

# CON LOS OJOS DE ELLAS

**PERCEPCIONES DE LAS MUJERES DE LOS CENTROS DE SALUD NÚMERO 2 Y 4  
DE LA CIUDAD DE RAFAELA SOBRE LA ATENCIÓN DE SU PARTO EN EL  
HOSPITAL JAIME FERRE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2017.**

AUTORES:

ARCE, Marianela. Residente de 2° año de Medicina General y Familiar.

ANGHILANTE, Camila. Residente de 2° año de Medicina General y Familiar.

LUGAR DE REALIZACIÓN: Hospital SAMCo Dr. Jaime Ferré.

DIRECCIÓN: Lisandro de la Torre 737. Rafaela, Provincia de Santa Fe. CP: 2300

TELEFONO: 03492- 421621

E-MAIL: arce\_25@hotmail.com

FECHA DE REALIZACIÓN: 31-8-2017.

INÉDITO.

TIPO DE TRABAJO: Trabajo de Investigación.

ENFOQUE: Cualitativo.

CATEGORIA TEMATICA: Clínica Ampliada.

<p><b><u>CON LOS OJOS DE ELLAS</u></b>  <b>PERCEPCIONES DE LAS MUJERES DE LOS CENTROS DE SALUD NÚMERO 2 Y 4 DE LA CIUDAD DE RAFAELA SOBRE LA ATENCIÓN DE SU PARTO EN EL HOSPITAL JAIME FERRE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2017.</b></p>
<p>ARCE, Marianela; ANGHILANTE, Camila.</p>
<p>Hospital SAMCo Dr. Jaime Ferré.  Lisandro de la Torre 737. Rafaela, Provincia de Santa Fe. CP: 2300  03492- 421621  arce_25@hotmail.com</p>
<p><b>Trabajo de Investigación con Enfoque Cualitativo.</b></p>
<p><b>Clínica Ampliada.</b></p>
<p>Las mujeres han parido durante siglos en sus domicilios sin grandes intervenciones pero a principios del siglo XX el parto comenzó a institucionalizarse con el objetivo de disminuir la mortalidad materno-neonatal y en ese contexto se instaló el concepto de manejar su atención como una enfermedad regido por los principios del modelo médico hegemónico el cual legitima y profundiza las inequidades históricas entre hombres y mujeres.</p> <p>En respuesta a ello surgieron diferentes movimientos cuyo ideal es desmedicalizar el parto devolverles a las mujeres y las familias el protagonismo perdido.</p> <p><b>Metodología:</b> En el presente trabajo se presenta un análisis teórico de las percepciones de las mujeres en cuanto a la atención sanitaria de su parto desde la perspectiva antropológica y aplicando la categoría género. El presente estudio fue realizado con un enfoque cualitativo, utilizando como perspectiva teórica el método etnográfico, y la técnica de entrevistas en profundidad individual.</p> <p><b>Resultados y Conclusiones:</b></p> <p>Se puso de manifiesto que la percepción de las mujeres sobre su parto en general fue buena ,sin embargo, analizando en profundidad cada uno de los aspectos del parto humanizado podemos visualizar prácticas que si bien están naturalizadas deshumanizan la atención del mismo.</p> <p>Como médicas comprometidas con la salud de nuestra comunidad y entendiendo “la salud como derecho humano” creemos que es necesario involucrarnos en este proceso.<sup>1</sup></p>
<p>Percepciones, parto, enfoque de género, parto humanizado.</p>
<p>Soporte Técnico: Proyector y pantalla.</p>

<sup>1</sup> Nota: total de palabras 222.

## **CON LOS OJOS DE ELLAS**

**Percepciones de las mujeres de los Centros de Salud número 2 y 4 de la Ciudad de Rafaela sobre la atención de su parto en el Hospital Jaime Ferre durante el periodo de enero a junio de 2017.**

### **RESUMEN**

Las mujeres han parido durante siglos en sus domicilios sin grandes intervenciones pero a principios del siglo XX el parto comenzó a institucionalizarse con el objetivo de disminuir la mortalidad materno-neonatal y en ese contexto se instaló el concepto de manejar su atención como una enfermedad regido por los principios del modelo médico hegemónico el cual legitima y profundiza las inequidades históricas entre hombres y mujeres.

En respuesta a ello surgieron diferentes movimientos cuyo ideal es desmedicalizar el parto devolverles a las mujeres y las familias el protagonismo perdido.

El concepto se reforzó luego en el año 2000, con la declaración de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Fortaleza, Brasil donde se precisó el concepto de humanización de la atención de salud.

En el presente trabajo se presenta un análisis teórico de las percepciones de las mujeres en cuanto a la atención sanitaria de su parto desde la perspectiva antropológica y aplicando la categoría género. El presente estudio fue realizado con un enfoque cualitativo, utilizando como perspectiva teórica el método etnográfico, y la técnica de entrevistas en profundidad individual.

