



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



Facultad de Ciencias
Políticas y Sociales

TRABAJO DE TESIS

“Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género.”

Alumna: Paula Quevedo

Directora: Mgt. Silvia García

Co-Directora: Lic. Laura Quevedo

Lic. En Trabajo Social

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Universidad Nacional de Cuyo

2012

“Para cambiar el mundo, es necesario cambiar la forma de nacer.” Michel Odent



INTRODUCCIÓN:

La presente tesis de Violencia Obstétrica fue realizada con la intención de generar un nuevo y útil conocimiento para la carrera y la facultad en su totalidad, debido a que dicha problemática nos atañe a todos y todas.

Actualmente es de gran importancia llevar a cabo una investigación sobre violencia obstétrica en el sistema de sanitario público de Mendoza, debido a que es un tema poco estudiado. Este tipo de Violencia contra la mujer fue reconocido recientemente en el año 2009 con la ley nacional 26485, en el mismo año que se promulgó en la provincia la ley 8130 que establece cuales son los derechos de los padres e hijos/as en el proceso de nacimiento (adaptación de la ley nacional 25929 del 2004).

En este sentido, la Violencia Obstétrica implica la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias de los profesionales y personal de salud pública no existen datos de su garantía, ni tampoco sobre la real existencia o no de violencia obstétrica. Se entiende que sólo existen algunos relatos aislados que darían cuenta de la existencia de este tipo de violencia, los que provienen del ámbito privado de ciertas mujeres que expresan sus experiencias y las transmiten a otras.

Ésto genera la necesidad de llevar a cabo una investigación que dé como resultado información y conocimiento certero sobre el funcionamiento del sistema sanitario de Mendoza, en cuanto a prácticas violentas y cumplimiento de las leyes, desde una perspectiva de género, a fin de concientizar y analizar futuros cambios o propuestas sobre un tema tan importante.

La naturalización de las prácticas rutinarias médicas, las características “machistas” de las intervenciones que históricamente se han dado en el sistema de salud, el desconocimiento y la falta de información de las pacientes, son factores influyentes en el nivel de concientización, cuestionamiento, modificación y mejoramiento de algunas prácticas antiguas y repetidas mecánicamente. Por eso, es posible y sería interesante que los resultados de esta investigación ayuden a

concretar cambios en estos aspectos. Asimismo, significaría un aporte en la profundización de los cambios del paradigma tecnocrático que viene desarrollándose en el ámbito de la salud y de la formación sus profesionales.

También la importancia de este tema se da por el momento en el que se genera la violencia obstétrica; el embarazo, parto y puerperio, los cuales son momentos importantísimos para la vida de cualquier persona, ya sean madres, padres, niños/as. Entiendo que el nacimiento marca de manera tajante la salud física- mental y la vida en general de las personas. Por ello entiendo que la manera en que un bebé llega a este mundo es de vital importancia para él, sus progenitores y para la sociedad en la que nace, por ello; la decisión de dónde, con quién y cómo queremos que nazca nuestro hijo/a debería tomarse responsable, libre y conscientemente.

Michel Odent expresa “para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer”; y esta frase, no es sólo un conjunto de palabras utópicas, sino la certeza científica de que tendríamos un mundo mejor si naciéramos en mejores condiciones. Este mismo autor explica, con estudios que exploran las consecuencias a largo plazo de cómo nacemos, los resultados relacionados con problemáticas sociales típicas (criminalidad juvenil, suicidio adolescente, drogadicción, anorexia nerviosa, autismo, etc.) pero que son evitados por la comunidad médica y los medios de comunicación.

No es un hecho casual que la investigación se realice en Instituciones Públicas, esto es así, porque estos lugares son los que reciben y atienden a la mayoría de la población cotidianamente.

Por otro lado, el Trabajo Social es una profesión que en los últimos años ha tomado un rol relevante, tanto en la promoción de los Derechos, como en el ámbito de la salud pública, y también en la temática de Desigualdad de género, áreas en las que se efectúa la violencia obstétrica. Pero aun así, no hay conocimiento sobre investigaciones, hasta incluso, sobre proyectos u otro tipo de intervenciones en cuanto a violencia obstétrica, por lo que esta investigación sería

de gran relevancia para el avance del reconocimiento efectivo de los derechos y para la ampliación del infinito campo profesional del Trabajo Social.

El Trabajo Social, a mi entender, debería tener una importante formación teórica que le permita establecer las mediaciones necesarias para intervenir sobre la realidad, a partir de la comprensión de por qué y sobre qué se actúa. Es necesario pensar en formar un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que muchas veces ocupa la profesión.

A partir de la fundamentación expuesta, se presenta a continuación el desarrollo de la investigación. La misma la encontrarán organizada en capítulos de la siguiente manera:

- Capítulo I: Constituido por el Marco Teórico, el cual desarrolla las principales categorías de análisis como, Violencia de Género, Derechos, Salud, Mujeres en la Sociedad Patriarcal, Intervenciones Innecesarias, Relaciones de Poder, Mortalidad Materna, etc. Y el Encuadre Legal actual.
- Capítulo II: Presenta la Estrategia Metodológica utilizada en el desarrollo de la tesis, Especificando el tipo de investigación, de metodología, los objetivos, supuestos, preguntas de investigación, técnicas utilizadas, contexto institucional y la unidad de análisis.
- Capítulo III: Está compuesto por el Análisis e Interpretación de los datos obtenidos a partir de la aplicación de las técnicas seleccionadas.
- Capítulo IV: Por último, este presenta de manera desarrollada las Conclusiones en función a cada categoría investigada y las Reflexiones Finales y Propuestas.
- Anexos: Donde encontrarán las leyes, artículos y notas que encuadran esta temática.

CAPÍTULO I:

MARCO TEÓRICO.



DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS PRINCIPALES:

A continuación se desarrollará una introducción con las principales categorías que refieren a la Violencia Obstétrica, definidas brevemente. Luego se sigue con el Encuadre Legal, lo que va a dar lugar al desarrollo de los Derechos y por último las demás categorías teóricas que explican los diferentes aspectos que constituyen esta temática.

En este sentido comienzo diciendo que la violencia en función del género es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a muchísimas mujeres. Es también, una de las manifestaciones extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad patriarcal.

Al mismo tiempo, sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de otros niños/as en la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general.

En virtud del reconocimiento, por parte de la OMS, de la violencia como un problema de salud pública y de género, es que se comienza definiendo estos conceptos.

La Organización Mundial de la Salud, ha definido la **Salud** como “un estado de completo bienestar físico, mental, y social...” y no solamente como la ausencia de la enfermedad. Existe hoy un concepto más dinámico que plantea que la Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Este tema nos lleva a mencionar necesariamente al **Derecho de Salud**. En este sentido amplio, este Derecho no puede concebirse como el mantenimiento irrestricto del estado referido, resultando tal afirmación estática, subjetiva y hasta utópica, en el entendimiento que no hay norma jurídica que puede torcer el rumbo inexorable del acontecer natural.

Según la OMS: “El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.”

La Constitución Nacional garantiza el derecho a la Salud, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), incorporado en el art. 75, inc. 22. El PIDESC define el Derecho a la Salud en el artículo 12 como “el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” Por lo tanto, los sistemas jurídicos de Latinoamérica reconocen el derecho a la salud, otorgándole estatus constitucional.

Es responsabilidad del Estado Nación garantizar este Derecho, es por eso que toma relevancia, en este aspecto, la **Salud Pública**. La cual es la disciplina encargada de la protección de la Salud a nivel poblacional. Por lo tanto la Violencia Obstétrica debe ser agenda de la Salud Pública.

Por otro lado este tipo de Violencia tiene una característica inherente que la condiciona y la invisibiliza como tal, y es la cuestión de **Género**. Por ello a continuación definiré este término y la Desigualdad de Género como categorías fundamentales para entender esta temática. Sin duda cualquier tipo de desigualdad implica violencia es por eso que se desarrollará también este concepto de la siguiente manera:

Desigualdad y violencia de género:

Género es un concepto contemporáneo que busca eliminar ciertas discriminaciones que nacen cuando se habla de sexo biológico como única condición. Este concepto tiene que ver con ciertos roles, por lo tanto son los comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros estén condicionados para percibir como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquizan y valorizan de manera diferenciada. Es por ello que se habla de Desigualdad de Género y no de Sexo.

Marta Lamas, en “El género es cultura”, define el término como “el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre. Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas. El género es cultura, y la cultura se transforma con la intervención humana.”

La **desigualdad de género** se da cuando los individuos a los que se les atribuye un género determinado no tienen acceso a posibilidades sociales de igual nivel que los individuos de otro género. Este tipo de desigualdad implica violencia.

“La **violencia** es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad.” (Cf. Amalio Blanco, «Los cimientos de la violencia», *Mente y Cerebro*, 49, 2001, págs. 9-15)

En este sentido, la **Violencia de Género** es definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, como:

“(…) todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (Asamblea General de la ONU. Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993)

Esta definición sitúa la violencia contra las mujeres en el contexto de la desigualdad relacionada con el género como actos que las mujeres sufren a causa de su posición social subordinada con respecto a los hombres.

Específicamente en Argentina, La ley N° 26.485 (2009) de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres En Los Ámbitos En Que Desarrollen Sus Relaciones Interpersonales, define en el Artículo 4º la violencia contra las mujeres, entendida como:

“toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.”

La Organización de las Naciones Unidas viene reconociendo desde hace algunos años que la violencia sobre las mujeres constituye un freno para la consecución efectiva de la igualdad, desarrollo y paz, y es evidente que tal tipo de violencia tiene condicionantes culturales basados en la superioridad del género masculino sobre el femenino, vulnera además del derecho a la igualdad, derechos fundamentales de la persona, en este caso la mujer, tales como el derecho a la dignidad de la persona y el libre derecho de la personalidad, la vida, la libertad, la seguridad, la integridad física, etc. Es importante entender que la violencia basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa.

En este sentido, los derechos de las mujeres, que empiezan a tener lugar en numerosas convenciones, pactos y tratados que debaten y analizan en forma decidida la temática. Prueba de ello son:

- La Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado (1974)
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979): Referida a las discriminaciones voluntarias y aquellas

no intencionales que afectan a las mujeres en todos los ámbitos de interacción social y en todas las etapas de su ciclo vital. Dicha Convención fue aprobada por la ONU en 1979 y ratificada en la Argentina en 1985 a través de la ley 23.179. Fue consagrada a la constitución del 94, a través del artículo 75 inciso 22. estableció que los estados deben garantizar a las mujeres "servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto".

- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificó, en su artículo 24, que los estados deben "asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada para las madres" y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo "orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar".
- La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993).
- La Conferencia Internacional de las Mujeres en Beijing- China: se impulsa un agenda humanista, integral y acumulativa en beneficio de la vida, la salud y los derechos de las mujeres.
- El Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1999).
- La Cumbre del Milenio en el 2000 dio origen a los objetivos de desarrollo del milenio que destacan: promover la igualdad de género y la participación de la mujer en las decisiones, disminuir la mortalidad Infantil y mejorar la salud de las mujeres.

Los tratados y pactos anteriormente detallados, conforman la base y respaldo del encuadre legal respecto a la Violencia Obstétrica, por ello a continuación desarrollaré algunos elementos específicos que le dan un marco jurídico a la temática de estudio.

ENCUADRE LEGAL.

RECOMENDACIONES DE LA OMS:

La OMS considera que sus recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. En estas recomendaciones se tiene en cuenta los factores sociales, emocionales y psicológicos que reconoce como fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

Las siguientes son algunas de las recomendaciones más importantes a mencionar en cuanto a la prevención de la violencia obstétrica:

16 Recomendaciones De La Organización Mundial De La Salud (OMS)

“El nacimiento no es una enfermedad” (Resumen del Documento “Tecnologías de Parto Apropriadas”, publicado por la OMS en abril de 1985)

1.- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.

2.- Debe fomentarse la capacitación de matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como el puerperio.

3.- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc).

4.- No existe justificación en ninguna región geográfica para más de un 10 al 15% sean cesárea.

5.- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

6.- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

7.- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de parto.

8.- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

9.- No se justifica el uso rutinario de episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).

10.- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región Geográfica deba tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.

11.- Debe evitarse durante el trabajo de parto la administración por rutina de fármacos analgésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.

12.- No se justifica científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina.

13.- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.

14.- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.

15.- Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

16.- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

PRINCIPIOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) ACERCA DEL CUIDADO PERINATAL: GUÍA ESENCIAL PARA EL CUIDADO ANTENATAL, PERINATAL Y POSTPARTO.¹

La Oficina Regional de la OMS para Europa desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea).

En resumen los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron:

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, (set mínimo de intervenciones y aplicar la menor tecnología posible.)

¹ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207

2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada. 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.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario (parteras, obstetras, neonatólogos, 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, 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.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

DECÁLOGO CLAP OPS/OMS 2003: METAS A LOGRAR EN LA ATENCIÓN MATERNO PERINATAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de la OPS/OMS, publica en el año 2003 el siguiente Decálogo que apoya los conceptos vertidos precedentemente y también incorpora otros aspectos que los completan, haciendo un llamado para que se transformen en Metas para la región de América y el Caribe:

1. Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios.
2. Que toda mujer de la región pueda alcanzar su salud reproductiva.
3. Que las prácticas utilizadas en la atención sean basadas en la mejor evidencia disponible.
4. El trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora.
5. El resultado de nuestra atención debe basarse no sólo en los aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.
6. Que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención.
7. Que las tecnologías sean evaluadas antes de ser introducidas en la práctica clínica.
8. Que la región investigue en forma mancomunada la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios.
9. Exigir que los profesionales de la salud cuenten con un sistema de certificación periódica por organismos de pares.
10. Todas las mujeres deben recibir calidad de la atención igualitaria.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL.

- **LEY 25.929: DERECHOS DE PADRES E HIJOS DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO DEL 2004.(LA LEY DE PARTO HUMANIZADO.)**

La primera ley nacional que se ocupa del tema de la violencia obstétrica es la ley 25929 conocida también con el nombre de ley de parto humanizado. En ella se establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) 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 misma.

Cabe señalar que el incumplimiento de las obligaciones emergentes de la ley 25.929, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder

- **LEY 26.485 DE PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS ÁMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES(2009):**

Esta ley establece en su artículo 6 inc. e) como una de las modalidades que puede tener la violencia de género a la “**violencia obstétrica**”, y dice que *“es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.”*

- **LEY PROVINCIAL 8130. LEY DE MATERNIDAD E INFANCIA.(2009)**

Esta ley de Mendoza es la adaptación de la anteriormente mencionada ley nacional 25.929. Brevemente establece:

- En el Artículo 1º dice: La presente ley será de aplicación tanto en el ámbito público como privado de la atención de la salud en la Provincia de Mendoza. Todas las entidades provinciales que presten servicios médicos asistenciales deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en la presente Ley, implementando las medidas necesarias para capacitar al personal profesional y no profesional, adecuar los recursos físicos y la estructura organizativa a esta modalidad.
- En el Artículo 2 Se especifican los derechos, que coinciden casi en su con la ley nacional mencionada anteriormente.

- El Art. 3º menciona los derechos del /la recién nacido/da.
- Y el Art. 6º dice: El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente Ley por parte de las obras sociales, prepagas, efectores del estado, equipo de salud y de las instituciones de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Luego de la introducción conceptual y el encuadre legal se abre el camino para comenzar con la profundización de categorías teóricas y fundamentales que explican esta temática.

Comenzaré dicho desarrollo con la enumeración de los derechos de las mujeres embarazadas a los cuales en algunos aspectos respaldan las anteriormente mencionadas leyes.

DERECHOS DE LAS MUJERES:

DERECHOS DE LAS MUJERES VULNERADOS.

Es importante señalar que, con relación al uso de los servicios de salud reproductiva de los hospitales, la población específica que concurre a ellos es femenina. Esta circunstancia nos lleva a pensar en la existencia de prácticas naturalizadas y discriminatorias en razón de género.

La Ley nº 23.592 sobre actos discriminatorios, establece que se deben dejar sin efecto y cesar en la realización de actos discriminatorios teniendo en consideración el ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional . El Estado argentino tiene la obligación de brindar un trato digno a todas las personas, no sólo por la ratificación de tratados, pactos y declaraciones internacionales, sino porque ello está contemplado en nuestra norma fundamental y en leyes de jerarquía inferior.

1-Derecho a estar libre de discriminación por género:

La CEDM, señala que la expresión “discriminación contra la mujer” a los efectos de la Convención denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Con relación a la atención en la salud, la CEDM consagra la obligación de los Estados partes de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, y garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos. (Art. 12.)

La Conferencia Mundial sobre DDHH de 1993 señaló su preocupación por las diversas formas de discriminación y violencia a las que siguen expuestas las

mujeres en todo el mundo. Por su parte la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1995, reconoció que “la igualdad y la equidad entre la mujer y el hombre constituye una prioridad para la comunidad internacional y, como tal, debe ser un elemento fundamental del desarrollo económico y social”. Señaló, además, que se debe promover el desarrollo social particularmente de las personas que viven en la pobreza para que puedan ejercer sus derechos, utilizar los recursos, etc.

2- Derecho a la integridad personal:

Significa el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Este derecho está protegido por todos los instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Así, por ejemplo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁴ (CADH), en el art. 5 expresa que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

El respeto a la integridad personal implica que nadie puede ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.

3- Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes:

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) en su art. 5 señala que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP), en su art. 7 expresa que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes⁷ (CTT), en su art. 16 plantea que los Estados se comprometerán a prohibir otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y que no lleguen a ser torturas, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones

oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, en su art. 4 expresa que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y que esos derechos comprenden, entre otros, el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, etc.

Se denominan tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos, sean físicos o mentales, cualquier tipo de inducción a la degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones, moral, o valores culturales.

4-Derecho a la salud, salud reproductiva:

Este derecho está garantizado por varios documentos internacionales de derechos humanos. Además, ha sido objeto de análisis y conceptualización en diversos foros internacionales.

Así la Plataforma de Beijing, sostiene que el disfrute integral del derecho a la salud, por parte de la mujer, “es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada”. Señala que diversos factores contribuyen a determinar la salud de la mujer, tales como los factores biológicos, el contexto social, político y económico en que vive. Afirma que, el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud, es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos.

También reconoce “el derecho humano de la mujer, a tener control respecto de salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia”.

Para clarificar aún más la interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos humanos, cabe mencionar un caso llevado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y en cuya resolución aparece, claramente

evidenciada, la exigibilidad del respeto de los DDHH por parte de los Estados en virtud de los compromisos asumidos al suscribir los tratados internacionales y su consecuente responsabilidad por la vulneración de los mismos.

5-Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad:

Estos derechos están y han sido protegidos en las múltiples normativas internacionales de derechos humanos y ha sido protegido de la siguiente manera: la CADH, en el art.11 señala que las personas tenemos derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación¹¹. La DUDH en el art. 12; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 17.1.

El derecho a la intimidad implica, por un lado, un límite a la injerencia externa y, por otro define un ámbito de libertad para tomar decisiones que conciernen a la vida privada.

Entiendo que las personas deben tomar decisiones en condiciones de libertad de las diversas formas de coacción, amenaza, violencia.

El derecho a la intimidad garantiza una esfera que nadie puede invadir, un campo de actividad que es absolutamente propio de cada individuo.

