

Declaración de consentimiento: He leído la información anterior y he recibido respuestas a cualquier pregunta que hice. Tengo al menos 18 años y doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del Participante _____ Fecha _____

Firma del Investigador _____ Fecha _____

Doy permiso para ser grabado durante mi entrevista:

Si: _____ No: _____ Iniciales: _____

Preguntas para la encuesta después de realizar la entrevista:

1. Edad:

25-35 años 36-45 años 46-55 años Más de 56 años

2. Sexo:

Femenino Masculino

3. Profesión/ Especialidad

Neonatólogo/a Tocoginecólogo/a Obstétrica Partero/a Enfermera/o
 Otro: Escribe aquí

4. Antigüedad en la profesión:

0-5 años 6-10 años 11-15 años Más de 15 años

5. Lugar en que trabaja: (puede seleccionar más de una opción)

Sanitario privado Hospital público Hospital de comunidad
 Organización de sociedad civil Centro de Salud Obra Social
 Otro: Escribe aquí

6. Cantidad de horas que trabaja en el sector privado/público cada semana: (puede seleccionar más de una opción).

1. El área pública: Escribe aquí
 2. El área privada: Escribe aquí
 3. Trabajo en otro lugar: Escribe donde y cuantas horas aquí