Se puso de manifiesto que la percepción de las mujeres sobre su parto en general fue buena ,sin embargo, analizando en profundidad cada uno de los aspectos del parto humanizado podemos visualizar prácticas que si bien están naturalizadas deshumanizan la atención del mismo.

Como médicas comprometidas con la salud de nuestra comunidad y entendiendo “la SALUD COMO DERECHO HUMANO” creemos que es necesario involucrarnos en este proceso.

**Palabras claves:** percepciones, parto, enfoque de género, parto humanizado.

## **INTRODUCCIÓN**

No hay dudas de que la institucionalización del parto, a mediados del siglo XX significó un gran avance en la morbi-mortalidad materno-infantil. Sin embargo, esto trajo aparejado el inicio de la medicalización del mismo. Así, algo tan ancestral y natural como el parto pasó a ser objeto de intervenciones médicas, en muchos casos desmedidas, en donde se quita la mirada de los protagonistas: la mujer, el bebé y su familia.

En el territorio de los hospitales la relación entre quienes proveen un servicio y quienes lo reciben es desigual, ya que la institución aplica sus normas y tanto los profesionales como las mujeres tienen el mandato de aceptarlas exponiendo sus cuerpos a esta dinámica. Este orden establecido, posibilita una vida institucional relativamente disciplinada, que opera con mecanismos de control, subordinación y despliega con frecuencia diferentes expresiones de violencia.

En este tiempo de tránsito por la Residencia, comprometidas con la salud de nuestra comunidad y entendiendo “la SALUD COMO DERECHO HUMANO” y no como resultado de un destino creemos que es necesario involucrarnos en este proceso, motivo por el cual decidimos realizar esta investigación acerca de la atención sanitaria del parto, enfocándonos en el relato de las experiencias de las propias mujeres, quienes por ser las receptoras de la atención y asistencia sanitaria y por su vivencia e implicación física y emocional en la maternidad, las consideramos nuestro centro de interés. Entendemos que son ellas que por el hecho de experimentarlo se encuentran en un espacio privilegiado donde pueden proporcionarnos la información necesaria para el análisis y profundizar respecto a este fenómeno para comprenderlo por un lado y desnaturalizarlo por el otro, posibilitando así la reflexión, la visibilización y las esperadas transformaciones

Lo anterior lleva a plantearnos lo siguiente ¿Cuáles son las percepciones de las mujeres del área programática de los Centros de Salud N° 2 y 4 de la ciudad de Rafaela sobre la atención de su parto en la maternidad del Hospital Jaime Ferré, durante el período de enero-junio de 2017?

### **Objetivos:**

General

- Conocer las percepciones de las mujeres en cuanto a la atención de su evento obstétrico

Específico

- Comprender los obstáculos que perduran para el incumplimiento de las leyes vigentes que garantizan los derechos de las mujeres.

### **Acerca de los autores:**

El equipo de Investigación está integrado por médicas Residentes de Medicina General y Familiar que desempeña sus actividades en los Caps N° 2 y 4 de Rafaela.

### **MARCO TEORICO**

#### **Contexto histórico y social**

La llegada al mundo de un nuevo ser además de un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres es, sobre todo, un acontecimiento cargado de significado cultural. Cada sociedad le proporciona las representaciones, sentidos y el carácter social que le son propios. Se nace en una época y en un determinado contexto, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a entenderlo.

Las mujeres han parido durante siglos en sus domicilios, sin grandes intervenciones, sólo de la mano de mujeres, las matronas. A principios del siglo XX el parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de manejar la atención del parto como una enfermedad, transformándolo en un acto médico. Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones, así el parto paso de ser un suceso que transcurría en el interior de su grupo a convertirse progresivamente en un hecho de interés social con un importante valor político y económico y que, por lo tanto, debió ser controlado. Comenzaron a internarse para parir separadas de su familia, con profesionales en su mayoría hombres, horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes, recibiendo en general, un trato despersonalizado, poco afectuoso y muchas veces desvalorizante con consecuencias iatrogénicas para el vínculo madre-hijo.

El Equipo de Salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar aquellas tecnologías y procedimientos que estaban destinados, en principio, a partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellas gestaciones totalmente normales transformando las acciones excepcionales en rutinarias.

Surge entonces, tanto en América como en Europa, una corporación médica que afianza progresivamente su poder hegemónico al tiempo que legitima sus saberes. Esta legitimación, presenta como contracara el rechazo sistemático de todos aquellos saberes que no pudieran ser acomodados dentro del paradigma científico vigente y se asigna al profesional la tarea de modificar comportamientos y hábitos de las mujeres embarazadas considerados perjudiciales o incorrectos en relación con la higiene y la salud.

Estas políticas higienistas, logran a comienzos del siglo veinte la hegemonía en torno a la determinación de cuáles eran las prácticas correctas a llevar a cabo durante el proceso del parto. Así, el parto intervenido y medicalizado, es sólo un aspecto de la nueva concepción fuertemente biologista de la reproducción y la salud humana en general y son las instituciones de la salud los espacios en los cuales estos procesos se realizan.