6- Los derechos reproductivos y la inequidad social y de género:

Se ha visto que las mujeres de los grupos sociales que gozan de mayores ingresos y niveles educativos, desarrollan ciertos márgenes más amplios de autonomía personal y de movilidad, por lo que, sus derechos sexuales y reproductivos se ejercen más allá de las normas tradicionales vigentes, de las prohibiciones y tabúes. Puede ser por ello que para estos grupos de mujeres, en general, la salud sexual y reproductiva no sea percibida como un área prioritaria.

Las desigualdades socioeconómicas de la región de América Latina y el Caribe y las condiciones sociales de pobreza cada vez más creciente para las mujeres, las inequidades por razones de género y edad son factores determinantes

del riesgo que las mujeres enfrentan en su salud en general y, en su salud sexual y reproductiva en particular.

Ha dicho la Plataforma de Beijing que hay realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre la salud de la mujer. Así menciona, “la incidencia de la pobreza y la dependencia económica en la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, la discriminación racial y otras formas de discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones” .

DERECHOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS:

Partera Elvira Lutz de la Relacahupan de Uruguay en un boletín del año 2007 enumeró de la siguiente manera los derechos de una mujer embarazada:

1. La mujer embarazada tiene derecho a ser informada sobre la sexualidad durante el proceso de gestación.
2. La mujer embarazada tiene derecho a disfrutar de las relaciones sexuales. El embarazo no es una enfermedad.
3. La mujer embarazada debe estar informada sobre los efectos secundarios que pueden tener los medicamentos o la aplicación de determinadas tecnologías actuando directamente sobre el feto. No se ha probado la inocuidad de ninguna droga para el feto antes de nacer.
4. Toda embarazada tiene derecho a un parto natural, y a negarse a intervenciones innecesarias como rasurado, enema, rotura de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo.
5. La mujer embarazada tiene derecho a saber con anticipación si va a requerir una cesárea, los motivos de su indicación y los riesgos que puedan existir para ella y su bebé.

6. La mujer embarazada tiene derecho a ser informada sobre el nombre y marca de la medicación que va a recibir a efectos de informar al profesional si es alérgica a la misma.
7. Tiene el derecho a determinar por sí misma si acepta o rechaza cualquier tratamiento asumiendo los riesgos.
8. Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.
9. La mujer embarazada tiene derecho a escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento de nacimiento, que le resulte más apropiado y menos tensionante.
10. Tiene derecho al contacto inmediato con su bebé (si el mismo está en buen estado de salud) en su cama, y amamantando según sus necesidades independientemente de las normas institucionales.
11. Tiene derecho después del parto a ser informada sobre su estado de salud y el de su hijo/a recibiendo información clara en caso de cuidados especiales que pudiera requerir antes de retirarse de la maternidad.
12. Tiene derecho de disponer de la Historia Clínica.
13. Tiene derecho a recibir información sobre su salud sexual y reproductiva que favorezca en el ejercicio de una sexualidad plena, incluyendo información sobre anticoncepción y los servicios privados y públicos que los brindan.
14. Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso del personal de salud.
15. Tiene derecho a ser escuchada y atendida en sus apreciaciones y sentimientos, respetándola en su intimidad y privacidad.

LOS DERECHOS DE LA EMBARAZADA SEGÚN EL DR. CARLOS BURGO:²

La técnica y la tecnología han sido y son utilizadas en muchas oportunidades como argumentos de intervención profesional, provocando una alteración en la trama vincular. Se transforma así, la instancia de embarazo y parto, en episodios en los que la pérdida de individualidad, intimidad, sostén, escucha, dan lugar a una sucesión de rutinas e intervenciones médicas innecesarias y escasas veces decididas desde la reflexión y el respeto por el mundo afectivo de la embarazada.

Pensando en la violencia que comporta para la mujer algunas prácticas asistenciales, desde el sentimiento de indiferencia que se instala en los encuentros con los profesionales hasta la percepción del abuso de algunas prácticas; y considerando los ideales sociales sobre lo que "debe y no debe hacerse", es que el Dr. Burgo elabora un decálogo de derechos de la embarazada. Este malestar ha generado en nuestro país y en otros lugares del mundo, alternativas y procedimientos que han sido definidos de múltiples maneras y que posibilitan eludir los condicionamientos que impiden a cada mujer asumir el rol protagónico y favorecen la reflexión acerca de cómo quieren parir y recibir al hijo.

Para Carlos Burgo el cuidado no está solamente vinculado a la atención tecnológica, sino que lo esencial pasa por ese "cuerpo a cuerpo" de la relación entre la futura madre, el padre, y el equipo profesional que les brinda asistencia. Su decálogo de derechos intenta restablecer los conceptos de dignidad, respeto, continencia, placer, permisos y tolerancia.

Decálogo de los derechos de la embarazada:

1. Derecho a que no la consideren una enferma

² Miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA); Miembro de Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER); Miembro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP); Miembro del Foro de Profesionales por la Humanización del Parto y del Nacimiento; Miembro de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento ([RELACAHUPAN](#))

2. Derecho a pedir la participación de su pareja
3. Derecho a tener miedo
4. Derecho a elegir
5. Derecho a sentirse dueña de su cuerpo
6. Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias
7. Derecho a sentir placer y a sentir dolor
8. Derecho a expresarse según su necesidad
9. Derecho al vínculo inmediato con su hijo
10. Derecho al buen trato

1- Derecho a que no la consideren una enferma

No solo sus familiares y amigos imaginan y crean una situación de riesgo, sino que un gran porcentaje de médicos comparte este sentimiento: prohibiciones, estudios excesivos, medicamentos innecesarios.

En realidad, no solo no está enferma, sino que ésta es la etapa más plena de su vida, y no tiene por qué variar su ritmo de todos los días.

¿De dónde proviene esta idea de tomar el embarazo como una enfermedad? Desde el comienzo de la gestación empiezan a cambiar cosas. Se siente distinta. Dentro de sí, algo ocurre en su cuerpo y en sus emociones. Y afuera, también, algo se modifica en la relación con los demás.

Y es que estos cambios suyos provocan en la gente la sensación de "no habitualidad", y se tiende a considerar lo no habitual como "no normal", o "no sano", por lo tanto el embarazo resulta ser una situación de "enfermedad". Por otra parte, las mujeres de su alrededor proyectan sobre ella sus propias historias. El recuerdo de cómo fueron tratadas, sus experiencias personales, sus sensaciones, sufrimientos, etc., son depositados en la embarazada como si el suyo fuera un "mal

estado". Y aparecen las advertencias que presuponen un cuidado. Muchos de estos cuidados están enfocados a limitar fundamentalmente su actividad física: ejercicios, desplazamientos cotidianos, actividad sexual, etc.: un organismo enfermo se supone que debe estar en reposo.

Lo cierto es que es simplemente una etapa importantísima en la vida de una mujer, que no le impedirá casi nada y que debe ser vivida con placer y permisos.

Seguir con todo lo que venía haciendo: trabajo, estudio, deportes (exceptuando situaciones muy violentas). Pasear y bailar, ir a la peluquería y comer como siempre.

Es importante que pueda defender el derecho de estar sana y sentirse bien. Y para ello, reconocer los mensajes de su propio cuerpo, que le impondrá la libertad y los límites naturales.

2- Derecho a pedir la participación de su pareja

Estos dos seres humanos, varón y mujer, que un día se encontraron y decidieron compartir la vida, también decidieron juntos incluir al hijo y transformarse en una familia. Y si bien el embarazo está instalado en el cuerpo de la mujer, en realidad les pertenece a los dos.

El desconcierto que despierta un planteo tan simple y elemental como el de incluir al varón se expresa con advertencias llenas de temor. El hombre está bastante propenso a participar, pero frecuentemente no es acompañado por quienes debieran hacerlo: familiares y amigos que lo desalientan, el médico que lo deja fuera de la consulta, la partera que lo saca cuando va a examinar a su mujer, la enfermera a cada momento, y las instituciones que lo excluyen desde rígidas normas. Esto sucede así porque la participación del varón es transgresora porque es un cambio en algo establecido. El embarazo y el parto fueron históricamente cosa de mujeres. Pero esta situación está cambiando porque también se transformó la relación de pareja. En efecto, la cultura de centurias que impuso los roles fijos y estereotipados del varón fuera de la casa y la mujer dentro, excluyó a la mujer del desarrollo personal y al varón del vínculo con los hijos.

Actualmente; los nuevos paradigmas sociales y económicos provocan cambios frente a la situación de embarazo, situaciones como la desocupación y la necesidad de contar con más de un ingreso para sostener el hogar, y el diálogo más abierto hace que lo referido a las cuestiones domésticas ya no sea "cosa de mujeres", sino "cosa de la pareja". No solo el varón sino la mujer pueden exigir un compromiso de quienes los asisten, para otorgarles el derecho de poder estar Juntos en todas las instancias que lo deseen.

Si los dos quieren compartir las vivencias del parto, la pareja debe defender este derecho a que él participe, porque el nivel de emoción de ambos durante esta milagrosa experiencia será más intenso y perdurable.

Él está preparado, si lo desea. Nada lo obliga, solo el deseo de ambos. Puede estar para ver, para tomar al niño en el nacimiento, para cortar el cordón, o solo para estar. Su presencia, sus caricias, su aliento, son un soporte magnífico para sostener a su mujer en el momento de parir a su hijo.

3- Derecho a tener miedo

El miedo al movimiento, a las malformaciones fetales, al dolor, al sufrimiento, y a la muerte de la madre o del bebé, son emociones que con mayor o menor intensidad, y mayor o menor negación, acompañan siempre a la embarazada. Frente a la aparición de estas emociones y la tentativa de apaciguarlas es necesario tomar conciencia de que no se pueden detener.

Si se analizan los orígenes, los momentos y motivos en que estos temores aparecen, la embarazada podrá aceptarlos y buscar contención afectiva y respuestas adecuadas.

Las fantasías de muerte, son la base de todos los temores. En otras épocas había muchos casos de muerte en embarazos y partos, cuando no existía control de la natalidad ni medios técnicos para controlar adecuadamente el embarazo, y para atender las urgencias o accidentes que pudieran surgir. Esto fue así desde siempre hasta el siglo XX, y entonces; ¿Cómo no tener miedo!?

- Los miedos son irracionales y muy profundos, tienen que ver con lo ancestral y más primitivo de nosotros. Desde tiempos remotos el ser humano creó rituales para conjurar lo temido y hoy de distintas maneras seguimos haciéndolo. Cuando una embarazada pide un "curso de parto sin temor y sin dolor" está solicitando un ritual mágico para resolver su miedo. En verdad prepararse para el parto implica asumir el temor y el dolor como una realidad que ella va a transitar pero con la que puede operar y no paralizarse.

- Otra cuestión que asusta es la posibilidad del sufrimiento. Debemos diferenciarlo del dolor, que es una sensación física displacentera pero que no está asociado a las emociones. Cuando hay mucho temor, el dolor puede transformarse en sufrimiento que supone sentimientos de pérdida y de abandono.

El temor más conscientemente reconocido es el de la malformación del bebé. Tal vez por ser el más simple de descartar (antecedentes, estudios, etc.) los médicos pueden tranquilizar mejor a la mujer. Es decir que puede haber un mayor diálogo sobre este temor en particular, porque de alguna manera estamos hablando de otro que es el bebé.

Pero si en el vínculo entre el equipo y la pareja se pueden compartir otros temores y hablar de ellos, seguramente dejarán de tener un efecto adverso. La cuestión no reside en no tener miedo, sino en reconocerlo y aceptarlo para poder actuar y no cerrarse.

Cuando el equipo de asistencia acepta los temores y ayuda a la pareja a no paralizarse, está admitiendo el derecho a tener miedo.

4- Derecho a elegir

¿Y por qué es tan importante la elección del médico, del equipo, del lugar del parto? Porque esta situación que se da muy pocas veces en la vida ¿dos, tres, cinco?, tiene tal intensidad emocional que vale la pena vivirla de la mejor manera posible.

Los modelos de asistencia rutinarios, toman muy poco en cuenta las modificaciones intensas que suceden en las emociones de la embarazada.

Prácticamente se ocupan exclusivamente de los cuidados físicos de la madre y el hijo, para lo cual se han elaborado extraordinarias técnicas al servicio de la seguridad biológica, pero nada o casi nada al cuidado de la salud afectiva.

Pero en el modelo propio, que cada mujer puede construirse para sí misma, tiene que estar implícita -además- la certeza de no ser mentida ni engañada. Sentirse libre y contenida al mismo tiempo. Dudar, preguntar, obtener respuestas. Ser contradictoria e incoherente y comprendida en esos cambios.

A partir del esfuerzo de reflexión, es cuando se afirma el derecho a elegir estar mejor.

5- Derecho a sentirse dueña de su cuerpo

A medida que se desarrolla el embarazo, el esquema corporal (que es una imagen constituida por la imagen reflejada en el espejo, más la que los otros nos devuelven, más el propio registro) se altera cotidianamente.

También va cambiando el eje de equilibrio, el peso y el metabolismo. Esto crea cierta dificultad para reconocerse, porque se trata de una transformación que no cesa y lo que sucede en el cuerpo tiene un exacto correlato emocional, es decir que a este movimiento en el cuerpo se corresponde un movimiento en las emociones -están más sensibles, más irritables, reaccionan rápidamente ante cualquier estímulo-.

Este "poder sobre sí mismo" implica adueñarse de uno quitándole al otro el poder. Después del parto las mujeres suelen decir refiriéndose al médico o a la partera: "lo hizo nacer", así entrega su poder a los otros. En realidad es ella la que desde "su" cuerpo hace nacer.

De igual modo durante el trabajo de parto, a veces la parturienta recibe consignas muy rígidas que le impiden actuar libremente, se la obliga a la obediencia y a la inmovilidad.

Aquí los otros se adueñan del cuerpo de ella, ignorando sus necesidades y deseos. Esta situación suele estar ya planteada en los "cursos" en los cuales se

"instruye" a la futura mamá para "portarse bien en el parto". Sería deseable que todos los sistemas de preparación prenatales estimularan el descubrimiento propio, la creatividad, la posibilidad del placer para que la embarazada se reafirme en su derecho a sentirse dueña de su cuerpo; antes que preparar la ejercitación mecánica muscular que responde a consignas y necesidades de otros (médicos y/o parteras) y no a tienen en cuenta las necesidades de las mujeres.

6- Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias

Durante el embarazo existen una serie de procedimientos que se realizan sistemáticamente, pero muchos de ellos responden a pautas necesarias de establecer y que no resultan cruentas ni injustificadas (por ejemplo: análisis biológicos, control de tensión arterial, etc.).

Pero es en el momento del parto en donde surge con toda claridad la violencia de las rutinas innecesarias.

Podríamos hacer una descripción de todas estas rutinas, pero solo para aclarar que cada una puede llegar a tener una indicación precisa en determinado momento.

¿Por qué hacer enemas si durante el trabajo de parto las contracciones uterinas despiertan el peristaltismo intestinal de modo que casi siempre se llega a la sala de partos después de una o varias deposiciones? Solo se puede justificar si es que hay una severa constipación lo que sucede muy pocas veces.

¿Por qué poner goteos para apurar un trabajo de parto que tiene su propio tiempo, su propio ritmo, su propio modo? Será necesario cuando de verdad se produzca una alteración tal de la dinámica que así lo exija.

¿Para qué romper la "bolsa de las aguas" a fin de acelerar el proceso de dilatación si esta elástica membrana protege la cabecita del bebé de serios esfuerzos al apoyar sobre el cuello del útero? Será necesario solo en casos excepcionales.

¿Por qué impedir que la parturienta se levante, se mueva, pueda ir al baño, camine, tome líquidos si tiene sed? Seguramente en ciertos momentos hay una explicación médica para cada prohibición, pero estas son situaciones muy poco frecuentes.

¿Y la obligación de ir en camilla a la sala de partos? ¿En cuántos sanatorios está prohibido que la parturienta camine acompañada por su equipo? ¿Por qué someter verbalmente con órdenes y exigencias, y a veces con amenazas veladas (por ejemplo: "Si no hacés fuerza, te voy a hacer un Fórceps"), a la mujer que expresa con llantos o con gritos su ansiedad y su miedo?.

¿Y la prematura realización de anestesia en la zona vulvar (que edematiza los tejidos e impide su distensión), con la consiguiente episiotomía, sin esperar exactamente el instante en que una adecuada valoración permita saber si es necesario?.

Cada uno de estos procedimientos se realizan como un hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin reflexión, transformándolos en un ejercicio de poder en el que la mujer es sometida.

Nada de esto debe funcionar como "rutina", y debe ser usado como consecuencia y alternativa individual frente a problemas concretos. Partiendo de la base de que la mayoría de los partos evolucionan espontáneamente, cada mujer debiera intentar ejercer su derecho a que no se intervenga innecesariamente para que así sea.

7- Derecho a sentir placer y a sentir dolor

En el parto hay estímulos que se originan en el cuello del útero durante la dilatación, otros que se producen por el pasaje del bebé a través de la vagina y la compresión de los tejidos vecinos, y por fin los que se producen en el nacimiento por la salida a través de la vulva. Estos estímulos forman parte del proceso común en cualquier mujer e integran el mecanismo del dolor.

La que sepa de estos mecanismos y posea un entorno dispuesto a acompañarla en esta aventura de sensaciones, también podrá disfrutarla. La

continencia afectiva del equipo asistencial es la infraestructura necesaria para que esto se logre.

Los vínculos solidarios en actitud de sostener el dolor del otro, le permiten al otro sostenerse a sí mismo.

Esto conducirá a aceptar la existencia del placer también en el período expulsivo, donde el estallido emocional puede constituirse en la máxima vivencia de un ser humano. Pero debemos reconocer que muchos sectores de la sociedad contemporánea penalizan el solo hecho de pensar en el placer del parto. Por eso solo se habla de dolor.

Desde la obstetricia, es habitual que aquellos más preocupados por el dolor, sean los que instrumenten más cosas para evitar el placer.

8- Derecho a expresarse según su necesidad

En la situación de embarazo, los intensos cambios que se suceden se expresan en los pensamientos y en las emociones como actitudes contradictorias, que asustan no solo a la embarazada, sino y especialmente a su entorno: familiares, amigos y también profesionales.

Estos contrastes se resuelven en sus gestos y en sus palabras, generando a veces incoherencia y contradicción, a tal punto que remiten al fantasma de la locura. Fantasma que surge con el miedo al descontrol o al ridículo, y hace aparecer la obligación a la coherencia, al punto que impide o censura hasta la más simple de las expresiones.

Tan es así, que desde el principio del vínculo con su médico, este suele plantear los límites - hasta donde está dispuesto a tolerar las expresiones de ella. Cuando la mujer comunica sus miedos o inquietudes durante el embarazo: no ser escuchada o atendida se constituye en la más precoz limitación a su posibilidad de expresión. Nadie puede reconocer la propia necesidad mejor que uno mismo ¿Cómo entonces establecer cuando el otro necesita llorar, cantar, gritar o reír?

"Dejarse fluir" es fundamental también para el placentero desarrollo del parto: movimientos, voces, sonidos, palabras, miradas; se convierten además en la posibilidad de comunicar lo que se siente.