No es casual que sea en este momento de la historia cuando la obstetricia-campo en el cual necesariamente resulta más evidente la subordinación de las mujeres al saber médico- surge como especialidad, desarrollando un conjunto de prácticas y saberes tendientes a regular y controlar la experiencia de la maternidad.

La reproducción, según *Focault* es objeto de intervención médica constante, aunque "*ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad*" (Focault, 1999). El embarazo y el parto son ejemplos paradigmáticos de la actividad medicalizadora. Las mujeres desde el inicio de su gestación deben utilizar los servicios médicos, de este modo el embarazo se constituye como un problema de salud concreto para las mujeres y sus familias. En la atención biomédica a estos procesos hoy en día se privilegia el empleo de tecnología sofisticada, que utilizada de forma rutinaria, como la ecografía, supone un aumento de control por parte de la profesión médica. De esta manera, las vivencias y juicios de las embarazadas sobre su estado, son descartadas a tal punto que viven el embarazo a través de sus médicos: sus percepciones no tienen valor, ocurre una alienación de los sentidos propios que pasan al profesional que se supone conocedor de "las cosas como deben ser". En relación a esto *Brigitte Jordan* introduce el concepto de "conocimiento autorizado" como

el construido socialmente, que se le reconoce al sistema médico hegemónico y que desautoriza el saber de las mujeres y las comadronas.

### **El modelo medico hegemónico**

Constituye un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica que logra identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Las funciones del modelo medico hegemónico son varias, entre ellas las preventivas, curativas y de mantenimiento son las que habitualmente están reconocidas por el colectivo social. No tan visiblemente, también el médico hegemónico ejerce funciones destinadas al control de los modos de vida y a la normalización de los procesos naturales. De esta forma, determinando lo que es “normal” y “anormal”, justifica la medicalización de la vida misma y la intervención de aquellos aspectos que se salen de la regla.

El paciente no es visto como sujeto de derecho, mucho menos pueden validarse sus conocimientos y saberes. Se genera un aumento de las intervenciones médicas en los comportamientos sociales introduciendo a lo largo de la historia la normalización de determinadas prácticas, como es el caso, por ejemplo de la cesárea a partir de la década del 60.

### **El análisis del proceso reproductivo a través del enfoque de género y de clases.**

Otro aspecto clave para la comprensión de nuestro problema son las teorías de género, que aportan desde su perspectiva el análisis de las relaciones de poder - dominación que se establecen entre las personas, en tanto seres sexuados/as.

Las teóricas feministas plantean que a partir de la apariencia sexual de un/a recién nacido/a, se adjudican expectativas y mandatos vinculados al género. Desde una lógica binaria, dicotómica y heteronormativa las sociedades construyen los géneros, lo femenino queda asociado a la naturaleza en oposición a la cultura masculina. Como seres naturales, se nos ha vinculado desde una mirada esencialista a la biología y lo biológico opera como

elemento clave, para poner en marcha los mecanismos de construcción genérica, que son históricos y sociales y que se expresan a través de estas relaciones de poder- subordinación representadas en las funciones, actividades, normas y conductas esperadas para las personas en cada sociedad.

Hay dos características de esta teoría que son importantes de destacar: una es que por el hecho de ser una construcción, es aprendido y por ende puede sufrir y sufre transformaciones. Y la otra es que esta construcción permea las esferas micro y macro sociales a través de las instituciones, las relaciones interpersonales y la misma subjetividad (de los Ríos, 1993). Esto significa que el género como dimensión social está presente -de alguna manera- en todas o casi todas las relaciones y los procesos sociales y en todos, o casi todos, los objetos socialmente contruidos y existentes (De Barbieri, 2003).

Dentro de esta lógica que afirma que lo femenino es naturaleza y considerando que la medicina centra su estudio en los procesos biológicos; la salud y el cuerpo de las mujeres es un asunto de gran interés. La historia de la medicina es la historia de la dominación e intervención sobre los cuerpos y los procesos fisiológicos y patológicos que en ellos se desarrollan. En esta historia, los procesos reproductivos en general y el proceso de parto en particular, no son ajenos, porque si bien son también procesos naturales, considerando que las culturas modelan las personas imprimiéndole sus representaciones y prácticas, es entonces además un hecho social, histórico, político- cultural, psicológico y en ocasiones también religioso (Giberti, 1998:130).

En otro orden, la salud es a su vez resultado de procesos sociales y culturales y los determinantes económicos son claves para garantizar el acceso a una atención de la salud de calidad, en un marco de creciente mercantilización de la medicina. Es así como los modos de enfermar, sufrir, parir, morir en una determinada sociedad están condicionados por dispositivos sociales, económicos y de género, dentro de un sistema sanitario que reproduce las desigualdades. La comprensión de la forma en que los factores biológicos y sociales interactúan en diferentes aspectos de la salud se torna fundamental para entender cómo funciona el género en su relación con la salud (Sen, 2002).

La accesibilidad a servicios de salud de calidad comprende determinantes que son sociales, económicos, geográficos, humanos y fundamentalmente de políticas sanitarias. Algunos tienen que ver con las condiciones de vida de las personas que necesitan atención y otros tienen que ver con las prácticas de las/los responsables de satisfacer esas necesidades

o demandas o sea las personas que trabajan en los servicios, el equipo de salud. De un lado está el Estado que debe garantizar los derechos y del otro está la ciudadanía. Una cara visible del Estado es el Hospital y el equipo de salud. Este espacio es de mucha tensión y el personal debe contener por un lado las carencias del Estado y por el otro responder a las necesidades de las personas. Este personal que trabaja en los servicios de salud es, en gran medida la llave que facilita u obstaculiza esa garantía de los derechos, articulando las necesidades y la posibilidad de satisfacción de las mismas.

Para este tipo de violencia que ocurre en el espacio de las instituciones públicas de salud, las cuestiones de género, se entrecruzan con las vinculadas a la clase y al poder ejercido por la medicina razón por la cual se hace necesaria la perspectiva de género en el análisis, para hacer visible la manera en que a través de este se organizan y mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres.

### **La contrapartida**

En los últimos años, la idea de volver a vivir el parto y el nacimiento como un proceso de la esfera íntima, privada y sobre todo natural se ha puesto en auge. Diversas organizaciones se han puesto de pie en pos de que las madres y sus familias puedan transitar por este proceso entendiéndolo no como una enfermedad sino como un evento natural y ancestral para el cual las mujeres están fisiológicamente preparadas.

Se desarrollaron así, diversos movimientos en el mundo para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia. Estos cambios se fundamentaron en desarrollos teóricos del Dr. Readm en Inglaterra, de la Escuela Soviética, del Dr. Lamaze y Michel Odent en Francia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde propuso 10 principios y valores para la protección, promoción, y apoyo del cuidado efectivo sobre la tecnología apropiada en el parto. Entre estos principios se enumeran:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.

2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras

herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.

3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.

4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, reumatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.

6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.

7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.

8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.

9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres

10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Del encuentro surge además la siguiente declaración: “El nacimiento no es una enfermedad”. Esta premisa inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado. El concepto se reforzó luego en el año 2000, con la declaración de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Fortaleza, Ceará, Brasil donde se precisó el concepto de humanización de la atención de salud. Esta se orientó hacia la búsqueda del bienestar por parte de los propios interesados, como un factor de progreso y desarrollo humanos, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad.

En relación con el parto, se definió al el parto humanizado como un modelo que pretende tomar en cuenta las opiniones, necesidades y emociones de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como

objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir.

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y sus parejas:

1. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y en los cuales las mujeres deben tener un papel protagónico.

2. Las herramientas obstétricas de atención al embarazo y parto deben estar basadas en evidencia científica y son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.

3. La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas: las madres, los padres y las familias.

### **Marco normativo nacional**

Dentro del marco normativo vigente en nuestro país acerca de las maternidades seguras y centradas en la familia se encuentran los principios y recomendaciones de la OMS ya mencionados, la Ley 25929 “Ley de Parto Humanizado” y la “Guía de la Atención del Parto Normal en las Maternidades Centradas en la Familia” que responde a la Resolución Ministerial N°647. Estos documentos apuntan a una atención personalizada del parto, con la mínima utilización de tecnología que sea necesaria, y dentro de una concepción de nacimiento humanizado.

La Ley 25.929, conocida también con el nombre de “Ley de Parto Humanizado” fue sancionada en el año 2004, para su aplicación tanto en el ámbito público como privado de nuestro país. Establece en el artículo 2 los derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto:

- 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.

- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella.

### **Violencia de género**

La primera legislación que introdujo el concepto de Violencia Obstétrica, aunque sin definirla, fue la Ley de Parto Humanizado ya mencionada; pero fue la recientemente sancionada y promulgada ley 26.485 para erradicar y prevenir la violencia de género, la que la contempló como una de las formas de agresiones contra las mujeres. En su artículo 6, inciso e) define: *“Violencia obstétrica: a 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 a la ley 25.929.”*

Esta definición incluye no sólo a los profesionales actuantes durante el momento del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer embarazada. También especifica que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica. La violencia obstétrica en tanto violencia de género pone de manifiesto la asimetría que existe entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder y que regula el conjunto de las prácticas concretas en los procesos reproductivos de las mujeres. La vulnerabilidad de las embarazadas, parece acrecentarse por su condición de mujeres y al igual que otras formas de violencia, permaneció mucho tiempo invisibilizada. Una de las causas del silencio sobre estos hechos puede responder a que muchas veces los comportamientos son vistos como normales por parte de las mujeres, especialmente por aquellas que acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos poco amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención.