Frente a la aparición libre de cualquiera de estos episodios en el parto, habrá distintas actitudes del equipo o del personal auxiliar. Estarán quienes la penalicen o agredan, quienes la ignoren, y otros escucharán atentamente para contenerla y acompañarla; y en esas intensas horas le propondrán, por el contrario, que exprese a su modo todas sus sensaciones sin inhibiciones. Es importante que la embarazada sepa que los transitorios momentos de confusión o de angustia, o de "descontrol" o la sensación de "no poder", presentes en el parto, son naturales y frecuentes.

La mejor manera de ejercer el derecho a la expresión, es demandando esto anticipadamente y buscando vínculos permisivos que lo posibiliten.

9- Derecho al vínculo inmediato con su hijo

Esta escena describe la interrupción brusca de una relación que empezó dentro de la panza y debía continuarse fuera para ir separándose de a poquito. Del cuerpo de la embarazada, a partir del nacimiento, surge otro cuerpo: el de su hijo; y estos dos seres tienen iguales derechos y necesidades que se corresponden.

Cuando quienes los asisten intervienen separándolos rápidamente, provocan en ambos una sensación terrible de vacío: en la madre desde el contenido y en el bebé desde el continente.

Cuando se favorece el reencuentro mamá-bebé, la reacomodación es inmediata y calma a ambos. El bebé sólo se tranquilizará al abrigo de su madre, y ella, a su vez, necesita de inmediato: 1) verlo (quién es), 2) que está bien (cómo es) y 3) cuidarlo (confirmar que puede). La impronta de los primeros minutos de contacto, llamada "apego", es fundamental para este vínculo.

Quienes demoran esta relación inmediata, quizá no saben que las rutinas que utilizan sirven básicamente para calmar la ansiedad profesional sin pensar demasiado si lo que están haciendo, es realmente a favor del otro.

Por cierto, cada procedimiento tendrá su justificación. Lo que el recién nacido necesita de inmediato es preservar su temperatura y poder respirar libremente. Pero, ¿hay mejor fuente de calor que el contacto inmediato con la piel materna a la misma temperatura? Desde este calmo lugar ¿no es más tranquilizador animarse a respirar con lentitud sin ser exigido? -como la exigencia al llanto inmediato, buscada a veces con violencia, como sinónimo de vida- y que solo manifiesta la posibilidad de protesta del bebé.

En definitiva, el encuentro inmediato con el hijo es un derecho que debe ser reclamado no solo desde el lugar de la mujer, sino desde este niño.

10- Derecho al buen trato

La agresión franca que se puede jugar en la sala de partos sería extensa de describir. Pero el buen o el mal trato suele comenzar desde el embarazo. Desde las primeras consultas se pone en evidencia el respeto, o todo lo contrario. Un médico que dedica solo diez minutos, que ni siquiera recuerda su nombre, que no da espacio para preguntas, ni da respuestas, son los primeros ejemplos de la modalidad que se construye en este vínculo.

El buen trato se manifiesta en el respeto a los tiempos propios de este suceso de parir, a la actitud comprensiva, tolerante y contenedora de los que la acompañan, alentando el sentimiento de poder de la embarazada más allá de aquellos miedos que la paralizan, como el miedo a agredir, a romper o a ensuciar. El equipo debe entender estas contradicciones. Porque la sensación de falta de afecto, o de desinterés, o las actitudes agresivas llevan a la mujer a un desconcierto que transforma en poco tolerable la situación del parto.

Lo verdaderamente trascendente es el respeto a ella como persona, como ser individual que sabe de sus propias necesidades.

La mejor alternativa es considerar a la mujer en su integridad de cuerpo, emociones y pensamientos. Y este es SU PRINCIPAL DERECHO.

Por lo tanto, el no cumplimiento de éstos derechos implica directamente Violencia Obstétrica, concepto que desarrollaré a continuación.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA:

Tomando a Graciela Medina en su artículo sobre "Violencia obstétrica" y a la información recogida por El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (de un proceso de investigación que comenzó en Junio de 2001) se clasifica a este tipo de violencia en:

- Violencia obstétrica física: Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.
- Violencia obstétrica psíquica: Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general.

Es importante mencionar que cuando hablamos de violencia obstétrica, es posible visualizar una gran naturalización, a tal punto que no se distingue de qué se trata y no se reconocen como violencia tantas prácticas que en este sentido si lo son. A esto lo define Gioconda Mota Gutierrez como "Aquello que de tanto repetirse se convierte en norma, hasta el punto de institucionalizarse y pasar de forma inadvertida, en las propias mujeres y familias que son víctimas."

De este mismo estudio del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos también surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de:

- **Vulneración del Derecho a la Intimidad** por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un

médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos.

- **Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones.** A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva.
- **Tratos Cruels, Inhumanos y Degradantes.** Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud. Cabe tener en consideración que en esta última situación la víctima se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de ésta práctica, tanto legal como socialmente, coloca a las mujeres en la disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciadas, amenazadas o maltratadas. La pérdida de intimidad, sumada a la posibilidad de sufrir humillaciones en caso de que se revelen determinados actos, logra que las mujeres oculten que han sido objeto de torturas o malos tratos.

Legitimados activos:

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos entiende que deben considerarse legitimados activos para producir violencia obstétrica:

a) todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc.

- b) todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud.
- c) quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales.
- d) aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular.
- e) quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estados.
- f) las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas.

Y se reconocieron las siguientes omisiones configurativas de violencia obstétrica:

- **Falta de anestesia en los legrados:** Una de las conductas omisivas más frecuentes en violencia obstétrica está constituida por la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado.
- **Omisión de información** sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- **Omisión de intimidad.** Cabe recordar que la ley de parto humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuentan.
- **Omisión de consideración de las pautas culturales.**

Este tipo de violencia se ejerce de manera rutinaria y naturalizada sobre todo en la etapa fértil y reproductiva de la mujer, es decir, durante el embarazo, parto y puerperio, cuyos momentos son la razón de un alto porcentaje de mujeres que acuden al sistema sanitario.

Sonia Cavia (Partera independiente de Bs. As.) dice: “Es importante que la violencia obstétrica se considere en una norma, en primera instancia, para reconocer su existencia y desnaturalizar modos de atención y procedimientos en un trabajo de parto y nacimiento. Insultar, pegar, amenazar, ignorar, burlar son parte cotidiana de estos procedimientos incorporados al trato habitual. Por eso, es urgente que la ubiquemos como una violación de derechos humanos cotidiana, reiterada y sistemática perpetrada por las instituciones tanto públicas como privadas”.

PATRIARCADO COMO FORMA DE VIOLENCIA.

El patriarcado, según afirma la profesora universitaria Alba Carosio, Directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela (CEM-UCV), es la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres, los niños, las niñas y, por tanto, la ampliación de este dominio masculino sobre nuestra sociedad en general.

El patriarcado se impone a través de múltiples formas de violencia, desde las más sutiles, paisajeadas (en el horizonte de la cotidianidad) e históricas, hasta las más cruentas y modernas, logrando la subordinación

A lo largo de la historia de la humanidad y a lo ancho de la geografía del mundo hay una larga lucha contra la violencia de género, donde se reconoce una condición de subordinación y discriminación fundada en modelos de sociedades patriarcales; establecidas en Estados patriarcales, donde hombres y mujeres reproducen valores, conceptos, pensamientos, conductas patriarcales y machistas.

La violencia en contra de la mujer es una violación sistemática, en estas sociedades patriarcales, de los derechos humanos; además es un delito que también constituye un grave problema de gran impacto en la salud pública.

Para Pierre Bourdieu ³ "el dominio masculino está suficientemente bien asegurado como para no requerir justificación: puede limitarse a ser y a manifestarse en costumbres y discursos que enuncian el ser conforme a la evidencia, contribuyendo así a ajustar los dichos con los hechos. La visión dominante de la división sexual se expresa en discursos como los refranes, proverbios, enigmas, cantos, poemas o en representaciones gráficas como las decoraciones murales, los adornos de la cerámica o de los tejidos. Pero se expresa también en objetos técnicos o en prácticas."

Por lo tanto, si esta división parece "natural", como se dice a veces para hablar de lo que es normal, al punto de volverse inevitable, se debe a que se presenta, en el estado objetivado, en el mundo social y también en el estado

³ Bourdieu, Pierre : "La dominación masculina" EDITORIAL ANAGRAMA, S.A., 2000

incorporado, en los habitus, como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción. Se aprehende al mundo social y a sus divisiones arbitrarias como naturales, evidentes, ineluctables, comenzando por la división socialmente construida entre los sexos.

Como aclara Bourdieu: “el habitus no es el destino que algunas veces se ha creído ver en él. Siendo producto de la historia, es un sistema abierto de disposiciones, enfrentado de continuo a experiencias nuevas y, en consecuencia, afectado sin cesar por ellas”.

En este sentido, P. Bourdieu (1995) vincula violencia simbólica con el concepto de habitus. A través de la formación de habitus las políticas hegemónicas imponen un modo de seleccionar, de clasificar y de experimentar la realidad. Es en esta estructuración de la vida donde los saberes inscriptos en el cuerpo se vuelven prácticas y donde las diversidades sociales y culturales se vuelven desigualdades, pues parecen responder a una lógica “natural” y no a una construcción social estructurada y estructurante.

Todo poder admite una dimensión simbólica: debe obtener de los dominados una forma de adhesión que no descansa en la decisión deliberada de una conciencia ilustrada sino en la sumisión inmediata y prerreflexiva de los cuerpos socializados. Los dominados construyen esas relaciones de poder desde el mismo punto de vista de los que afirman su dominio, haciéndolas aparecer como naturales.

Esto hace que muchas formas de violencia hacia la mujer, entre ellas la violencia obstétrica, sean invisibilizadas. Como expresa Bourdieu: "La naturalización de los roles asignados culturalmente a las mujeres, hace invisible la violencia simbólica que, a su vez, no es identificable porque está legitimada desde el poder."

HISTÓRICA PATOLOGIZACION DE CUERPO DE LA MUJER.

En la Ciencia Médica, con énfasis en la Medicina Occidental, también se sustenta, a la par que se invisibiliza, el discurso patriarcal de la enfermedad presente en la práctica médica, en la atención y evaluación de los diversos ciclos de vida de la mujer: la niñez, la menarquía, la adolescencia, la adultez, la madurez y la tercera edad, trasfigurados en “patologías propias de la mujer”, con la consecuente medicalización y construcción de mitos sobre “dolores”, “depresiones”, “irritabilidades”, “inestabilidad emocional”, “estallidos de ira”, “libido baja”, “jaquecas” y cualquier otra cantidad de síntomas generales e imprecisos con los que se construyen grandes Síndromes “propios de las mujeres”. Sustentado esto en el paradigma del biologicismo, el naturalismo y el determinismo.

Asia Villegas Poljak (médica diplomada en derechos humanos) en "Violencia contra la mujer y Sexualidad" explica: “además de la filosofía, la política y la historia, la medicina también fue y es expresión del pensamiento patriarcal y en especial, la práctica médica de la obstetricia y la ginecología, que se ha apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de vida de la mujer a través de la historia de la humanidad, reproduciendo la subordinación de género.”

En relación a lo explicado Eva giberti en "Mujer, enfermedad y violencia en medicina" menciona: "La teoría de los úteros migratorios y el déficit que ello implicaba (relacionada con la idea de desorden aportado por la mujer) constituía una clave para la “comprensión” de la fisiología femenina, que de ese modo era considerada socialmente inferior debido a su naturaleza; el discurso médico testimoniaba dicha “ inferioridad social” aportando su palabra “ científica” al respecto."

A su vez, las religiones no dudaban respecto de esta fisiología; el levítico (libros bíblicos del Antiguo Testamento) establece que la mujer menstruante mantiene su impureza durante siete días y quien la toque compartiría dicha impureza. Mahoma (profeta fundador del islam) entiende que la menstruación es

un mal; por eso será preciso mantener lejos a las menstruantes hasta que vuelvan a hacer puras.

Por otro lado, en la Alta y Baja Edad Media, discursos médicos y cristianismos se sostuvieron recíprocamente. La religión sostendrá que las mujeres no tienen alma por lo cual serán fácilmente habitadas por el demonio. Resultará imprescindible cuidar su pudor hecho que adquiere relevancia en los partos: sólo podrán ser atendidos por comadronas. Los hombres no podrían presenciarlos ni aún siendo médicos., las escuelas de medicina de Papua, Montpellier y París no mencionaban la obstetricia “ya que era un terreno interdicto por la religión, las buenas costumbres y el respeto humano”(Eva Giberti).

Foucault se refiere al siglo XVII señalando la represión sexual sobre la mujer asociada a la valoración de sus posibilidades como reproductora. Es una represión que formara parte del naciente orden burgués, que considera incompatibles sexo (maternidad) y trabajo.

En este análisis también es importante dar cuenta del papel del disciplinamiento social del que Foucault (1992) habla y desde el cual se ha construido la subjetividad de las mujeres.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y SEXUALIDAD.

Casilda Rodrigañez Bustos en una ponencia en Barcelona titulada “La violencia interiorizada en la mujer (2003 2006)” menciona que la negación del cuerpo materno es la negación de nuestra sexualidad, una construcción artificial y violenta de nuestro desarrollo corporal, una violencia interiorizada de por vida. Aspecto de la violencia contra las mujeres, sobre el cual, ella considera descansa todo lo demás respecto a esta temática.

Ella explica que según vamos creciendo, ya con toda la presión social, se va asentando en nuestras mentes una percepción que infravalora y deforma nuestros cuerpos y su potencial erótico, aceptando que es normal que la menstruación nos duela todos los meses, que estar embarazada es una pesadez y una lata por lo que hay que pasar para tener un/a hijo/a, y que el parto es un mal trago que sólo gracias a la epidural y a la medicina se palia un poco. Nos han robado nuestra capacidad erótica, quedando además fuera de nuestra conciencia y de nuestra imaginación, lo que de hecho es nuestro cuerpo y su sistema erógeno, con todo su enorme potencial de placer y sexualidad.

Hace 4 ó 5 mil años, el poder de un colectivo de hombres creó una sociedad basada en el sometimiento de la mujer. Este sometimiento incluía de una manera muy especial, su sometimiento sexual; es decir, se creó una sociedad basada en la violación sistemática de los deseos de la mujer.

En este sentido, es importante mencionar el lugar que el parto como acto sexual de la mujer ocupa en nuestras sociedades patriarcales. A continuación se desarrolla la sexualidad femenina en este aspecto.

EL PARTO COMO UN ACTO SEXUAL.

En relación al mandato bíblico, Casilda considera que no es casualidad que la maldición divina de parir con dolor está asociada a la dominación del hombre sobre la mujer.

Cita a Frederick Leboyer, el cual nos habla de nacimientos sin violencia, de bebés que nacen sonriendo, de mujeres que abren su útero con tiernos latidos (en

lugar con contracciones espasmódicas), tierna y placenteramente, avanzando hacia el éxtasis.

Ellos explican el dolor y el sufrimiento de la mujer en el parto con causas culturales de patriarcado y Casilda lo ejemplifica con el siguiente relato:

“Las mujeres de la India visualizan los pétalos de la flor de loto abriéndose para abrir el canal del nacimiento, un abrir suave, sin violencia alguna; claro que no se les ocurre ponerse a parir en decúbito supino, en medio de focos, entregadas a las órdenes de las autoridades médicas. Porque el parto, como todo acto sexual, requiere intimidad para que el cuerpo pueda abandonarse a la emoción y a la relajación. El desconocimiento de nuestro cuerpo y la pérdida de la confianza en él, junto con el miedo inculcado, nos hace hacer todo lo contrario de lo que el parto requiere; contraídas, llenas de miedo, entregamos nuestra confianza a las autoridades de la Medicina, que -cesáreas aparte- no pueden saber ni hacer lo que sólo el cuerpo sabe cómo y cuándo hacer.”

Aunque la cultura patriarcal lo niegue, la maternidad forma parte de nuestra sexualidad. La destrucción de nuestra sexualidad afecta a toda la maternidad, no sólo al parto. Puesto que destruye también todo el placer de la gestación, de la exterogestación y de la lactancia.

En este sentido, cito a Asia Villegas Poljak en "**Violencia contra la mujer y Sexualidad**", quien también expresa que en la atención al parto se puede reconocer la mejor expresión de esta subordinación. Este proceso natural de vida, convertido en procedimiento médico, la mujer es despojada de su identidad, cosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser sujeta de derechos para convertirse en una especie de gran útero, cobijo de un “producto fetal”. Así el patrón de la medicalización de los ciclos de vida de la mujer tiene diversas manifestaciones en la atención a la gestación y parto.

Por otro lado, la Psicóloga y escritora Laura Gutman también habla del parto como acto sexual y por lo tanto en relación con la sociedad patriarcal. En su artículo "Patriarcado, represión sexual y partos dolorosos" explica que las mujeres

llevamos varios siglos de historia sumidas en la represión sexual. Esto significa que hemos considerado al cuerpo como bajo e impúdico, a las pulsiones sexuales malignas y a la totalidad de las sensaciones corporales, indeseables.

Y se pregunta: ¿En qué momento aprendemos que no hay lugar para el cuerpo ni el placer? Respondiendo: "En el mismísimo momento del nacimiento." Segundos después de nacer, ya dejamos de ser tocados. Perdemos el contacto que era continuo en el paraíso uterino. Nacemos de madres reprimidas por generaciones y generaciones de mujeres aún más reprimidas, rígidas, congeladas, duras, paralizadas y temerosas de acariciar. Entonces el instinto materno se deteriora, se pierde, se desdibuja.

En este contexto, las mujeres con siglos de Patriarcado encima, alejadas de nuestra sintonía interior, no queremos parir. Es lógico, ya que nuestros úteros están rígidos y así duelen. Nuestro vientre está acorazado y nuestros brazos se defienden. No hemos sido abrazadas ni acunadas por nuestras madres, porque ellas no han sido acunadas por nuestras abuelas y así por generaciones y generaciones de mujeres que han perdido todo vestigio de blandura femenina. Por eso cuando llega el momento de parir nos duele el cuerpo entero por la inflexibilidad, el sometimiento, la falta de ritmo y de caricias. Odiamos desde tiempos remotos nuestro cuerpo que sangra, que cambia, que ovula, que se mancha y que es inmanejable.

Concluye Laura Gutman: " Ya no nos queda ni ese pequeño rincón de sabiduría ancestral femenina. Se acabó. No hay más escena de parto. Ahora hay tecnología. Máquinas. Hombres. Tiempos programados. Drogas. Pinchaduras. Ataduras. Rasurados. Torturas. Silencio. Amenazas. Resultados. Miradas invasivas. Y miedo, claro. Vuelve a aparecer el miedo en el único refugio que durante siglos permaneció restringido a los varones. Resulta que hasta esa cueva íntima, hemos abandonado. Haber entregado los partos fue como vender el alma femenina al diablo."

Sexualidad y Nacimiento.

En el libro "Nacimiento sin miedo", del Dr. Grantly Dick-Read, dice que para algunas mujeres el parto puede ser indoloro y que existe una conexión entre la falta de dolor en el parto y la sexualidad.

Ina May Gaskin⁴ Analiza el tema del orgasmo durante el trabajo del parto y el parto. Afirmando fervientemente que es posible. En una encuesta que realizó, encontró que el 21% de las 151 mujeres encuestadas admitieron haber tenido una experiencia orgásmica en algún momento durante el trabajo de parto o en el parto propiamente dicho.