En nuestra sociedad, así como en la mayor parte de los países de Latinoamérica, estos comportamientos se hallan naturalizados, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen reclamar por sus derechos o lo que es peor aún, no los conocen. Lo mismo puede decirse en relación con gran parte del personal de salud, quienes a menudo ni siquiera llegan a cuestionarse la legitimidad de sus prácticas; por lo tanto la violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del Modelo Médico Hegemónico.

Al mismo tiempo la violencia obstétrica constituye una violación a los Derechos Humanos no solo por ser una manifestación de violencia de género, sino por atentar contra el derecho universal a la salud.

Desde hace más de tres décadas, una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco del alcance de los derechos humanos como la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) conjuntamente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996) han alertado sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante los logros

conseguidos a partir de estas iniciativas, las inequidades de género siguen afectándolos servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.

Las leyes argentinas amparan el derecho a parir libremente, respetando los tiempos de la madre y el bebé; sin embargo, estas leyes son violadas con frecuencia en las maternidades, hospitales públicos y clínicas privadas.

En la actualidad, aunque el parto biomédico es aun ampliamente hegemónico, se aprecia un declive en esta tendencia excesivamente medicalizadora y han surgido gran variedad de opciones como alternativas en las dos últimas décadas.

Sin embargo, para lograr una atención humanizada, se requiere de profesionales de la salud sensibilizados y capacitados en este modelo de atención que estén dispuestos a romper las barreras culturales y el paradigma rígido y mecanicista de la medicina occidental, reconociendo que la humanización implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos, quienes poseen experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas o transmitidas de generación en generación.

### **El servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Jaime Ferré**

Este servicio cuenta con personal médico, personal de enfermería y obstétricas de guardia permanente. Diariamente recibe a las embarazadas de la ciudad de Rafaela y alrededores y de la región norte del Nodo Rafaela de la provincia de Santa Fe, teniendo así una gran casuística anual.

En el periodo de enero a junio de 2017 se realizaron un total de 251 partos vaginales y 417 cesáreas. De las mismas, el mayor porcentaje fueron realizadas a causa de tener la mujer el antecedente de cesáreas previas.

El hospital Jaime Ferré cuenta además, con una sala de neonatología nivel II que permite el nacimiento de niños de hasta 32 semanas.

Durante el primer año de la residencia de medicina general y Familiar en Rafaela, los residentes rotamos por el servicio de Maternidad durante 3 meses, pudiendo vivenciar de cerca los procesos rondantes al embarazo y el nacimiento de los niños: realizamos el examen físico y evolución de las madres durante el trabajo de parto, participamos de manera activa en el parto tanto vaginal como cesáreas y llevamos a cabo el control de las pacientes puérperas y el rooming in. Esta experiencia amplió nuestra mirada sobre lo que las

encuestadas pudieron contarnos, ya que permitió ubicarnos en un contexto conocido y explorado con anterioridad. Sin dudas nuestro paso por la maternidad, ha enriquecido el análisis de este trabajo.

### **METODOLOGIA**

El presente estudio fue realizado con un enfoque cualitativo, utilizando como perspectiva teórica el método etnográfico, basándose en los simbolismos que rondan a la experiencia del parto.

Para el trabajo de campo se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad individual, utilizando como instrumento un cuestionario semi-estructurado que se realizó a nueve mujeres pre seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico, del área programáticas de los Caps N° 2 y 4 de la ciudad de Rafaela que cursaron un evento obstétrico en el servicio de Maternidad del Hospital Nodal Dr. Jaime Ferré entre los períodos de enero a junio de 2017. Las entrevistas fueron grabadas para un posterior análisis más completo.

La selección y el contacto, con las mujeres a entrevistar se basaron en el vínculo previo que las mismas mantuvieron con el Caps durante el embarazo y los controles puerperales y de niño sano y con su capacidad de expresión de los eventos vivenciados.

Anteriormente a la realización de las encuestas se le solicitó a cada una de las participantes el consentimiento informado previa exposición de la finalidad y objetivos del estudio, para garantizar la voluntariedad de las mismas.

Se lograron en todos los casos clima de confianza que permitió a las encuestadas expresar sus percepciones libres de juicio de valor lográndose que las entrevistas tengan un contenido de alto valor.

### **RESULTADOS**

El número total de encuestas realizadas fueron nueve, el grupo etario fue desde los 23 a 32 años. De las entrevistadas 5 estaban en concubinato, dos casadas y dos solteras. La mayoría fueron mujeres que no han terminado el secundario, solamente dos lo completaron y de estas una de ellas continuó sus estudios universitarios. Con respecto a su situación laboral, únicamente tres tenían un trabajo laboral regular y el resto eran amas de casa.

Con respecto a las características gineco-obstétricas de las pacientes, dos eran primigestas, una secundigesta y el resto multigestas. Solo una era primípara y tres tenían

antecedentes de cesárea. Por otro lado solo una participó de un curso preparto y otra de yoga para embarazadas.