Cuanta una experiencia: "Una joven mujer me contó que, ingenuamente, habló del orgasmo que estaba sintiendo durante el nacimiento de su primer hijo para luego arrepentirse frente a un médico que juzgaría su experiencia como una desviación sexual. " Y concluye: "Cuán diferente hubiera sido su experiencia si a su médico le hubieran enseñado que el orgasmo es, en efecto, una experiencia posible y normal para una hembra humana no medicada (aunque poco común en hospitales). "

Realiza un aclaración para comprender la complejidad de este tema: "Una cosa es cierta: esto no les sucede a las mujeres durante una cesárea programada o, de hecho, a ninguna mujer bajo anestesia. Sin embargo, les ayuda a las mujeres saber que sus cuerpos no han sido creados para que necesariamente sientan dolor durante el trabajo de parto o el parto. No es requisito de la Creación que la mujer sufra una tortura durante el parto."

Ina se siente asombrando de que esta capacidad orgásmica de las mujeres durante el parto y el parto no sea mencionada en ningún libro de texto médico u obstétrico.

⁴ Partera-Pionera del movimiento de humanización en el mundo. En los años setenta, fundó The farm, una famosa comunidad en los Estados Unidos.

VIOLENCIA OBSTETRICA Y MORTALIDAD MATERNA.

La Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1 1,500 mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva.

"[...]la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]".

La Asamblea General Naciones Unidas.(Consejo de Derechos Humanos, 2009.) Define la mortalidad materna como "aquella que ocurre durante la gestación o dentro de los 42 días del puerperio, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento, excluyendo causas accidentales o incidentales."

En la Argentina, han fallecido en el año 2001 más de 300 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Esto representa una tasa de 43 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El 12% de estas mujeres es menor de 19 años. Además, hay regiones del país donde esta tasa se multiplica por tres o por cuatro. Es evidente que estamos frente a un problema que puede y debe disminuir, en la medida en que se definan y desarrollen políticas coherentes y acciones sostenidas en el tiempo.⁵

⁵ Unicef: Eleonor Faur, Raúl Mercer, Silvina Ramos: MORTALIDAD MATERNA:UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS.

La tasa de mortalidad materna en el país fue de 5,5 decesos por cada 10 mil nacidos vivos en 2009, según cifras del ministerio de Salud de la Nación. La Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) manifestó que se trata de "una cifra inaceptable" y sostuvo que "continúa muy por arriba de los niveles del año 2000, cuando era de 3,5" muertes por cada 10 mil nacidos vivos.

La mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer. Da cuenta de una cadena de vulneraciones de principios básicos, como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud.

Por cada mujer fallecida, son 30 las mujeres que quedan con secuelas asociadas del embarazo, el parto y el puerperio. Las muertes de mujeres condicionadas por problemas ocurridos durante el proceso reproductivo tienen consecuencias profundamente negativas para la familia y para la comunidad en general.

Dada la interrelación existente entre la salud de la madre y la de sus hijos e hijas, evitar las muertes maternas implica además mejorar la salud de la niñez y su supervivencia.

Rebecca Cook⁶ establece una clasificación para los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, expuestos a continuación:

- A) EL DERECHO A LA VIDA, A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD PERSONAL.
- B) EL DERECHO A FUNDAR UNA FAMILIA Y ATENER VIDA DE FAMILIA.
- C) EL DERECHO AL CUIDADO DE LA SALUD Y A BENEFICIARSE DEL PROGRESO CIENTÍFICO.
- D) LOS DERECHOS RELACION A DOS CON LA IGUALDAD Y CON LA NO DISCRIMINACIÓN.

⁶Cook, Rebecca J., "Protección de la maternidad mediante la difusión de los derechos humanos", ponencia presentada en "Situaciones de protección de la maternidad: 10 años de lecciones y progresos", Colombo, Sri Lanka, octubre 1997.

Es importante mencionar que no sólo existen dificultades para registrar a ciencia cierta la defunción de mujeres embarazadas en el momento de morir, sino que en muchas oportunidades la clasificación de la causa de muerte es confusa e imprecisa, lo que genera un significativo subregistro de muertes maternas, problema que ha sido detectado en varios lugares y cuyo margen de error se estima en alrededor del 50%.

En este país muere una mujer por día, aproximadamente, como consecuencia de situaciones reproductivas, y, por cada mujer que muere, entre 30 y 100 mujeres sobreviven con enfermedades, discapacidades y daños físicos causados por el parto o por complicaciones del embarazo.

No hay datos concretos de muerte materna por violencia obstétrica pero puede deducirse a partir de las causas oficialmente presentadas en estadísticas, que es posible que estas muertes maternas evitables, serían a causa de la violencia que de manera naturalizada se perpetúa en los cuerpos de las mujeres.

Estructura de causas de las muertes maternas, quinquenio 2004-2008, Argentina.

- VIH: 0,8%
- Placenta previa y hemorragia anteparto: 4,2%
- Hemorragia posparto: 6,4%
- Sepsis y otras complicaciones del puerperio: 12,5%
- Trastornos hipertensivos: 14,2%
- Otras causas obstétricas directas; 16,7%
- Otras causas obstétricas indirectas: 18,5%
- Embarazo terminado en aborto: 26,7%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información provista por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud.

Silvina Ramos en “PARA QUE CADA MUERTE MATERNA IMPORTE” expone que cuando una mujer fallece, quienes más sufren son los niños, ya que sus hijos sobrevivientes tienen 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos

años siguientes que los niños que cuentan con ambos padres. Asimismo, esos niños tienen menos probabilidad desde acceder a la salud y educación durante su desarrollo (WHO, 1998).

En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), el Dr. Mahamoud Fathalla afirmó que “las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor” (Fathalla, 1992).

La reflexión del Dr. Fathalla inspira las bases de este capítulo que identifica las muertes maternas como una violación de los derechos humanos de las mujeres y expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen en nuestra sociedad.

Las causas más frecuentes son las complicaciones del aborto, las hemorragias postparto, entre el parto y los 42 días de puerperio, las infecciones/sepsis y los trastornos hipertensivos derivados del embarazo. En su mayoría, estas muertes se producen en efectores públicos de salud, y los principales factores de riesgo son la falta de condiciones obstétricas esenciales, el escaso número de profesionales capacitados y activos en servicio y de insumos necesarios para asistir una emergencia.

MORTALIDAD MALTERNA EN MENDOZA:

RED SANITARIA DE MENDOZA:

En la Provincia el 83% de los partos en establecimientos públicos se concentra en 5 maternidades:

- Hospital Luis Lagomaggiore
- Hospital Diego Paroissien
- Hospital Alfredo Perrupato
- Hospital Antonio Scaravelli

- Hospital Teodoro Schestakow

Según Ministerio de Salud Mendoza en una investigación realizada en el 2011 publicada en “ESTADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD MATERNA EN MENDOZA” los datos provinciales son:

- Total de egresos de mujeres en edad fértil del sistema público de salud: 37.939 en el año 2008

Principal causa de egresos de la mujer en periodo fértil.

- Embarazo, parto y puerperio: 62,5%

TASA DE MORTALIDAD MATERNA DE MENDOZA:

- 19: 2,6 ‰ (equivalente a 9 muertes sobre un total de 34891 nacimientos en la provincia) Año 2008

La TASA DE MORTALIDAD MATERNA: Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir. (Dirección de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud. Provincia de Mendoza)

MODELOS DE ATENCIÓN.

Las formas en que una institución se organiza para lograr sus metas tiene sus peculiaridades. Sus modos de acción colectivos no son circunstancias “naturales” que pudieran surgir espontáneamente y cuya existencia cae por su propio peso. No son tampoco el resultado automático del desarrollo de las interacciones humanas ni una consecuencia lógica y predeterminada de la estructura objetiva de los problemas que deberán resolver, se trata en cambio, de soluciones específicas que han creado inventado o instituido actores relativamente autónomos con sus recursos y capacidades particulares.

CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA MIRADA DE GÉNERO

Cuando se realiza la atención desde una perspectiva psicosocial y de género, se contempla la satisfacción de necesidades y el respeto por la condición humana de las personas que consultan.

Esto último supone tener en cuenta la noción de salud integral y eliminar diferentes formas de discriminación, en particular las que derivan del sexo de pertenencia y los derechos de las personas.

Si la atención está centrada en el concepto de salud integral que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales, las personas atendidas en este marco, se sentirán fortalecidas en su condición humana y se favorecerá su autodeterminación, su autonomía.

En lo que se refiere a la calidad de atención en salud de las mujeres, el empoderamiento significa apropiación de sí misma, cargarse de poderes de afirmación. Esto es: afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su preferencia sexual, su autoestima, y sus decisiones, las cuales han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad de género. El modelo biomédico tiene determinadas características patriarcales que hace que las personas que trabajan en los centros de atención en el sistema institucional se manejen en forma despersonalizada y con escaso respeto a las inquietudes de las personas que consultan.

Considero que calidad de atención es, en definitiva, atención humanizada.

Es la atención que cuestiona el marco patriarcal autoritario para dar paso al marco humanista, solidario.

Para entender que estas formas de atención María Isabel Matamala y Pilar Maynou Osorio en MYSU - Mujer y Salud en Uruguay. (Cuaderno de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual Reproductiva. Mayo 2007E. Lutz./2007) diferencian un marco patriarcal y de un marco humanista caracterizados de la siguiente manera:

MARCO PATRIARCAL

Las/ los profesionales y el personal de salud son los que:

- Deciden qué hacer.
- Su tiempo es lo más importante.
- Deben ser objetivos, ocultar sus sentimientos.
- Se olvidan de la comunicación clara y sencilla, usan lenguaje esotérico.
- Sienten que tienen autoridad, se enojan, se fastidian.
- Creen que la persona consultante es ignorante, que no entenderá ninguna explicación.
- Sin darse cuenta, pueden ser coercitivos, utilizar la amenaza.
- Les molesta que una consultante regrese por los mismos síntomas
- Se guían más por las normas de la institución, que por las necesidades humanas.
- Se sienten autoridades indiscutidas

La consultante, por su parte:

- Sabe que el profesional es el que sana
- Va dispuesta a pasar toda la mañana o toda la tarde en el consultorio.
- No se atreve a preguntar.
- Los términos que no entendió le hacen pensar que tiene algo grave.
- Es una relación de sumisión.

- No tiene ni busca información científica, está educada para creer que no la entenderá.
- Acepta lo que el personal de salud le dice, aunque tenga dudas o no este de acuerdo.
- Teme molestar, que la vayan a tratar mal o que su inquietud no es importante.
- Mejor se lo pregunta a una amiga.
- Es una paciente

MARCO HUMANISTA

Papel del médico:

- Aceptación plena de la consultante.
- La respeta como un ser igual con derechos y necesidades de información.
- Si no sabe lo que le esta pasando, es imposible que colabore y que se responsabilice por su salud.
- Le informa sobre efectos colaterales, ventajas y riesgos de tratamientos y cirugías.
- Desestimula la dependencia y alienta la autodeterminación.
- Investiga, observa, aprende de la consultante, de sus valores, de su historia y de su entorno. Sólo así podrá comprender sus enfermedades.
- No impone sus criterios para la aplicación de nuevos medicamentos.
- Es flexible sencillo. Comprende.
- Escucha, presta atención a los temores, intuiciones y sentimientos de la consultante.
- Se comporta espontáneamente sin máscaras rígidas.
- Se siente una persona solidaria, no "la autoridad".

Papel y actitudes de la consultante.

- Tranquilidad, confianza, seguridad.
- Si no entiende no podrá responsabilizarse; necesita conocimiento sobre su estado.
- Asume responsabilidades acerca de su cuerpo, es decir, de ella misma.
- Se expresa con amplitud y sin "guardarse" la información.
- Crece y siente su importancia como persona por el trato que recibe.
- No tiene temor de ser ella misma ni de cómo la vayan a calificar
- Ella decide y asume los riesgos después de ser informada.
- Se siente con derecho a cambiar de opinión, a equivocarse.
- Es alentada a ser ella misma, crece en la relación.
- Acude a buscar una ayuda que valora y siente necesaria.
- Se siente una persona que está consultando, no "una paciente"

MODELOS DE NACIMIENTO.

Robbie David-Floyd (Antropóloga cultural estadounidense especializada en la antropología del nacimiento humano), en la publicación *Midwifery practice*, hace una valiosa comparación del modelo tecnocrático de nacimiento con el holístico, a través de la cual podemos apreciar la visión positiva e integral de un parto, en el cual las mujeres que paren son las auténticas protagonistas del evento. Para ello se baso en el trabajo de Bárbara Katz Rothman sobre el tema.

MODELO TECNOCRATICO (ATENCIÓN DEL PARTO POR UN MÉDICO)

- Perspectiva masculina
- Centrado en el hombre
- Mujer: Objeto
- Cuerpo: una maquina
- Cuerpo femenino: una maquina defectuosa
- Procesos reproductivos femeninos disfuncionales
- Embarazo y parto inherentemente patológicos

- Médico: un técnico
- Hospital: una fábrica
- Bebé: producto
- Feto separado de la madre
- Supremacía de la tecnología
- Importancia de la ciencia,
- Solo el conocimiento técnico es valorado
- Cuidado prenatal apropiado es objetivo, científico
- La salud del bebé durante el embarazo asegurada a través de drogas, exámenes, técnicas
- Trabajo de parto: proceso mecánico
- Una vez comenzado el trabajo de parto, debe progresar regularmente, si no es así, se requiere estimularlo con una droga
- Alguna intervención es necesaria en todos los partos
- El dolor es inaceptable
- Analgésicos y anestesia para el dolor en el trabajo de parto
- Útero: músculo involuntario
- Nacimiento: un servicio que posee la medicina y entrega a la sociedad
- Obstetra: hábil técnico supervisor/administrador
- El doctor controla
- El doctor entrega al bebé

MODELO HOLÍSTICO (ASISTENCIA DEL PARTO CON UNA PARTERA)

- Perspectiva femenina
- Centrado en la mujer
- Mujer: sujeto
- Visión holística, integradora

- Mente y cuerpo son uno solo
- Cuerpo femenino: un organismo sano
- Procesos productivos femeninos normales, sanos
- Embarazo y parto inherentemente sanos
- Partera: nutre y acoge
- Madre e hijo/a: unidad inseparable
- El bebé y la madre son uno
- Suficiencia de la naturaleza
- Conocimiento empírico y emocional valorados tanto o más que el técnico
- La salud del bebé asegurada a través de salud física y emocional de la madre, armonía con el bebé
- Trabajo de parto: flujo de experiencias
- El trabajo de parto puede cesar y comenzar, seguir su propio ritmo de velocidad y desaceleración
- Facilitación (alimentación adecuada, posición efectiva, apoyo) es apropiada. Las intervenciones son casi siempre inapropiadas
- El dolor es aceptable
- Integración cuerpo/mente, apoyo para el dolor en el trabajo de parto
- El ambiente es clave para un nacimiento seguro
- Útero: parte que responde y es parte de un todo
- Mujer haciendo lo que desea: movimientos, juegos sexuales, comer, dormir.
- Nacimiento: actividad que la mujer realiza para traer al mundo una vida nueva
- Partera: hábil guía
- La partera apoya, asiste
- La madre hace nacer su bebé

RELACIÓN PROFESIONAL – MUJER COMO RELACIÓN DE PODER.

La hegemonía del saber médico con la consecuente subordinación y desvalorización de otros saberes es parte de esta tensión de poderes, en donde quién ha egresado de una escuela universitaria de medicina posee un conocimiento válido científicamente que desplaza de manera despectiva a otros.

El conocimiento de las mujeres y sus experiencias quedan relegados como del universo de lo popular y en consecuencia carente de validez. Estas supuestas verdades médicas, han recomendado durante décadas prácticas sin fundamentos científicos.⁷

Parafraseando a Bourdieu, considero que el poder es la resultante del juego de relaciones sociales dinámicas y no igualitarias. En términos de las relaciones es la resultante del equilibrio/desequilibrio de la relación entre las personas ubicadas en el campo social en cuestión. El poder es una estrategia, no solo se impone a unos otros/as sino que produce habitus, es decir ciertas maneras de ver el mundo, una mentalidad en las que se reproducen relaciones de poder.

Dentro de la sala de parto los médicos/as se encuentran empotrados en un paradigma médico de la masculinidad frente al personal subordinado, las pacientes y los familiares. Desde esta posición se hace difícil que las mujeres puedan transformarse en capaces de controlar su vida sexual y reproductiva, es decir empoderarse.

El cuerpo femenino aparece en las prácticas hospitalarias sostenido por un discurso biologicista que lo reconoce solamente desde el punto de vista biológico. Al no ser las mujeres consideradas sujetos de deseo y de derecho, el parir siempre está signado por su aspecto médico.

Las relaciones de subordinación a las que son sometidas las mujeres, no sólo desde el punto de vista del género sino de la clase, -pertenecen a sectores populares pauperizados de la provincia- las subalternizan de tal manera que se silencian sus

⁷ Canevari Bledel, Cecilia. "Cuerpos enajenados: Experiencias de mujeres en una maternidad pública de Sgo. Del Estero" 2012

saberes, como dice la antropóloga indú G. Spivak “los subalternos/as no hablan, pues la condición de la subalternidad es el silencio”

RELACION PROFESIONAL- MUJER VS. PROFESIONAL PACIENTE.

Considero que corresponde hablar de "mujer" y "mujeres" y no de "paciente/s" ya que este término me remite a persona pasiva y enferma, y la mujer embarazada no lo es, o al menos, no debe ser ninguno de estos dos estados.

La asistibilidad de las mujeres está socialmente reconocida de forma que mediante el uso de los servicios médicos, se convierten en “pacientes”, esto es, son objeto de la acción médica en condiciones de pasividad. Si el/la profesional posee y se le reconoce el monopolio legal del conocimiento, como ocurre en nuestro contexto, “se anula o ignora el punto de vista del profano y se excluye la iniciativa en la determinación de decisiones y la capacidad personal de enjuiciar la situación” (Uribe, 1998:305-306).

Menéndez (1990:62), en este sentido remarca que además, implica una relación de subordinación y sometimiento al sistema que incluye la total aceptación de sus métodos y discursos. Según esto, la relación "médico/paciente" se caracterizará por la pasividad y obediencia del último junto con la no consideración de sus opiniones, iniciativas o decisiones. Es una relación con “apariencia de comunicación” (Uribe, 1996:293), puesto que la palabra del paciente no es escuchada (Menéndez, 2000:314).

“El curador expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y frecuentemente excluyendo los saberes y afectos del paciente, lo cual se expresa sobre todo a través de la negación, desinterés o carencia de importancia dada a la palabra del paciente” (Menéndez, 2000:314).

Por otro lado, la tendencia a partir del modelo de educación sanitaria, es la de responsabilización del paciente (PSE, 1998:135; Uribe, 1998:307), esto es, que las mujeres se impliquen y tomen una actitud activa en las prácticas de prevención y

mantenimiento de su salud para asegurar así la de las criaturas. Al responsabilizar al paciente, “se opera una desresponsabilización del fracaso por parte médica ocupando su lugar el individuo; la persona (...) aparece como el único responsable de los riesgos de su enfermedad -embarazo- “ (Uribe, 1998:307).

De estas tendencias se deduce que las mujeres, sean cuales fueren sus opiniones y saberes respecto a su estado, deben asumir, por un lado, los discursos e ideologías institucionales impuestos verticalmente, cumpliendo las funciones de “paciente” pero, por otro, también deben mostrarse “responsables y participativas” poniendo interés en el aprendizaje y la práctica de conductas saludables.

LA MEDICALIZACIÓN

La medicalización es un fenómeno de la modernidad vinculado estrechamente con la medicina científica y con el poder social que este desarrolló, en cuanto puede operar sobre procesos corporales fisiológicos y patológicos con creciente eficacia (Rosemberg y Checa 1996).

Partimos de la realidad incuestionable de la medicalización de todos los aspectos de la vida. La intervención médica ya no sólo se dirige a la persona enferma si no que “con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (Foucault, 1990:160). La reproducción entra en esa categoría a la que se refiere Foucault, es objeto de intervención médica, aunque “ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad”.

Hablar de medicalización, es hablar de control, normativización y poder. La medicina, afirma Foucault (1990), “está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades o la demanda del enfermo” (Ibídem:180), y en la misma línea, refuerza Menéndez (1984): “El Estado garantiza la hegemonía (...) del poder técnico y profesional de los médicos (...) que cumple sobre todo funciones de control y legitimación” (Ibídem:36), unido a la normativización, funciones que quedan opacadas, (Menéndez, 1990:69; Taussig, 1995:115) en la actividad central de curación. El poder de normativización de la medicina abarca la enfermedad, pero también la salud, y se ejerce eficazmente a través del control de los cuerpos; cuerpos que deben ser domesticados conforme a las necesidades de un orden social y político (Scheper-Hughes y Lock, 1987:26), para responder a los intereses y necesidades del Estado (Foucault, 1990:97).

La insistente y progresiva problematización del cuerpo femenino es un medio indirecto, subraya Esteban (1994/96), “pero muy eficaz de controlar socialmente a las mujeres” ya que, al transformar la realidad en problema, se abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (Menéndez, 1984; Foucault, 1990).

Las tecnologías utilizadas en el embarazo de forma rutinaria, como la exploración ecográfica, refuerzan este análisis y suponen un aumento de control de la profesión médica con la subsiguiente pérdida de control por parte de las mujeres embarazadas cuyas vivencias y juicios sobre su estado son automáticamente descartados mediante criterios “científicos” y “acaban viviendo su embarazo a través de sus médicos, puesto que sus percepciones no tienen valor” (Ibídem:57), situación que Taussig (1995:126) denomina alienación de los propios sentidos, que pasan a el/la profesional al que se supone conocedor/a de “las cosas como deben ser”. Esto facilita el control médico para la normalización de la conducta de las mujeres (Juan, 1991:30;Taussig, 1995:114).

En definitiva, concluye Narotzky (1995:62), no hay ventajas evidentes en la medicalización del parto normal hospitalario, como también muestra Thomson (2000), por lo tanto la justificación de su utilización rutinaria hay que buscarla en el contexto del ejercicio del control que sobre las mujeres ejerce el sistema médico.

DISCURSOS DEL SISTEMA MÉDICO.

Tanto desde la revisión de los textos médicos como en las actitudes y prácticas de éstos/as, se desprende que los procesos del embarazo, parto y puerperio son espacios de control de su competencia puesto que son susceptibles de presentar alteraciones, y en su prevención y tratamiento se justificarán sus intervenciones.⁸

Los discursos médicos, por los valores y poder asociados, tienen la propiedad de impregnar fácilmente la ideología social que los aceptará como realidades. La realidad social del nacimiento en nuestra cultura está construida desde esta visión médica patologizante que excluye a las mujeres implicadas, sus necesidades y saberes, y como hemos visto, es el resultado de siglos de intervenciones en el afán de monopolizar este campo como propio, en el que tampoco tienen cabida las

⁸ Muñoz, M^a Jesús Montes: “LAS CULTURAS DEL NACIMIENTO Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos.” Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Tarragona, 2007

comadronas (parteras u obstétricas) cuya función ahora será la de auxiliares del médico. (Ortíz, 1996a, 1996b, 1997; Towler y Bramall, 1997; Montes, 2001).

MALOS TRATOS:

Como señalábamos más arriba, la relación entre las mujeres y el aparato médico se caracteriza por la falta de diálogo, por la asimetría y por el reforzamiento del poder médico. Estos vínculos no dan lugar a la retroalimentación, ni a un reconocimiento de las necesidades cotidianas que tienen las mujeres.

El acto médico se transforma en unilateral y autoritario y la calidad de la atención niega a las mujeres como sujetos de derecho.

Según Rosa Isaac y otros, en una investigación llevada a cabo en una maternidad de Tucumán⁹: “Las mujeres también aparecen violentadas cuando los médicos y médicas de la Maternidad se quejan de que las embarazadas no van a hacerse los controles. Se refieren así al tema: “por dejadez”, “por cuestiones económicas”, “por falta de información” (esta enunciada como “ignorancia”), “por la calidad de los servicios”, “porque no están informadas de las ventajas de los controles”, etc.”

Las causas de por qué las mujeres no asisten al control prenatal son complejas y sus motivaciones están ocultas. Es posible pensar que no quieren exponerse al maltrato de los agentes de salud, y como dice Galimberti (2002) las mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar no quieren que las toquen. Esto hace que en la consulta sean reacias a ser examinadas, mal interpretadas por los médicos/as y rememoren experiencias pasadas. Además la idea de ir al ginecólogo/a no es un problema solamente de los sectores populares. La resistencia a someterse a cuidados médicos y ocuparse de la propia salud atraviesa todos los sectores sociales.

⁹ Isaac, Rosa; Vivanco, Luisa; Rodríguez Pontet, María Eugenia : “Violencia institucional, género y salud en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes”. San Miguel de Tucumán. 2003

Las condiciones materiales de la Maternidad son consideradas, tanto por usuarias como por profesionales, como una forma de violencia: “en este lugar está todo roto y sucio (...) da miedo (...)”; “las embarazadas suben y bajan haciendo trámites por la escalera; “a los médicos no les importa que las mujeres deambulen horas por la Maternidad una hora buscando un consultorio”. La entrada a la Maternidad también es vivida como una experiencia traumática.

INFANTILIZACIÓN DE LA MUJER EN SUS PARTOS.

A menudo hay un trato infantilizador detrás del trato cariñoso, representado en frases como “tumbate, bonita”. Cuando los profesionales quieren tratar de una forma cariñosa a un paciente pero al mismo tiempo quieren tener la responsabilidad y poder sobre sus decisiones, el único resultado posible es el trato infantilizador.

A los médicos les han enseñado a tomar decisiones por los pacientes, no a informar y preguntar qué prefieren.

Como dice Eva Giberti¹⁰, Una de las recomendaciones que antiguamente se utilizaba durante dicha preparación, insistía en la necesidad de no quejarse, de no gritar, es decir, de “portarse bien” durante el parto. El argumento era: “si se grita se pierden fuerzas”. Es probable que quienes sostuvieron esa recomendación no estuvieran suficientemente informados acerca de los matices varios que existen entre la energía, los gritos y emisión de aire. Parecería que los quejidos o gritos que puede proferir una parturienta aún no han sido suficientemente estudiados desde una perspectiva energética. Lo grave no reside en este punto, sino en que las embarazadas se convencen de que gritar durante el parto implica “portarse mal”.

¹⁰ Giberti, Eva "Portarse bien" durante el parto- Texto publicado en el Suplemento N°2 de la colección Escuela para Padres, editado por Página 12 (1999)

La confusión que se les induce mediante la recomendación de “no gritar” como equivalente a “portarse bien”, es de tal índole, que innumerables mujeres egresan de la sala de parto, después de haber realizado el enorme esfuerzo de dar a luz y después de nueve meses de gravidez, en la culminación de una responsabilidad mayúscula, y, como si fueran nenas de jardín de infantes dicen: “Me porté bien, no grite!”, esperando la felicitación del partero y de las enfermeras.

MUJERES CON ABORTO INCOMPLETOS:

Las mujeres se quejan porque a veces vienen con problemas pos-parto pero no siempre son producto de un aborto y son tratadas en forma discriminatoria, se quejan de que no se les “cree”.

De la investigación realizada en Tucumán por la Trabajadora Social Rosa Isaac, entre otros, (op. cit.) tomé alguno de sus resultados respecto a este tema:

“Las mujeres recurren a la Maternidad cuando sufren alguna complicación por un aborto mal hecho. Casi siempre llegan graves y muchas de ellas mueren. Son los casos de muerte femenina más comunes. Las mujeres aseguran que los legrados posaborto “(...) se hacen sin anestesia (...)” Las mujeres interpretan la falta de anestesia para un legrado como un castigo, mientras dicen: “(...) si se lo hizo que sufra (...) si fue espontáneo no (...)”.”

EL PARTO.

El parto es un acto natural y fisiológico de reproducción individual.

“No es una enfermedad, ni un acto médico. Es un proceso natural del cuerpo de la mujer, muy complejo, asociado a su sexualidad y reproducción en el cual mediante múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica.”¹¹

Tal definición se contrapone, sustancialmente, a las condiciones reales de nuestras maternidades, hospitales públicos y las clínicas privadas.

Por su la do Michel Odent afirma que los obstetras no saben lo que es un parto porque sólo conocen el parto hospitalario.

PARTO NORMAL.

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.

Luego, tanto la madre como el niño están en "buenas condiciones."

“En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”.OMS 1996

EL NACIMIENTO EN EL SIGLO XXI.

¹¹ Villegas Poljak, Asia (*Médica Diplomada en derechos humanos*) *Revista venezolana de estudios de la mujer – Caracas, Venezuela. Enero /junio 2009* “La violencia obstétrica y la esterilización Forzada frente al discurso médico”Asiavillegas@gmail.com

Hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia.

Las primeras civilizaciones agregaron a este acontecimiento innumerables significados culturales que a través de las generaciones han sufrido transformaciones, pero todavía se conmemora el nacimiento como uno de los hechos marcadores de la vida (Ministério da Saúde, Brasil 2001).

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20% del total). Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, significó la incorporación en Hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. Pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna.

El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales (Ministério da Saúde, Brasil 2001).

El Equipo de Salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias.

Proceso que se caracteriza por la medicalización, tendencia cuyos inicios Foucault sitúa a partir del siglo XVIII (1990:122) considerándola como una realidad

que se maneja desde todos los sistemas médicos y por los conjuntos sociales en que actúa, y que abarca tanto el campo de la enfermedad como el de la salud.

Como considera la "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia", se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados y subordinados por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones.

Además de la anteriormente desarrollada declaración de la OMS, en 1985, denominada "El nacimiento no es una enfermedad" (que da origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención), se sumaron múltiples iniciativas para "humanizar" la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones "centradas en la familia" y no en el Equipo de Salud, ambientarlas en forma "hogareña", etc. (Larguía 1998), (Duverges 1998), (Saunders N., 1997), (CIMS 1996) (REHUNA 1997), (OMS 2002), (Baranchuk 1983).

Una las maternidades más importantes del país y la más importante de Mendoza, la del Hospital Luis Lagomaggiore, adhiriendo a este proyecto a través de la UNICEF es considerada una "Maternidad Segura y Centrada en la Familia".

El concepto de Maternidades centradas en la familia presupone un proceso de empoderamiento de la familia. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia (AAP-ACOG 2002).

Una maternidad "centrada en la familia" promueve la idea de que la mujer y su entorno deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo.

Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño. Estos pueden minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del equipo de salud.

(Klaus M.H., Kennel J.H. 1986), (Kennel J.H., Klaus M.H. 1988), (Chalmers I., García J., Post S. 1993), (Keirse M.J., Enkin M., Lumley J. 1993), (OMS 1997), (OPS/OMS 1998), (OMS 1985).)

INTERVENCIONES INNECESAREAS.

La institucionalización de los partos ha hecho que se sistematicen una serie de controles y procedimientos sobre la mujer y el bebé sin evaluar el estado de salud de cada individuo y sus necesidades particulares, transformándose en rutinas; que suelen ser molestas, dolorosas y potencialmente riesgosas aplicándose sin justificación científica por costumbre del equipo de salud o que sigue pautadas que no han sido revisadas y actualizadas.

Un eje central en esta “cadena” de rutinas sobre la mujer y el bebé es el tiempo, la imposición de que este proceso sea lo más breve posible, que todo termine rápido.

Según la Red Latinoamericana y de Caribe por la Humanización de Parto y el Nacimiento, en este apuro se generan iatrogenias que van desde casos leves a casos severos con sufrimiento fetal agudo y hasta muerte de la mujer y el bebé.¹²

Esto no sucedería si tan sólo se respetara el tiempo que cada mujer y cada bebé necesita para parir y nacer.

Explica Marta Espar(periodista y psicóloga española), "el parto es un hecho fisiológico, y solo hay que intervenir cuando es necesario", es decir, cuando hay complicaciones clínicas. En un parto normal, el 80% de los casos, hay multitud de procedimientos no sólo no están justificados ni aconsejados, sino que en el mejor de los casos producen incomodidad y en el peor, aumentan el riesgo para la madre o el bebé.

Prácticas rutinarias que además se realizan sin informar a la parturienta de la causa o pedir autorización, y que normalmente las mujeres no cuestionamos porque creemos que si lo hacen los profesionales, será porque es lo mejor. El problema es cuando, descubres que no es así.

¹² Red Latinoamericana y de Caribe por la Humanización de Parto y el Nacimiento. "Respetemos el tiempo del nacimiento."

Entre estas prácticas, están el rasurado, el enema o el ayuno total; la administración de oxitocina artificial sin esperar a la progresión natural del parto; obligar a la mujer a permanecer acostada boca arriba durante la dilatación y el parto, cuando está demostrado que si la mujer puede caminar y cambiar de posición, soporta mucho mejor el dolor de las contracciones y el parto es más rápido; o la episiotomía.

Es necesario que conozcamos las rutinas que apuran el proceso de nacimiento para que podamos cuestionar su utilización indiscriminada; y saber que cuando esta cadena empieza es difícil detenerla, cada rutina hace necesaria la siguiente transformando un hecho fisiológico en un acto médico alterando por completo su ritmo saludable y natural.

¿QUÉ DICE LA OMS?

La Organización Mundial de la Salud en su guía para la atención al parto normal, recomienda que la atención al parto normal, de bajo riesgo, se lleve a cabo con el menor intervencionismo posible y respetando, al máximo, la fisiología natural del parto. Cualquier intervención debe ser sopesada y la mujer que va a dar a luz ha de ser informada de su situación para elegir lo más conveniente.

De las intervenciones más habituales durante el parto algunas afectan más al bebé son las maniobras destinadas a acelerar el proceso de parto por motivos injustificados:

- La inducción del proceso de parto ya sea con oxitocina o prostaglandinas.
- La maniobra de Hamilton (separar manualmente las membranas del cuello del útero).
- La rotura artificial de membranas (rotura de la bolsa por parte del personal sanitario).

- Impedir la libertad de movimientos durante la dilatación y el expulsivo, así como limitar o impedir la ingesta de líquidos o alimentos de fácil digestión durante la dilatación.
- Maniobras sin justificación científica, tales como la maniobra de Kristeller, que consiste en aplicar presión sobre la parte alta del útero para empujar al bebé hacia la salida. (Está prohibida en algunos países de nuestro entorno).
- Asimismo la OMS recomienda el uso restringido de la analgesia epidural en favor de otros métodos alternativos para paliar el dolor, como es el uso del agua en el parto, la libertad de movimientos, la no utilización de oxitocina sintética, el calor y los masajes en la zona lumbar, entre otros.
- La falta de respeto por la fisiología natural del parto ha demostrado aumentar de forma alarmante el número de cesáreas y de partos instrumentalizados en los que se hace uso demasiado frecuentemente de fórceps o ventosa para extraer al recién nacido

A continuación se desarrollarán alguna de las intervenciones innecesarias que rutinariamente se realizan en los distintos hospitales del país.

ENEMAS.

Los enemas todavía son utilizados en muchísimos lugares, debido a la creencia que estimulan las contracciones uterinas y que el intestino grueso evacuado permite un mejor descenso de la presentación. En el pasado se pensaba que reducían la contaminación perinatal y, por lo tanto, la infección de la madre y del niño. Sin embargo, los enemas son indudablemente molestos, llevan implícito un riesgo potencial de lesión intestinal.¹³

Se han comunicado casos de colitis, gangrena y shock anafiláctico tras la aplicación de enemas (Enkin et al. 2000).

RASURADO PERINEAL

Desde hace muchísimos años se ha demostrado que el rasurado perineal no es una práctica beneficiosa, sin embargo es todavía muy usado, con el criterio de reducir la infección y facilitar la sutura de la episiotomía o de los desgarros.¹⁴

Las evidencias científicas muestran que el riesgo de infección no disminuye (O.R. 0.76 IC 99% 0.33-1.77) (Basevi 2002), incluso su uso rutinario puede aumentar el riesgo de infección por VIH y por el virus de Hepatitis B. También aumenta los costos sin ningún beneficio.

¹³ Ministerio de Salud, Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. 2004

INGESTA DE ALIMENTOS Y LÍQUIDOS

En muchos lugares se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto. Esto se debe al temor de que, si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico, denominado, Síndrome de Mendelson(Mendelson D.L., 1949).

Sin embargo, la morbimortalidad materna por aspiración de contenido gástrico es de 7/10.000.000 de casos. (Sleytel M., Golden S., Sherrod R. 1999). Una restricción en la ingesta no garantiza una reducción del contenido gástrico (Crawford 1956, Taylor y Pryse-Davies 1966, Tettamtel 1983, Mckay y Mahan 1988) y la anestesia general es usada excepcionalmente en las intervenciones obstétricas.

En general, la suspensión de la ingesta de alimentos no molesta a las mujeres en trabajo de parto, ya que la mayoría no experimenta deseos de comer durante el mismo, pero muchas necesitan tomar líquidos los que no deben ser restringidos.

Por otra parte, el parto requiere una gran cantidad de energía. Como la duración del mismo no puede predecirse, no debería restringirse en forma absoluta el ingreso de alimentos. En un parto prolongado esta restricción puede conducir a deshidratación y cetosis. Estas complicaciones pueden evitarse permitiendo una alimentación ligera y líquida por boca. La imposición de restricciones favorece la idea de que el parto es un evento médico y no un evento natura.¹⁵

VENOCLISIS.

¹⁵ *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina. 2004*

La colocación rutinaria de venoclisis con soluciones glucosadas ha sido evaluada en numerosos trabajos (Lucas et al. 1980, Rutter et al. 1980, Tarnow-Mordi et al. 1981, Lawrence et al. 1982).

Según la "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia"(del 2004) : El aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el cordón umbilical. Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido.

En este sentido, Michel Odent(1982) reúne numerosas investigaciones (A Lucas, Adrian TE, Aynsley-Green A, Bloom SR, entre otros) concluye: "Riesgos para el bebé incluyen hipoglucemia severa después del parto, que puede resultar de la producción excesiva de insulina generada por el páncreas del bebé en respuesta a los niveles de azúcar altos en la sangre que se desarrolló en su sistema circulatorio por la gran cantidad de dextrosa y / o glucosa, que atraviesan rápidamente la placenta de la bolsa intravenosa. Además, tanto el 5% y 10% de glucosa o dextrosa infusiones han sido implicados como posibles causas de la ictericia neonatal."