Casi la totalidad de las pacientes refirieron que al llegar al Servicio de Maternidad los profesionales se presentaron, sin embargo, no pudieron identificar qué rol cumplía cada uno en la Sala. Rocío dijo al respecto: *“no sabía quiénes eran todas las personas que estaban conmigo”* y María Eugenia nos manifestó que *“había tanta gente que parecía una pasarela”*.

Al momento de interrogar si fueron llamadas por su nombre la mayoría manifestó que esto no fue así, sino que el trato hacía ellas fue a través de apodos, como *“mamá”*, *“mami”* o por generalizaciones como *“la paciente de tal cama”*.

Silvina expresó lo siguiente: *“No me llamaban por mi nombre, era un numero de cama, la de la cama 11b”*

A la hora de catalogar la comunicación entre los profesionales y ellas, casi la totalidad de las entrevistadas la calificó como muy buena o excelente; Eugenia planteo que a veces no lograba entender lo que le estaban diciendo y Luciana dijo *“no me gusto como fue la comunicación porque sentía que estorbaba”*.

Casi todas manifestaron estar conformes con el trato y la contención recibidos, según Silvana *“el trato no parecía de profesional a paciente”*. En contraposición, Eugenia manifestó que el trato no fue bueno y *“sentía que molestaba todo el tiempo”*.

La mayoría se sintió respetada en cuanto al cuidado de la intimidad expresando que desde el servicio las ayudaban a que no se sientan avergonzadas. Silvina expresó *“sentí que respetaban mi intimidad cuando le pedían a los acompañantes que salgan de la habitación para examinarme o cuando cerraban la puerta para revisarme”*. Luciana, madre de 3 hijos nacidos todos por parto natural eligió hacer el trabajo de parto en su casa para *“no bancarse tantos tactos”*, rememorando lo ocurrido en sus partos anteriores.

Todas las madres coincidieron en que en todo momento les pedían permiso antes de examinarlas o les explicaban que es lo que iban a realizar.

Todas fueron informadas acerca de cómo iba el proceso del trabajo de parto o la cesárea y una de ellas contó que la las alentaban cuando *“hacía algo bien”*.

Con respecto a la información sobre el estado de su hijo/a recién nacido, solo Eugenia exteriorizó que no colocaron a su bebe en sus brazos al nacer *“no me mostraron a India, quedo cambiadita sobre la mesaba y yo la miraba de lejos, no reclame porque pensé que eso solo pasaba en las películas”*

En cuanto al acompañamiento durante el proceso, aquellas madres que han tenido parto natural recibieron diferentes respuestas: a dos de ellas en principio no les permitieron estar acompañadas por su marido, en un caso por estar la sala ocupada con otro parto y en el otro sin un motivo evidente. Luciana dijo que al final, suplico: *“por favor no me hagan poner más nerviosa déjenlo entrar ”* y así, concedieron su pedido. Roció, prefería vivir su parto sin acompañantes y si bien fue respetada en su decisión sintió que *“Ellas (el personal de maternidad) querían más que entre alguien que yo.”* Eugenia, que reconoció que durante su parto entro en un *“estado de nerviosismo importante”* manifestó que su acompañante fue llamada por el personal recién cuando ella *“estaba a los gritos”* y que el objetivo fue tranquilizarla: *“dejaron pasar a mi amiga pero más por ellas (personal de maternidad) que por mí, sentí que era para tranquilizarme a mí que estaba desbordada, pero no me preguntaron si quería que entre mi hermana o mi amiga directamente entro mi amiga”*. Silvia también vivió su parto sola, en este caso porque su pareja no podía acompañarla por encontrarse trabajando.

En relación a la posibilidad de elegir la posición del parto y deambular, todas expresaron poder caminar y cambiar de posición libremente hasta el periodo más próximo a la expulsión. Desde ahí el parto fue guiado por el personal de salud, *“subite al sillón levanta las piernas y quedate quieta”* refirió Silvana que le dijeron. La mayoría pario en el sillón de partos, y si bien no estuvieron disconformes, no se les dio la opción de elegir otra cosa. Roció tuvo a su bebe en el banquito y esto significo para ella *“una experiencia hermosa por que pudo ver cómo salía su bebe”*. Eugenia quería una cesárea, pidió que a toda costa no tener que pasar por el parto, y no obtuvo nunca respuesta.

## **DISCUSION**

El enfoque de parto humanizado incluye el respeto de las decisiones de paciente, centrando el protagonismo en la mujer y la familia permitiendo así que ella pueda empoderarse de sus derechos y vivir de manera plena este momento importante de su vida.

En este trabajo se puso de manifiesto que la percepción de las mujeres sobre su parto fue buena, quedando la mayoría en conformidad con el trato recibido y los servicios prestados por el sistema de salud, lo cual demuestra la tendencia a dejar de lado practicas hegemónicas que medicalizan la atención de los procesos naturales.