La colocación rutinaria de venoclisis, además, interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente.

Debe desaconsejarse el uso rutinario de venoclisis si se asegura la hidratación oral. No hay evidencias que sean de utilidad para una eventual emergencia obstétrica.¹⁶

¹⁶ Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina. 2004

Según María José Bernasconin¹⁷, en nuestro país, es una práctica corriente en la mujer embarazada atendida en un hospital público o privado y clínica privada, que entre a su internación con un suero y una vía puesta rutinariamente. Esta es una práctica invasiva y sin asidero científico.

ACOMPañAMIENTO Y APOYO DE LA EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Según la "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia", es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones.

Sería ideal iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto, pero si no se ha podido realizar esta preparación no debe ser un limitante para impedir el ingreso de un acompañante.

Varias comunicaciones y ensayos randomizados y controlados demostraron que el acompañamiento y apoyo por parte de una persona entrenada para tal fin durante todo el parto produce muchos beneficios. Tomo de la Guía¹⁸ los siguientes: menor duración del trabajo de parto (O. R. 0.04 IC 99% 0.00-0.51), menos dedicación (O. R. 0.25 IC 99% 0.10-0.61), menos analgesia peridural (O. R. 0.35

¹⁷ *Coordinadora Argentina de la RELACAHUPAN (Comunicaciones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer)*

¹⁸ *Ministerio de Salud, Argentina; "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia". Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.. 2004*

IC 99% 0.19-0.67) (Kennell, 1991), menos cantidad de niños con Apgar menor de 7 y menos partos instrumentales y cesáreas (O. R. 0.73 IC 99% 0.58-0.92) (Klaus et al 1986, Hodnett y Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hojmeyr et al 1991, Hodnett 2000).

Por lo tanto, el desarrollo de un trabajo de parto normal necesita acompañamiento afectivo y control profesional.

DOLOR Y ANALGESIA.

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, aunque la reacción frente al mismo tiene características distintas según la personalidad de la misma.

Sin duda, distintas circunstancias pueden ocasionar mayor dolor. Los partos prolongados, los inducidos, los conducidos con ocitocina, los complicados por distocia, y los terminados en forma instrumental producen mayor dolor que los partos "normales".

Por otra parte el dolor es cultural y contextual, si desde siempre las mujeres crecemos con mandatos como: parirás con dolor es bastante probable que se instale una predisposición al mismo. ¿Por qué contextual? Porque depende de la situaciones psico-afectivas en que se encuentren las mujeres; de cuán acompañadas y contenidas estén; de cómo se les propicia o no las condiciones

para liberarse en el parto (ejercicio de la movilidad, mínimo de intervenciones, aliento, amor); de acciones naturales para disminuir el dolor (masajes, hierbas naturales, música, concentración, ambiente íntimo y respetado, entre otros); de confianza en quien la está asistiendo; y de cuán preparadas estén para afrontar uno de los momentos "jaque" de la vida.¹⁹

¹⁹ Magnone Alemán, Natalia: "Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización". Departamento de Trabajo Social – FCS – Udelar- Trabajo presentado en las IX Jornadas de

Métodos no farmacológicos.

Sin embargo, es importante el manejo no farmacológico del dolor. Este comienza durante el cuidado prenatal, y continúa durante la atención del trabajo de parto y del parto, brindando toda la información necesaria acerca de la evolución del mismo y dando contención, paciencia en un ambiente armónico y sobretodo respetuoso.

El apoyo brindado por el acompañante es el factor más importante para el alivio del dolor. Se ha comprobado que disminuyen el stress y el temor, ambos causas de aumento del dolor.²⁰

Se debe dar la oportunidad a la mujer para que adopte la posición en la que se sienta más cómoda, ya sea en la cama o fuera de ella. Puede caminar, permanecer sentada o acostarse según ella lo desee. (idem cit.)

Otras técnicas como acupuntura, baños de inmersión, hierbas y aromaterapia con aceites no han demostrado ser efectivas en trabajos randomizados hasta el momento (OMS 1996), pero pueden ser una alternativa para crear un buen clima trabajo de parto y parto.

Analgesia farmacológica.

Todas producen un razonable alivio, pero al mismo tiempo ocasionan efectos indeseables en la madre y en el recién nacido (Dickersin 1989). Sobre la madre pueden producir hipotensión, náuseas, vómitos y mareos.

Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de setiembre de 2010. Con motivo de la tesis para finalizar la Maestría en Sociología.

²⁰ Ministerio de Salud, Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. 2004

Todas las drogas pasan al feto y tienen efectos sobre el recién nacido, desde dificultades en la succión, hipotonía, hasta depresión respiratoria. No se aconseja la administración de drogas analgésicas por vía sistémica durante el trabajo de parto, debido a sus efectos perjudiciales.

Analgesia epidural:

De todas las técnicas de analgesia usadas en el parto, la epidural es la más usada en todo el mundo. Sus efectos han sido investigados en numerosos ensayos, los cuales comparan esta técnica con otras usadas para aliviar el dolor en el parto. (Robinson et al. 1980, Philipsen and Jensen 1990, Swanstron and Bratteby 1981, Thorpf et al. 1993).

El alivio del dolor no es lo mismo que satisfacción global con el parto, y las epidurales se asocian con importantes interrupciones del proceso de dar a luz. Estas interrupciones pueden interferir con el disfrute y satisfacción de la experiencia del parto, y también puede comprometer la seguridad del parto para la madre y para el bebé.

Como señala la Organización Mundial de la Salud, “la analgesia epidural es uno de los ejemplos más llamativos de medicalización del parto normal, transformando un acontecimiento fisiológico en un procedimiento médico.”²¹

La epidural reduce la producción de oxitocina de la madre, o interrumpe su normal aumento durante el parto. La epidural también elimina el pico de oxitocina materna que ocurre en el nacimiento.²²

La epidural hace más lento el parto, posiblemente debido a sus efectos sobre la producción de oxitocina, aunque también hay evidencia en estudios con animales

²¹ E. D. Hodnett, “Pain and Women’s Satisfaction with the Experience of Childbirth: A Systematic Review,” *Am J Obstet Gynecol* 186, Supplement 5: *Nature* (2002): S160–S172.

²² C. F. Goodfellow et al., “Oxytocin Deficiency at Delivery with Epidural Analgesia,” *Br J Obstet Gynaecol* 90, no. 3 (1983): 214–219.

de que los anestésicos locales usados en la epidural pueden inhibir las contracciones afectando directamente la musculatura uterina.²³

Las sustancias de la epidural pueden provocar directamente efectos tóxicos en el feto y el recién nacido, que puede recibir niveles de estas sustancias incluso mayores que los que recibe la madre.²⁴

Los riesgos están bien documentados en la literatura médica, pero puede que no se informe de ellos a la mujer que da a luz.

La Guía para la atención del parto normal concluye: "En la asistencia del parto normal los métodos no farmacológicos deben priorizarse. No hay duda que la analgesia epidural es muy útil en algunos partos (distócicos, prolongados o con dolor mal tolerado). Sin embargo su utilización en forma rutinaria medicaliza el parto innecesariamente. En los casos en que su uso es necesario, debe realizarse luego de los 5 cm de dilatación."

AMNIOTOMÍA TEMPRANA.

La amniorexis es la rotura de la bolsa de las aguas. Puede ser espontánea o artificial (es decir, cuando te la rompen). La OMS dice que no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Es una maniobra utilizada como método de inducción al parto, ya que se cree que estimula la liberación de ciertas hormonas que aumentan las contracciones. Pero con nuevas investigaciones se sabe que no produce ninguna ventaja y que implica contras para el proceso.

²³ G. Arici et al., "The Effects of Bupivacaine, Ropivacaine and Mepivacaine on the Contractility of Rat Myometrium," *Int J Obstet Anesth* 13, no. 2 (2004): 95–98.

²⁴ 1871. R. Fernando et al., "Neonatal Welfare and Placental Transfer of Fentanyl and Bupivacaine During Ambulatory Combined Spinal Epidural Analgesia for Labour," *Anaesthesia* 52, no. 6 (1997): 517–524.

El peligro viene porque los microbios normales que viven en la vagina y que no pueden hacer ningún daño allí, tienen ya la puerta abierta y pueden entrar a la matriz y provocar una infección en las aguas y las membranas. Realizar un tacto vaginal cuando se ha roto aguas ayuda a que se produzca este tipo de infección.

Dado que en los países en desarrollo la sepsis puerperal es generalmente la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, son necesarios todos los esfuerzos posibles para prevenirla. (Inma Marcos. Comadrona)

La amniotomía temprana interfiere con el tiempo fisiológico en el cual se rompen las membranas. En condiciones normales las membranas permanecen intactas hasta que la dilatación es completa, lo que ocurre en el 75% de los casos (Schwarcz 1995).

En estudios controlados se observó un aumento en la aparición de desaceleraciones tipo I en la frecuencia cardíaca fetal en el grupo con rotura de membranas y un aumento estadísticamente significativo del modelaje cefálico (Schwarcz 1973).

No hay evidencia clínica que demuestre que la amniotomía temprana tenga alguna ventaja, por lo tanto, durante el trabajo de parto normal debe existir una razón muy válida para realizarla. En conclusión, esta práctica debe reservarse para aquellos casos que presenten un progreso anormal del trabajo de parto (Fraser W.D. 2000).

INFUSIÓN INTRAVENOSA DE OXITOCINA **SINTÉTICA.**

Constituye una de las intervenciones más frecuentes, sino la más frecuente en el parto, para acelerar el trabajo de parto, tanto con membranas íntegras como rotas.

Inma Marcos entiende que la oxitocina es una droga peligrosa, que hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas. Se utiliza para inducir un parto

y para acelerar la dilatación. Cuando se usa oxitocina hay que monitorizar de manera continua la frecuencia cardíaca fetal, para poder advertir enseguida si las contracciones perjudican al bebé. La oxitocina no se debería usar de modo rutinario, para partos normales no inducidos.

La OMS dice que no se deduce que el uso discrecional de oxitocina sea beneficioso para las mujeres y los bebés. No hay pruebas de que la prevención de un parto prolongado mediante el uso discrecional de oxitocina en un parto normal sea beneficiosa. La administración de oxitocina es una intervención mayor y debe utilizarse únicamente bajo una indicación válida.

Si esperamos a que cada mujer continúe en calma su trabajo de parto, el mismo cuerpo generara la oxitocina necesaria para parir a su hijo. No es necesario el goteo. Las mujeres pasamos de ser mujeres a ser “casos” que deben salir rápido.

Incluso hay investigaciones que dan indicios de que la oxitocina pueda hasta propiciar el autismo.²⁵

No hay evidencia clínica que demuestre que la utilización liberal de oxitocina durante el trabajo de parto normal sea beneficiosa para las mujeres o sus hijos.

Guía para la atención del parto normal concluye diciendo que la oxitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal.

Michel Odent²⁶ explica la importancia de la oxitocina natural en contraposición a la sintética. Y dice que el uso de oxitocina sintética en el parto inhibe la secreción natural de la misma y solo tiene un efecto mecánico en la dilatación no colaborando en la creación del vínculo madre-hijo. La adrenalina es la hormona opuesta segregándose en momentos de urgencia, miedo, al sentirnos

²⁵ Jara, Miguel: “ Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2011.

²⁶ Odent, Michel: “El bebe es un mamífero”. Ed Obstare. 2009

observados y ponernos alerta, cuando sentimos frío, etc., su aparición inhibe la liberación de oxitocina.

MANIOBRA DE KRISTELLER.

Se realiza empujando con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el pujo de la madre.

En cuanto a la presión fúndica del útero (Maniobra de Kristeller) no hay evidencia que avale que deba ser realizada, es más, puede ser perjudicial tanto para el útero como para el periné y el feto (Simpson KR 2001).

Según la OMS, es una práctica poco segura y no recomendada. Incluso, la considera anticuada y algo riesgosa, ya que una maniobra mal hecha podría provocar graves problemas como el desprendimiento de la placenta y ruptura uterina, o bien, fracturas en el bebé.

En numerosos países del resto del mundo esta técnica está proscrita, y en muchos otros se sigue usando sin consenso ni aprendizaje y sin reflejarlo en la historia clínica.

En el Foro Internacional del Parto (Roma, 2005) se estableció que era imposible cuantificar el daño causado a las parturientas y a los recién nacidos por dicha maniobra, ya que muchas veces no se registran por posibles litigios por mala praxis.

Mientras tanto, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en sus recomendaciones de 2007, afirma que esta maniobra está contraindicada para facilitar el descenso del feto. Según la Sociedad, puede causar a la madre traumatismos que van desde hematomas y dolor en las inserciones musculares y fractura de costillas, hasta hemorragias graves producto de la ruptura del útero o inversión uterina. En casos extremos, puede incluso conducir a la extirpación del

útero. En cuanto al bebé, también puede producirle traumatismos y lesiones como las del plexo braquial, que provocan la parálisis de Erb-Duchenne.

Dr. Luis Fernando Villanueva²⁷: El kristeller es una maniobra que está obsoleta, no recomendada por la OMS, presenta las siguientes consecuencias:

- Hemorragias de la mamá
- Rotura uterina y consecuentemente operación de extracción de matriz (sin posibilidades de tener más hijos)
- Desprendimiento de placenta
- Contusiones
- Rotura de costillas de la madre
- Rotura de costillas del bebé
- Lesiones en órganos internos de la madre
- Lesiones en órganos internos del bebé
- Hematomas (para ambos)
- Obstrucción de parto
- Hipoxia fetal
- Quebradura de miembros superiores del bebé
- Quebradura o lesión en la médula espinal del bebé (y sus terribles consecuencias)

FÓRCEPS.

El fórceps (lat. forceps, tenaza²⁸) es un instrumento médico muy poco habitual en forma de tenazas, que sirve para retirar a un feto cuando la madre no tiene más fuerzas para expulsarlo y ayudar a su extracción desde la parte exterior.

²⁷ <http://drgoliamiguel.blogspot.com.ar>

²⁸ Definición de fórceps en el Diccionario de la lengua española (avance de la 23a. edición)

Constan de dos ramas o palas metálicas que se articulan entre sí en su parte media, y tienen en un extremo los mangos y en el otro las cucharas o parte de prensado, habilitadas con una curvatura tal que se adaptan a la forma de la cabeza fetal y a las curvaturas de la pelvis ósea femenina o canal de parto óseo.

Aspectos negativos: Los tejidos internos, particularmente los músculos de la pelvis, resultan lesionados, marcas temporales en la cabeza del bebé, en el lugar donde fue aplicado el fórceps, posibles daños en los nervios, fracturas en el cráneo, daño cerebral, que puede causar leve o severo retraso mental (debido a mu graves dislocaciones internas e incluso la muerte).

Los partos asistidos con fórceps aumentan la incidencia de lesiones craneoencefálicas fetales, siendo la tendencia actual a realizar cesáreas en partos que se prevén difíciles.²⁹

Durante el parto pueden ocurrir múltiples lesiones del sistema nervioso central y periférico, muchas de las cuales pueden prevenirse³⁰. El traumatismo durante el parto supone una condición adversa para el feto en su salida por el canal materno¹⁰. Las lesiones producidas durante el mismo son consideradas graves cuando afectan al plexo braquial o producen fracturas craneales o contusiones cerebrales.

POSICIÓN MATERNA EN EL PARTO.

La OMS recomienda desde 1985: “No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.”

²⁹ F. Villarejo; J.M. Belinchón; F. Carceller; A. Gómez-Sierra; A. Pascual; F. Cordobés; C. Pérez-Díaz y B. Rivero *Neurocirugía* v.20 n.3 Murcia jun. 2009 “Lesiones craneales secundarias a parto asistido con fórceps”. *Servicios de Neurocirugía del Hospital Niño Jesús y Hospital La Paz. Madrid. España.*

³⁰ Alexander, E. Jr., Davis, Ch. Jr.: *Intra-uterine fracture of the infant's skull. J. Neurosurg* 1969; 30: 446-454.

Los profesionales con experiencia en parto en casa han podido observar cuales son las posiciones utilizadas con mayor frecuencia en el parto. Cuando las mujeres no se sienten observadas o guiadas y pueden elegir libremente muchas se ponen a cuatro patas, otras de rodillas, o se apoyan en algo mientras que se inclinan hacia delante. Incluso en mujeres de origen cultural muy diferente existen puntos comunes en su comportamiento.

Según Michel Odent ³¹, con la posición hacia delante se disminuye la sensación dolorosa en la espalda y se facilita la rotación del bebé dentro de la pelvis. Además la posición hacia delante garantiza que los vasos sanguíneos más importantes (la vena cava y la aorta) no se compriman entre el peso del bebé en el útero y la columna vertebral de la madre. De esta manera, el riesgo del sufrimiento fetal está considerablemente reducido.

Según Raquel Schallman³², la posición inclinada hacia delante o a cuatro patas favorece un mayor aislamiento del mundo exterior, “en otro planeta” y por tanto reduce la actividad del neocortex y favorece la liberación de las hormonas necesarias para las contracciones uterinas eficaces.

Ella también explica que en posición vertical el parto dura menos, si la mujer puede moverse libremente, sentarse o ponerse de pie necesita menos calmantes y ahorra energías, en posición vertical el peso del bebé recae directamente sobre el cuello de la matriz, de forma que acelera la dilatación, al provocar contracciones más eficaces.

La parturienta tiene más fuerzas cuando está sentada, de rodillas o en cuclillas porque puede coordinar mejor la respiración con las contracciones. Al respirar plenamente, el bebé tiene más oxígeno. Sin embargo, una mujer tumbada con los pies en alto sobre los soportes metálicos se convierte en una espectadora pasiva de su propio parto. Esta postura solo beneficia al personal médico, que puede trabajar más cómodamente. Cuando una mujer está tumbada el niño debe

³¹ Michel Odent "El bebé es un mamífero" Mandala ediciones sa(1990)

³² Raquel Schallman: "Parir en Libertad" - Editorial: Grijalbo2007

hacer, para pasar por la vagina, una dificultosa curva hacia arriba. Además, en posición horizontal, cada contracción, a la vez que acerca al bebé, lo aleja también un poco.

Eva Giberti explica: "La camilla-cama se asocia con enfermedad y corresponde a las enseñanzas de la medicina asistencial; como se entiende que acompañar a un parto implica un asistir a la parturienta, acostarla es una manera de mantener en orden lo aprendido en la universidad, donde se enseñó que los asistidos-enfermos se acuestan. Lo que a su vez desemboca en la subordinación y en el sometimiento de la mujer que se siente tratada como una enferma sin atreverse a demandar un parto acorde con sus necesidades y sus potencialidades fisiológicas."

En la investigación hecha por la veterinaria, investigadora y activista Marbella Camacaro (2006)³³, de la Unidad "Bella Carla" de Maracay, donde explica la historia y datos que amplían la justificación de la definición de la Violencia Obstétrica, afirma: "La cama ginecológica fue un invento del nuevo representante social en la escena del parto, el hombre-médico, el francés Francois Mauriceau (1657-1709) propuso la idea de que la mujer diera a luz en la cama. Publicó en 1668 su tratado "Las enfermedades de las mujeres en el embarazo y el parto", considerado como la obra obstétrica más sobresaliente del siglo XVII. En su momento fue el primer tocólogo del reino de Francia, esta referencia histórica dice mucho, especialmente para quienes sabemos lo que ha significado la voz autorizada masculina en la construcción histórica de las ciencias. Ellos tenían el poder de hablar, decidir, apoderarse del cuerpo de las mujeres, inclusive, en aspectos relativos exclusivamente al territorio corporal, sexual y psíquico de las mujeres, la extrañeza de los hombres científicos frente al útero, por no poseerlo, y el poder de dictar toda la vida social, cultural, política, y científica fue la impronta de una obstetricia que patologiza los procesos naturales de las mujeres (menstruación, menopausia, parto), acostarlas para parir es el acto de mayor sumisión y obediencia, por parte de la mujer, frente al poder médico."