Sin embargo, analizando en profundidad cada uno de los aspectos del parto humanizado y haciendo una mirada crítica podemos visualizar prácticas que si bien están naturalizadas deshumanizan la atención de la paciente.

Analizando el proceso comunicativo personal de salud-paciente se observa una despersonalización en la relación, en donde las mujeres rara vez conocen el nombre de quien las atendió ni son llamadas por su nombre. Es una relación anónima, basada en apodosos o suposiciones. Los profesionales que trabajan en la maternidad conservan el anonimato ya que en su gran mayoría no tienen identificación y si bien concurren uniformados, siendo esto un sello distintivo, este no permite que las pacientes reconozcan su labor en el servicio y sólo algunas personas se presentan ante ellas.

El trato dirigido a las pacientes está cargado de diminutivos que podrían interpretarse como expresiones de cariño: “gordita”, “mamita”, “mami”, “mamá” son algunos ejemplos. Sin embargo, este modo excesivamente familiar profundiza el anonimato e interpone con claridad quien tiene la autoridad ya que a ninguna mujer se le ocurriría referirse a un profesional como “papi” o “mami”. Otra manera de generalizar es denominar a las mujeres por el número de cama, o “la paciente que está en sala de partos” o por su patología “la que espera una cesárea” o “la diabética”.

Por nuestra experiencia durante la rotación en la maternidad creemos que esta incorporado en los profesionales el derecho de las pacientes de elegir o no un acompañamiento durante el proceso del parto. Creemos que en parte se debe a la seguridad y tranquilidad que le confiere al profesional la presencia de un testigo en caso de complicaciones además de los beneficios ya documentados que trae para la paciente, como disminución de la sensación de miedo, elevación del umbral de dolor , entre otros. Las condiciones de vida de las mujeres y su entorno familiar, hace que en ocasiones asistan solas al Hospital ya sea porque alguien se tiene que quedar al cuidado de los hijos, por el trabajo o porque viven en lugares alejados. Estas razones las exponen a una soledad que en algunas pocas oportunidades es elegida y que debe ser respetada y acompañada por el Equipo de Salud. Tal como lo observamos existen mujeres que desean estar acompañadas y lo demandan, otras que desconocen el derecho, pero lo desean y algunas que prefieren estar solas. El Sistema de Salud debe responder y respetar a las distintas necesidades de las mujeres.

Según Gabriela del Pilar Vela Coral en su trabajo “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” al 75% de las mujeres no se les explicó que podían deambular, en contraposición las mujeres encuestadas en el presente estudio, expresaron que si se les dio esta oportunidad. Ninguna de las encuestadas tuvo la posibilidad de elegir la posición para parir: la determinación del uso del sillón o el banquito fue direccionada por parte del personal de salud, pero a pesar de ello, ninguna se mostró en disconformidad. La libre elección de la posición y la de ambulación llega hasta un cierto punto. Y ese punto corresponde a la comodidad del personal para realizar sus tareas. *“Para el sistema de salud, las mujeres deben parir acostadas. Esta postura, facilita la visualización por parte del operario del canal de parto, pero desafía la ley de gravedad y dificulta la capacidad de hacer correctamente la fuerza. Hay diferentes posiciones alternativas, utilizadas histórica y universalmente, pero que no son tomadas en consideración dentro del ámbito hospitalario (salvo honrosas excepciones). Hay estudios que muestran que la posición vertical disminuye los desgarros vaginales y las hemorragias postparto (Coral, 2015), “pero estos beneficios no son tenidos en cuenta.*

El hecho de que las mujeres de este trabajo se hayan sentido respetadas en su intimidad es un aspecto a destacar, ya que no se visualiza lo mismo en otros trabajos. A modo de ejemplo citamos: *“las mujeres entregan sus cuerpos sexuados y se exponen a ser vistas y tocadas en lo más íntimo de su territorio: sus genitales, su sexo. Sacate la bombacha, acostate y abrí las piernas dice el profesional a la mujer que acaba de entrar posiblemente temerosa, a su consultorio. ¿No condensa esta orden, aquello que antecede a la violación? ¿Cómo viven las mujeres, las inexpertas, las adolescentes que llegan por primera vez a una consulta, las que tienen muchos hijos/as, la tímida o la desenvuelta esta experiencia de exposición de su cuerpo? El tacto vaginal como práctica frecuente, muchas veces innecesaria y sin consentimiento, remeda a la violación”.* (Bledel, 2011)

## **CONCLUSIONES**

Este trabajo deja en claro que aún falta un largo camino por recorrer en lo que respecta al empoderamiento del derecho del parto humanizado.

La medicalización de los procesos naturales puede hacer perder de vista la integralidad de las necesidades de las personas, con la consecuente falta de sensibilidad

cuando una mujer demanda un derecho. El sistema de salud, aún sigue reproduciendo algunas prácticas que deshumanizan a las mujeres que van a parir y que además pueden no tener un real beneficio en ellas o sus bebés.