³³ <http://www.fundamujer.org.ve/seccion.asp?notid=40958&pid=61&sid=2595>

Continúa la investigadora precitada con las siguientes interesantes y elocuentes reseñas: “La imposición del parto en postura de litotimia-acostada, lo que hace es facilitar el trabajo del médico, enajenando a la mujer de su propio proceso. Acostada quedamos expuestas y vulnerables, obedeciendo las órdenes del equipo de salud. La justificación de esa práctica médica, de tener a la mujer acostada con las piernas colgando, es ideal para favorecer la atención de cualquier complicación, facilitando las maniobras de rutina, intervenciones y conservar pautas de trabajo. Sin embargo, el 90% de los partos en los hospitales son normales, sin mayores complicaciones, en las clínicas existen un número exagerado de cesáreas por razones económicas. Como vemos la salud sexual y reproductiva de las mujeres depende de los tira y encoje de los intereses económicos, políticos, culturales, religiosos, poder médico, en fin, menos de las propias mujeres. La posición de la madre es un procedimiento médico, una intervención médica, que responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología vigente.”

Eva Giberti considera que además al acostar a la mujer se la infantiliza porque se la posiciona como alguien que debe obedecer órdenes y colaborar con la dirección del parto a cargo de un médico. La humillación y la subordinación, así como la infantilización que implican acatar el mandato de parir acostada (aunque quienes así lo hicieron afirmen que se sintieron cómodas y no registren la mutilación)reclaman la revisión del tema).

El Dr Burgos en su artículo "Litotomía en el parto, una práctica cuestionable"³⁴nos explica que la posición acostada de espaldas es la peor posición que pueda concebirse para el trabajo de parto y el parto. Entre los problemas enumerados desde el punto de vista fisiológico se destacan los siguientes:

a) la compresión de los gruesos vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil y menos frecuente, y la necesidad de pujar se torna más dificultosa debido al esfuerzo mayor

³⁴ Carlos Burgos Médico ginecólogo-obstetra EPEN www.partohumanizado.com.ar/

al no estar favorecida por la fuerza de la gravedad. El descenso más lento incrementa el uso del fórceps.

b) El cóccix es comprimido contra la cama de parto, que lo fuerza hacia delante, estrechando la salida pélvica, con la mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.

c) La compresión nerviosa, por la presión ejercida sobre las piernas colgadas en los estribos.

d) La ausencia de una efectiva y sostenida presión por parte de la cabeza fetal sobre el periné, no permite una eficaz y pausada distensión del mismo, con la consecuencia de una necesidad compulsiva de realizar una episiotomía que sería innecesaria.

e) El carácter de procedimiento de intervención de la posición de litotomía se completa con anestésicos peridurales e infusiones de oxitocina rutinarias que agregan dificultades inherentes a esos procedimientos

f) Estas consideraciones biológicas y fisiológicas, son aún insuficientes para entender la más vasta repercusión sobre la vida afectiva y emocional de cada mujer, que atraviesa la experiencia del parto y el nacimiento de su hijo, y el impacto que tienen estos aspectos íntimamente ligados a su sexualidad.

Algunas posiciones que pueden adoptar las mujeres durante el trabajo de parto:



Fuente: WHO. Integrated Management of Pregnancy and

Childbirth. IMPAC. Geneva, WHO, 2000

Casilda Rodrigañez Bustos considera que el decúbito supino es una posición contraria al parto; el canal de nacimiento se estrecha y se alarga, además la posición horizontal va en contra de la fuerza de gravedad, y sobre todo, la mujer no puede hacer fuerza con los músculos pélvicos; en cuclillas, el canal de nacimiento se acorta y la salida va a favor de la fuerza de la gravedad, y podemos hacer toda la fuerza que podamos con nuestros músculos pélvicos. Parir en decúbito supino supone alargar el parto, poner dificultades al avance del bebé, facilitar el atasco y la falta de oxígeno; es tan absurdo como defecar en esa posición. Sólo tiene una lógica: la manipulación médica y agravar el sufrimiento de la madre y del bebé. Obligar a la mujer a parir en esa posición es una violencia gratuita e innecesaria; es la imagen de la sumisión y de la negación de nuestros cuerpos.

LA POSICIÓN VERTICAL.

La posición vertical (sentada, en cuclillas, de rodillas, colgada de un árbol según la práctica de algunas tribus), es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.

La historia del parir, que comienza antes que la obstetricia lograra salvar vidas de madres e hijos, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar; negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de los avances de la obstetricia.³⁵

³⁵ Eva Giberti- "Parto vertical"- Selección párrafos del artículo que publiqué en el Suplemento LAS 12, en noviembre 1998

Eva Giberti explica que cuando el parto se realiza con la parturienta acostada el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él , donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. De este modo se anula la unidad ojo-vagina (vulva).

Y afirma: "La ausencia de mirada sobre lo que sucede con su cuerpo y con el bebe la conduce a suponer que es el médico quien "hace el parto" y a sentir gratitud hacia él, cuando en realidad se trata exactamente de lo contrario. Si exceptuamos las patologías que pueden presentarse y que demandan la intervención profesional, la que "hace el parto" es la mujer; la maniobra del obstetra contribuye a girar, en algunos casos, la cabeza del bebe para facilitar la expulsión."

Utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, comienza a difundirse en EE.UU (Howard, 1958): Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974); Brasil (Paciornick, 1979) etc. Y más recientemente por la OMS (WHO, 1996) a partir de la consideración de sus ventajas, a saber:

- Acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetal.
- Ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966). Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992).
- Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. En sentido ántero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969)

- Mejor ángulo de encaje. La posición vertical determina que este ángulo sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad lo que provoca menos intervenciones obstétricas menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (MéndezBauer, 1975)
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976).
- Beneficios psico afectivos que incluyen la búsqueda de métodos alternativos, menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto (Sabatino, 1992)

EXAMEN VAGINAL

El examen vaginal es fundamental en el diagnóstico del trabajo de parto y para la evaluación del progreso del mismo. Debe ser realizado siempre en condiciones de asepsia, con lavado de manos y uso de guantes estériles descartables.³⁶

El tacto debe realizarse cuando sea estrictamente necesario, en el comienzo cada 4 horas como lo recomienda el partograma (OMS 1993). Si el progreso del trabajo de parto es muy rápido los exámenes vaginales pueden limitarse a uno.

³⁶ Ministerio de Salud, Argentina "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia"
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil- 2004

LA EPISIOTOMÍA.

Es la realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud. Las episiotomías no previenen desgarros a través del esfínter anal ni desgarros vaginales. De hecho, los desgarros profundos casi nunca ocurren cuando no se realiza una episiotomía.

Se utilizan episiotomías de rutina cuando se ha comprobado que es una de las causas más frecuentes de hemorragia e infección posparto; incrementa notablemente las probabilidades de sufrir un desgarro anal importante y debilita los músculos perineales, favoreciendo posteriores trastornos como incontinencias y prolapsos.

Si a las mujeres le dieran tiempos y respetaran las posiciones al parir los desgarros serían mínimos. Se ha demostrado que los desgarros cicatrizan antes y mejor, con menos dolor que una episiotomía. El motivo es que cuando el tejido se rasga lo hace siguiendo las líneas de tensión y, al volver a unirse, duele menos. Además el desgarro suele afectar sólo a la piel, y no a los músculos del suelo de la pelvis. Cuando éstos se cortan, puede quedar afectada alguna rama de algún nervio y causar dolores mucho tiempo después.

La OMS recomienda desde 1985: “Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.”

La OMS recomienda desde 1989 (Recomendaciones de la OMS para la promoción protección y apoyo a la lactancia materna. Declaración Conjunta OMS-UNICEF 1989): “Durante el parto se evitarán la ansiedad y los dolores inútiles (no se hará la episiotomía si no es indispensable) Todo ello ejerce acciones negativas sobre la liberación y secreción de prolactina.”

No está demostrado científicamente que la episiotomía ayude a la mujer ni al bebé, ni que prevenga el prolapso (desgarro). Según Mardsen Wagner, Ex Director del Departamento de Salud Materno- Infantil de la OMS "la episiotomía nunca es necesaria en más del 20% de los partos. La ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo. Por todas estas razones, realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer.

Por lo tanto, la episiotomía debe realizarse solo en determinadas indicaciones materno-fetales. Sus supuestos beneficios preventivos no están rigurosamente comprobados. Se aconseja que se realice solo bajo una valoración clínica muy selectiva, ya que no existen evidencias que apoyen su empleo sistemático.

Sheila Kitzinger, en un estudio que realizó con 2000 mujeres que tuvieron episiotomía llegó a las siguientes conclusiones:

- Es más doloroso que un desgarro
- Es difícil encontrar una posición cómoda para alimentar al bebé
- Causa dolor al reiniciar las relaciones sexuales
- Las dos terceras partes de las mujeres no habían tratado el tema con el personal de salud
- Cerca del 50% de las episiotomías fueron realizadas antes de que el periné estuviera suficientemente dilatado
- Más de la mitad de las mujeres no habían recibido instrucciones necesarias para realizar el pujo.
- Más de tercera parte de las mujeres no recibieron explicación de porqué se hacía la episiotomía.

Otras investigaciones que dan cuenta de lo poco conveniente que es la realización de esta intervención son:

- En Argentina (Borghi, Fox-Rushby, Bergel 2000) el costo de la episiotomía con sutura y anestesia era de 6.01 dolares.
- En Argentina (Carroli et al. 1999) en una prueba controlada y aleatorizada se sugirió que una reducción del 80% al 30% en la tasa de episiotomías mejoraría de manera significativa los resultados de salud materna:
 - La no realización de la episiotomía significó importantes beneficios a la embarazada, atendida en posición vertical, al evitar la reparación quirúrgica y en el puerperio inmediato la disminución del dolor, menores cuidados y tratamientos locales, ausencia de hematomas y de asimetrías vaginales y/o perineales, etc.
 - El grado de bienestar fetal no fue afectado por el nacimiento lento del niño o niña durante la atención del parto sin episiotomía.
 - Este proyecto de investigación cumple con el objetivo mundial de disminuir la elevada morbilidad obstétrica durante el parto al recuperar la atención del parto natural como un proceso fisiológico, no mecanizado.

Las conclusiones de los revisores de Cochrane fueron:

- La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria;
- Hay menos trauma perineal posterior,
- Menos necesidad de suturas
- y menos complicaciones,
- no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo.

- Se permitió a la embarazada que el periodo expulsivo lo realizara espontáneamente, ya que los pujos dirigidos son los que provocan grandes desgarros, así como la salida violenta de la cabeza fetal.
- El número menor de puntos de sutura correspondió al parto sin episiotomía.

La episiotomía, como cualquier otro acto quirúrgico, requiere el consentimiento informado de la persona afectada.

Tomaré del libro "Practica Medicina Machista" del Dr. Robert Mendelsohn, un resumen de una de sus partes, llamada por él "La voy a dejar 0 km." donde hace un analisis muy interesante de la situacion de la mujer en el parto, mencionando aquello que no se le dice a la mujer.

"La intervención exagerada del obstetra produce molestias a la madre, por lo que ésta necesitará drogas que aquel prescribirá. Luego le obliga a adoptar una posición para parir que creará la necesidad de una episiotomía , porque la posición supina crea la necesidad de operar y a su vez, esto es usado para justificar la posición que facilita la necesidad de operar... Si la madre adopta una posición natural y decide cuando pujar y cuando no, por lo general nace el bebé sin daño para sí o para la madre. Sin embargo, como señalé, cuando un obstetra dirige el parto, la madre no se encuentra en su posición natural. La colocan de espaldas, con los pies en estribos, de modo que el bebé sea entregado en contra de la fuerza de gravedad, y la curva ascendente de la pelvis. En esta posición, hay mucha posibilidad de desgarrar el perineo, que los obstetras citan como excusa para practicar una episiotomía... La episiotomía se ha vuelto tan habitual, que en EEUU se practica en un 85% de las madres primerizas. Sin embargo debemos cuestionar su valía observamos que se realiza rara vez en países donde la gente prefiere partos naturales.

No puede ser que en la Argentina la tasa de episiotomía sea del 90 por ciento. La práctica de episiotomía nunca debe superar al 10%, en ningún lugar, por

ninguna razón. (Robbie Davis-Floyd, investigadora y profesora de la Universidad de Texas, especialista en antropología de la reproducción)

En Holanda, por ejemplo, la episiotomía se practica en menos del 8% de los casos, y en Inglaterra del 1 al 7%...Hay Un montón de cosas que la madre tiene derecho a saber y que el obstetra no le dirá. Por ejemplo:

- La episiotomía requiere anestesia local y aumenta el riesgo de secuelas perjudiciales por drogas.
- Al practicar la episiotomía, el médico corta a través de los músculos y nervios, produciendo un entumecimiento que a veces persiste por años.
- La incisión tiene 5 cm de largo en el exterior y 5 cm. de largo en el interior.
- La operación aumenta el riesgo de infecciones postparto, dispaurenia, lesiones en el recto, etc."

Este médico estadounidense concluye diciendo: "A TODOS NOS GUSTA SENTIRNOS ÚTILES, AUNQUE NO LO SEAMOS. ¿Pero deberían las mujeres pagar con sus vidas por la satisfacción del obstetra?"

CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL.

El cordón umbilical puede ser clampeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente y esto tiene efectos sobre la madre y el recién nacido.(Prendiville and Elbourne 1989).

Si luego del nacimiento se coloca al recién nacido por debajo o a nivel de la vulva, durante tres minutos antes del clampeo del cordón, o hasta que éste deje de latir, esto permite el pasaje de 80 ml. de sangre desde la placenta al recién nacido (Yao et al. 1971, 1974, Dunn 1985). Si bien los eritrocitos transfundidos en este volumen pueden ser destruidos por hemólisis, aportan 50 mg. de hierro para las reservas del recién nacido y reducen la frecuencia de anemia por déficit de hierro durante el primer año de vida, de muy elevada incidencia en nuestro país. (UNICEF 2001) (Michaelsen et al. 1995, Pisacane 1996).

El cordón umbilical debe colapsarse por sí solo, y a veces tarda solo 3 minutos, y otras veces tarda 15 o 20. La pinza de cordón o ligadura se ha de colocar sobre el cordón ya colapsado. Según George M. Morley hacerlo antes provoca daños irreversibles por anoxia cerebral en algunos bebés, sobre todo los que nacen con sufrimiento fetal agudo y necesitan más que ninguno que la placenta le siga pasando durante unos minutos sangre con oxígeno.

La placenta y el cordón sin clampar funcionan como un auténtico resucitador neonatal y son como un seguro que inventó la naturaleza para que el bebé tenga aseguradas dos fuentes de oxígeno durante los primeros minutos del nacimiento, para que en ningún caso sufra anoxia cerebral.

La rutina hospitalaria iatrogénica (iatrogenia quiere decir hacer daño con la medicina) hace que los bebés sufran asfixia neonatal pinzando el cordón en muchas ocasiones incluso antes de que el bebé respire por primera vez.

Y no solo eso menciona Morley, los deja anémicos por uno o dos años de vida, puesto que de un tercio a un 50 % del total de sangre del bebé queda en la placenta y se tira a la basura, sin permitir que ocurra la necesaria transfusión placenta-bebé.

La evidencia científica ha demostrado que la hiperbilirrubinemia debido a pinzar demasiado tarde el cordón no existe, y si en cambio se encuentran muchos casos de bebés con policitemia excesiva e hiperbilirrubinemia debido al clampaje muy pronto del cordón. Además, si no se dejara a casi todos los bebés anémicos al nacer por esta rutina no sería tan importante introducir alimentación a los seis meses cuando muchos niños no están preparados todavía, por el temor de que les falte hierro.

El error fue definido muy claramente hace más de 200 años: Otra cosa muy perjudicial para el niño es pinzar y cortar el cordón del ombligo demasiado pronto, que se debe dejar siempre sin tocar hasta que el niño no sólo haya respirado varias veces sino hasta que su latido haya cesado por completo. De otra forma, el bebé es mucho más débil de lo que debería de ser, puesto que en la placenta se queda una

cantidad de sangre restante que debía haber entrado en su cuerpo. Erasmus Darwin (abuelo de Charles Darwin), Zoonimia (1801)

La obstetricia moderna no comprende las funciones normales del cordón y de la placenta a partir del momento en el que el niño nace, y en la mayoría de los hospitales el cordón umbilical se pinza y corta inmediatamente tras el nacimiento³⁷. En los nacimientos prematuros y cuando el recién nacido está deprimido o en riesgo, el pinzamiento inmediato del cordón se realiza rutinariamente para llevar rápidamente al niño a la mesa de reanimación y para obtener las muestras de la sangre del cordón para fines médico-legales.³⁸

Funcionamiento normal del cordón y la placenta después del parto (sin pinzamiento) Antes del parto, los pulmones están llenos de líquido y hay muy poca sangre fluyendo a través de ellos; el niño recibe el oxígeno de la madre a través de la placenta y del cordón. Esta fuente placentaria de oxígeno continúa después del nacimiento hasta que los pulmones empiezan a trabajar y suministrar oxígeno ó es decir, cuando se llenan de aire y toda la sangre de la parte derecha del corazón los está atravesando. Cuando el niño está gritando y tiene un color rosado, los vasos sanguíneos se cierran solos. Durante este intervalo entre el nacimiento y el bloqueo natural, tiene lugar una transfusión de sangre desde la placenta para establecer el flujo de sangre a través de los pulmones. De esta forma, el proceso natural protege el cerebro asegurando una fuente continua de oxígeno a partir de dos fuentes hasta que la segunda está funcionando correctamente.

³⁷Morley, G.M.: *Cord Closure: Can Hasty Clamping Injure the Newborn?* OBG MANAGEMENT, July 1998; 29-36. Kinmond, S. et al.: *Umbilical Cord Clamping and Preterm Infants: a Randomized Trial.* BMJ 1993; 306: 172-175.

³⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists: *Umbilical Artery Blood Acid-Base Analysis.* Washington, D.C.: ACOG;1995. Educational Bulletin 216. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada: Policy statement No. 89. May 2000. Texto completo en español: <http://www.obstare.com/web/obstare/revista/08/cordon.html>

PLACENTA.

En algunas comunidades aborígenes, el tratamiento respetuoso de la placenta es un componente cultural del parto que debe ser tenido en cuenta.

Laura gutman dice: "Pocas mujeres tienen la dicha de ver, oler, tocar y despedirse de la placenta, que materializa la sombra del niño que ha dado a luz. Como siempre, preferimos obviar la sombra, hacer como si no existiera. Sin embargo, nuestro hijo se alimentó de ella y, producido el nacimiento, nos falta el ritual de despedida de la placenta, que muere para que nuestro hijo pueda vivir. ¿cuántas mujeres han visto al menos su propia placenta? ¿cuántas mujeres se la han llevado a casa (porque les pertenece).