A lo largo de la investigación se analizaron las relaciones establecidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia entre el personal de salud y las usuarias del sistema, buscando posibles espacios de violencia institucional y recuperando las situaciones, las prácticas individuales y las normativas institucionales que perpetúan de forma naturalizada las relaciones de poder- subordinación.

La naturalización de las intervenciones médicas en el proceso del nacimiento por parte de algunas mujeres y sus familias propicia la persistencia de las mismas y eso nos coloca a nosotras en un lugar desde el cual debemos realizar intervenciones para regular las biologización del parto y la maternidad.

Las percepciones de las mujeres encuestadas, pacientes pertenecientes a los centros de salud donde día a día nos desarrollamos como médicas generalistas, con quienes estamos en continuo contacto, nos han mostrado que debemos emprender la tarea de facilitar el ejercicio de los derechos y para esto, necesitamos desarrollar estrategias para dar a conocer a los mismo ya que solo así, será posible el camino hacia la vivencia libre y plena que supone un verdadero parto humanizado.

### **PROPUESTAS**

El primer paso para comenzar a transformar esta realidad es hacer visible aquello que no se ve: mirar de manera crítica lo que está instalado y se ha hecho inconsciente. *“Para enfrentar este proceso es necesaria una actitud sensible, con capacidad reflexiva y autocrítica, y poder transformar en conflictos aquello que está naturalizado, cuestionando las relaciones de dominación.”* (Bledel, 2011). Así, realizar un abordaje centrado en el sistema, que intente buscar las causas que llevan a generar los efectos nocivos o la perpetuidad de prácticas que no tienen ningún beneficio, donde se involucren todos los actores participantes resulta fundamental.

Hace falta tener el conocimiento de la reglamentación vigente para poder cuestionarnos como efectores que estamos haciendo de menos o de más y asumir el compromiso de la actualización y la capacitación permanente. Intentar introducir a nuestro actuar cotidiano una mirada holística que permita comprender a la salud como un proceso

social y cultural, comprendiendo a la maternidad alejada de los procesos exclusivamente biológicos, factibles de ser instrumentados o intervenidos, habilitando otra conciencia ética y por ende, otras prácticas.

Es necesario lograr el reconocimiento de los derechos por parte de las propias mujeres. Para ello las estrategias van desde difusión gráfica de la reglamentación vigente hasta talleres o espacios de debate donde puedan confrontar lo normativo con lo que sucede en sus propias vidas a diario. Asegurar la llegada de información y la incorporación de la misma como algo propio, como un verdadero derecho por el que luchar, debe ser nuestro objetivo más próximo.

*“No se olviden que están trabajando con mamás, porque la vocación pasa por eso”,* dijo Luciana durante la entrevista. Ese tipo de mujeres queremos: libres, empoderadas, protagonistas.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. (2004). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. MSAL.

Asamblea general de la OEA. (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Organización de Estados Americanos.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Belli, L. (Enero-Junio de 2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.

Blazquez Rodriguez, M. (2012). Nosotras parimos ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria embarazo, parto y puerperio?". *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(3), 400-405.

Bledel, C. C. (2011). Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. (pág. 58). Santiago del Estero: Barco Edita.

Chalmers B, M. V. (2002). Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y posparto. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21 (3).

Código Penal. (1921). Art.86 La interrupción legal del embarazo.

Coral, G. d. (2015). “Percepción de la paciente sobre la atención del parto., (pág. 34). Lima Perú.

De Barbieri, T. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género.

- De los Ríos, R. (1993). Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción. *Género, Mujer y Salud en las Américas*.(451). (O. P. OMS, Ed.) Washington.
- Esteban Galarza, M. (2007). LAS CULTURAS DEL NACIMIENTO Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos.
- Focault, M. (1999). Estrategias de Poder.
- GENTES, G. M. (2010). Algunas reflexiones sobre los trabajos de parto en relación con el marco normativo. Córdoba, Argentina: Secretaría de Extensión. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Giberti, E. (1998). *Tiempos de mujer*. . Buenos Aires.: Editorial Sudamericana. .
- Gita, S., Asha, G., & Piroška, O. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS.
- Jordál, D. G., & Bernal, Z. D. (2010). *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336.
- L., M. E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria . En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo* (págs. 451-464.). Buenos Aires.
- Ley N° 25.673. (2002). Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley N° 26.130. (2006). Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Ley de ligadura tubaria y vasectomía.
- LEY NACIONAL 25.929. (2004). Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.
- LEY NACIONAL 26.485. (2009). Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley Provincial N° 7032. (2011). Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito en el que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2005). Preparación integral para la maternidad. *Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*.
- SÁNCHEZ, J. A., ROCHE, M. E., Viguera, M. D., Peña, E. B., López, R. M., & Munárriz, L. Á. (2017). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana* 2012, 7(2).
- Westbrook, L. K. (2015). El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires.