PRIMEROS MOMENTOS DESPUES DEL PARTO: IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ.

La OMS recomienda desde el año 1985: "El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos."

"El bebé debe ser tocado y acariciado inmediatamente después del nacimiento. El debe tener el calor de la madre casi continuamente durante este tiempo, de lo contrario todo el contacto físico del mundo no será suficiente".(Dr. Arthur Janov.)

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor.

Klaus y Kennell han hecho una investigación muy extensa acerca del fenómeno del lazo materno-infantil, (Klaus & Kernell, 1976) Los resultados sugieren que la interacción de la madre con su bebé durante las primeras horas de vida afecta críticamente su actitud hacia el bebé al menos por los siguientes cinco años de vida. Después de un nacimiento libre de medicamentos tanto la madre como el bebé están en un estado de alerta y receptividad durante las primeras horas y el contacto físico así como ocular son vitalmente importantes.

Los sonidos familiares del latido de su corazón y de su respiración son algo que el bebé conoce y crean un sentido de continuidad entre la experiencia previa del bebé en el útero y las nuevas condiciones a las que debe adaptarse.

Justo durante las 2 primeras horas después del nacimiento es cuando el bebé está en alerta tranquila durante más tiempo; es el llamado período sensitivo del RN, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo del parto (Porter, 2004). El inicio precoz de la lactancia influye en la duración de la misma y en la posición correcta de succión. según demuestran numerosos estudios realizados en los últimos 20 años.

Cuando se le ofrece el pecho al bebé por primera vez también lamerá y olerá el pezón antes de mamar. Más tarde reconocerá a la madre por el olor. Este olor materno es particularmente llamativo para los recién nacidos y su reconocimiento temprano puede facilitar el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal (Porter, 2004).

También la madre se encuentra en un momento especial. En el posparto inmediato aumenta la sensibilidad de la piel de la areola y del pecho. El contacto piel a piel precoz y la succión del bebé sobre esa zona tan sensible dan lugar a un aumento de la secreción de oxitocina, hormona que provoca la disminución del tamaño uterino y la eyección de calostro y que ejerce también un efecto antiestrés en la madre (Zetterström, 2003). Por lo tanto, el alumbramiento de la placenta se realiza sin una pérdida de sangre exagerada si no se perturba el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora.

A la oxitocina se le ha llamado hormona del comportamiento maternal, ya que contribuye al acceso de amor hacia el bebé (Porter, 2004). Aunque los sentimientos de amor de la madre hacia su hijo/a recién nacido/a no son instantáneos, la primera hora parece tener una especial importancia en el establecimiento del vínculo afectivo (Kennell, 1998).

Por lo tanto, en el momento del primer contacto entre la madre y su bebé se alcanzan los niveles máximos de oxitocina, de endorfinas y de prolactina que facilitan en la madre la atención máxima afectiva hacia el bebé, la expulsión de la placenta y el comienzo de la lactancia.

En este sentido Casilda Rodríguez Bustos explica, sólo decir que inmediatamente después del parto la mujer tiene las descargas de oxitocina más importantes de toda su vida sexual, además de otras sustancias opiáceas, como las endorfinas, para producir la interdependencia libidinal y el acoplamiento de la gestación extrauterina, el único periodo realmente simbiótico de nuestra vida.

Elle advierte, si después de nacer se aparta al bebé de la madre, hoy con la excusa de lavar al bebé y de someterle a exámenes clínicos, el momento de la impronta se pasa; luego vienen las depresiones post-parto y las dificultades en la lactancia, porque se ha interferido el delicado proceso autorregulador hormonal. Esto no son teorías, sino que está hartamente probado por las mismas ciencias de la fisiología humana.

El tipo de anestesia que ha recibido la madre puede alterar el comportamiento del bebé durante el período sensitivo, que presentará menos movimientos de masaje manual y será menos probable que se agarre al pecho espontáneamente (Ransjö-Arvidson et al., 2001). Los bebés cuyas madres han recibido dolantina están sedados y muchos de ellos no succionan el pecho (Richard et al, 1990). Existe una relación entre la dosis de fentanilo que ha recibido la madre durante la anestesia epidural y el paso de lactancia materna a artificial al alta del hospital (Jordan et al, 2005).

Entre otras consecuencias de la separación precoz del bebé se destaca que provoca una hipotermia, que el/la recién nacido/a intenta minimizar haciendo

vasoconstricción periférica, lo que da pie a un mayor consumo de glucosa y a una acidosis metabólica. El bebé llora para reunirse con su madre y recuperar la temperatura corporal (Winberg, 2005)

Según Balint (26) la ruptura de la simbiosis madre-criatura produce una herida psíquica muy importante; es como una mutilación anímica no visible a simple vista, pero que aparece muy claramente cuando se analiza la psique de los seres humanos de nuestra sociedad. Balint, discípulo un tanto rebelde de Freud, le dió un nombre a esta herida psíquica, la llamó 'Falta Básica'; porque está en el estrato más básico de nuestro inconsciente, y porque así se referían a ella sus pacientes cuando explicaban lo que sentían: algo fundamental que les faltó y que les quitaron.

RECOMENDACIONES DE LA OMS (1989):

En la Declaración Conjunta de OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989), se recomienda lo siguiente respecto al momento inmediato tras el parto:

Atención a la madre durante el parto e inmediatamente después:

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto perinatal, que con frecuencia se caracterizan por adoptar medios “quirúrgicos” y “asépticos, se implantaron originalmente para evitar infecciones perinatales o para facilitar el trabajo de los médicos y demás personal sanitario.

Aun cuando no todas esas maniobras perturban la relación madre-hijo, con frecuencia sus efectos son negativos sobre la lactancia.

La experiencia de la mujer durante el parto influye sobre su motivación con respecto a la lactancia y la facilidad con que pueda iniciarla. La sensibilidad y disponibilidad del personal de salud, inclusive el respeto que éste tenga hacia la dignidad e intimidad de la mujer, contribuirán a que ésta se encuentre cómoda y a gusto.

Para reducir al mínimo las molestias de parto debe permitirse que la mujer se mueva, adopte las posturas que le resulten más cómodas y tenga a alguna persona querida o de confianza que le dé compañía y apoyo.

Se evaluará con el máximo cuidado la necesidad de administrar sedantes, analgésicos y anestésicos. Aun cuando es importante reducir las molestias físicas a la mujer, la utilización indiscriminada o excesiva de estos medicamentos puede reducir la capacidad de ésta para parir normalmente, provocar somnolencia, evitar que establezca un contacto íntimo con su hijo inmediatamente después del parto y reducir la capacidad de succión del recién nacido. Es preciso que se haga todo lo posible para evitar la administración de todo medicamento, hormonas inclusive, que puede interferir directamente con la iniciación y establecimiento de la lactancia.

Los reflejos de búsqueda y succión en el recién nacido son especialmente intensos inmediatamente después de un parto normal, momento en que normalmente la madre está deseando tocar y ver a su hijo. En esos momentos será beneficioso favorecer el contacto directo piel con piel entre la madre y el niño y permitir que éste succione el pecho de la madre, con lo cual se contribuirá a reforzar el vínculo inicial madre-hijo y se estimulará la secreción láctea.

Además los movimientos de succión del niño estimularán la liberación de oxitocina, que facilitará la expulsión de la placenta y las contracciones uterinas de la tercera fase del parto.

La aplicación habitual de un colirio de nitrato de plata o de antibiótico para prevenir la conjuntivitis se puede aplazar por unos 15 minutos para no obstaculizar el contacto visual mutuo entre la madre y el hijo. El niño debe permanecer cerca de la madre mientras se encuentre en la sala de partos.

No es necesario aspirar secreciones en un recién nacido vigoroso, que por definición respira espontáneamente y/o llora, ya que no hay evidencias que sustenten esta práctica (AAP-ACOG 1997) (AAP-AHA, 2002). Sólo se aspirará de ser necesario por gran cantidad de secreciones.

Respecto a las rutinas que entorpecen la lactancia a continuación hay un extracto del libro "La maternidad y el encuentro con la propia sombra" de Laura Gutman que es agradable compartir:

- La separación de la madre: el bebé no debe estar en ningún otro lugar que no sea en brazos de su madre. un bebé sano puede recibir los primeros cuidados y revisiones médicas sobre el cuerpo de su madre.
- Aspiración: Los profesionales que asisten a partos naturales observan que en forma normal los bebés van expulsando restos de líquido amniótico durante varias horas después del nacimiento, sin traumas ni molestias. La rutina de meter la sonda violentamente en las cavidades bucales y nasales para limpiar las vías respiratorias de los bebés es atroz e innecesaria, salvo en algunos casos específicos.
- Pesar y medir: Pesar a un bebé en una balanza si está envuelta en un paño suave y tibio no es traumático. Pero estirar el cuerpo del bebé para medirlo sí lo es. ¿Importa tanto si mide 49 o 51 cm? Por otra parte, es tan difícil estirar a un bebé, que estas mediciones rara vez resultan exactas; y violentan al bebé, que busca desesperadamente volver a su posición fetal.
- Ruido y presencia de muchas personas: El bebé debería permanecer sin interrupción sobre el pecho de su mamá para que pueda poner en práctica el reflejo de succión. En un ambiente relajado normalmente los bebés succionan entre los 10 y los 30 minutos posteriores al nacimiento. .
- La nursery: Es un extraño invento de la sociedad industrial donde cada bebé está desesperadamente solo en un océano oscuro...dos o tres enfermeras los atienden si ninguna capacidad de ocuparse de varios bebés al mismo tiempo, mientras la madre recibe flores y visitas en su habitación. Los bebés deben estar con su mamá, el único lugar aceptable para un recién nacido

Por todo ello, es que Michel Odent en “La primera hora siguiente al nacimiento” considera que: "La hora siguiente al nacimiento es, sin duda, una de las fases más críticas en la vida de los seres humanos".

HORMONAS NATURALES QUE PARTICIPAN EN EL PARTO:

La siguiente explicación es una extracción resumida escrita por la partera mexicana Naolí Vinaver López³⁹, donde se explica de manera clara las hormonas que participan en el parto, lo que nos ayuda a entender la importancia de un clima y entorno favorable para la mujer.

El parto fluye controlado por la oxitocina, esta hormona es muy sensible a la adrenalina. El rol de las endorfinas es de proteger la madre del dolor excesivo, y aumentar su sensibilidad a las necesidades de su cuerpo, para finalmente poder dar a luz.

LA HORMONA DE AMOR

La oxitocina es conocida como la hormona de amor. Durante la estimulación sexual, es la hormona que liberamos en todo el cuerpo que produce sensaciones de placer y sentimientos de amor.

Para que el parto fluya con seguridad, se requiere condiciones que permitan la producción amplia de oxitocina. Son las mismas condiciones precisas para cualquier acto de amor: sentirse segura, protegida, amada, privada, respetada, estimulada, especial, etc. Cuando dichas condiciones no existen, el proceso entra en peligro, se podría detener y, asimismo produce dolor, tanto físico como emocional en la madre. Los sentimientos de la madre afectan los del bebé también, y si ella se siente muy angustiada lo que podría causar sufrimiento fetal.

³⁹ Vinaver López, Naolí, partera mexicana. "Parir y nacer con dignidad y seguridad es un derecho de todas y todos. Exijamos respeto a estos derechos y procuremos tener un ambiente agradable, cálido y amoroso para la bienvenida de nuestros bebés." Referencias/Tomado de: *The Midwife Companion* de Andrea Robertson, ACE Graphics, 1997 *The Nature of Birth and Breastfeeding* (en Español: *El bebé es un Mamífero*) de Michel Odent, Bergin & Garvey, 1992.

Algunas funciones de oxitocina en el Parto:

- Durante el embarazo la oxitocina mantiene el cuello del útero cerrado, y a la vez produce contracciones suaves para mantener el útero con buen tono y mejora la circulación a la placenta.
- La oxitocina induce contracciones durante la labor del parto. Las contracciones empujan la cabeza del bebé sobre el cuello uterino y así se libera aun más oxitocina, de esta manera se estimulan más las contracciones para mantener el progreso del parto.
- Durante el descenso la presión de la cabecita en el canal del parto sobre la vagina y los músculos del suelo pélvico, continúa la liberación de oxitocina. Asimismo los músculos longitudinales en el útero empujan hacia abajo al bebé. De esta manera el descenso es una acción de reflejo, y asegura que el bebé puede nacer aún sin esfuerzo de la madre sí necesario.
- Cuando el bebé está coronando, se estiran los tejidos y provoca una oleada de oxitocina necesaria, para iniciar la separación de la placenta y preparar el calostro en los senos, de la misma manera la oxitocina produce el reflejo de bajada de la leche para amamantar al bebé y su producción continua durante la lactancia y además induce comportamientos maternos de nutrición. Finalmente, la oxitocina provoca contracciones fuertes en el posparto, para disminuir el tamaño del útero y controlar el sangrado.

Se han identificado factores específicos que inhiben la oxitocina en el parto:

Miedo o ansiedad causados por:

- Factores externos: trasladar a la mujer durante la labor del parto, olores desagradables, ruidos, distracciones, luces fuertes, sentirse expuesta u observada, etc.
- Factores internos: preocupación acerca del bienestar del bebé, miedo que se desgarrará, miedo del dolor, etc.
- Anestesia: epidural y anestésicos locales que duerman los nervios en los sitios receptores necesario por el reflejo de pujar.
- Inducir y conducir el parto: Inunda los sitios receptores con

niveles altos y anormales de oxitocina, volviéndolos menos sensibles a niveles fisiológicos de oxitocina. • Episiotomía: reduce el estiramiento del periné, quitando el estímulo para la liberación de oxitocina. • Separación de madre y bebé: por falta de estimulación de los pezones, necesaria para mantener el flujo de oxitocina durante el tercer estadio de la labor. • Factores indirectos incluyen: Creencias y actitudes: la vergüenza, enojo o ansiedad, inhibe la secreción de oxitocina. Recuerdos muchas veces inconscientes u olvidados, como por ejemplo, del abuso sexual.

Consecuencias de la inhibición de la oxitocina en el parto:

- Labor del parto lenta; las contracciones son más espaciadas.
- Dilatación lenta: porque las contracciones son menos fuertes.
- Segundo estadio de la labor prolongado: disminuye o quita el reflejo de pujar • Aumenta la posibilidad de una hemorragia posparto
- Problemas con la lactancia porque no hay reflejo de bajado de leche.

ENDORFINAS:

Las endorfinas son producidas cuando el cuerpo está estresado más allá que sus límites normales. Durante la historia las mujeres hemos sufrido por el dolor del parto, sin embargo, la producción de las endorfinas nos ha ayudado a aguantar y superarlo y hasta olvidarlo.

Los efectos de las endorfinas son:

- 1) disminuye la percepción de dolor,
- 2) crea una sensación de bienestar y,
- 3) altera la percepción de tiempo y lugar.

Durante la labor del parto la madre produce hormonas que tienen una estructura parecida a la morfina, y también se sabe que el mismo bebé libera sus propias endorfinas durante el proceso del nacimiento.

EL DOLOR EN EL PARTO SIRVE PARA VARIAS COSAS:

-Primero, la mujer necesita saber que está en la labor del parto y en que etapa está, para medir la hora del parto, para poder estar en el lugar donde dará a luz a tiempo. (Es interesante notar que los animales nocturnos dan a luz en el día y los del día en la noche, un mecanismo para asegurar la privacidad de otros miembros de su especie y, para reducir los peligros de predadores naturales.)

-Para los asistentes en el parto: Cuando entendemos la función del dolor y las reacciones de la madre durante la labor de parto, podemos evitar los tactos internos porque en vez de estimar la dilatación con la mano, observamos las reacciones al dolor en la mujer. La mujer y la persona que la cuida saben en cual etapa está por cómo se siente la mujer, además de los sonidos que hace, la intensidad de las contracciones y otras sensaciones. Muchas veces es suficiente para diagnosticar, vigilar y medir la normalidad y progreso de la labor de parto.

Es justo señalar que la mayoría de los procedimientos médicos usados en los hospitales causan la disminución de las endorfinas, por ejemplo, provocar o acelerar el parto con drogas y otros estímulos no permite al cuerpo el tiempo que requiere para producir suficiente endorfinas en proporción al dolor experimentado. Cualquier cosa que produce miedo o adrenalina en la futura madre, también resultará baja su producción de endorfinas.

ADRENALINA.

Cuando una persona está con miedo o en una situación amenazadora, el cuerpo automáticamente produce comportamientos de supervivencia, libera hormonas para luchar y/o huir. En algún momento todo hemos sentido los efectos de la adrenalina, podemos recordar la palpitación acelerada del corazón, la respiración acelerada y un deseo de huir del peligro. Otros síntomas son: el

aumento de azúcar en la sangre, de la presión, disminuye la actividad en el sistema digestivo, de sangre a los órganos, la piel se pone fría y suda, y se dilatan las pupilas. El efecto es que el cuerpo dirige la sangre a las partes del cuerpo que requieren el oxígeno para escapar del peligro: los músculos periféricos, el corazón, los pulmones y el cerebro. En la labor del parto la adrenalina inhibe la labor por que:

- Se disminuye el nivel de oxitocina, en proporción directa a la cantidad de adrenalina producida.
- No permite la dilatación del cuello
- El útero recibe menos sangre, pues menos oxígeno; así es que las contracciones serán más dolorosas.
- Se caen los niveles de endorfinas.

La mujer con altos niveles de adrenalina durante la labor del parto necesita mensajes positivos y un cambio en el ambiente, para volver a sentirse segura. El trabajo de las y los asistentes en la labor es de proteger a la madre y hacer cambios que ella percibe necesarios. Respetar las necesidades de producir ampliamente la oxitocina y las endorfinas, y a la vez mantener bajo el nivel de adrenalina para producir el milagro de una nueva vida, humaniza el parto, respecta y dignifica a la mujer y su bebé en un momento clave de la existencia.

Por ello, es de suma importancia que en el proceso de nacimiento se genere el entorno favorable para que el parto de desenvuelva de manera natural y saludable. A continuación se explicará este aspecto.

ENTORNO FAVORABLE PARA EL PARTO

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985:

“Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.”.

Michel Odent establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada. Explicando cada elemento de la siguiente manera:

- LA INTIMIDAD es una necesidad en el parto de los mamíferos tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del neocortex, lo que facilita el sueño, facilita el parto, es difícil dormirse si nos están haciendo preguntas. Durante el parto la madre se encuentra en “otro mundo” y no es capaz ni de recordar su número de teléfono, pues se encuentra reducida la actividad del neocortex. El aspecto más importante de la fisiología del parto en el plano práctico es la reducción de la actividad del neocortex.
- LA LUZ SUAVE o la ausencia de luz favorecen el sueño y el parto.
- LA PRIVACIDAD es una necesidad básica durante el parto. La tendencia a negar esa privacidad es realmente cultural. Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocortex y se alarga el parto.
- EL CALOR, durante el parto favorece, pues con el frío se libera adrenalina que es una hormona antagónica de la oxitocina.

En aquellas sociedades en las que las mujeres tienen la costumbre de aislarse para parir, el parto tiene fama de vivirse con facilidad, como describe Wulf Schiefenhovel de los Eipos, tribu de Nueva Guinea, a los que filmó con

teleobjetivo en diferentes momentos del parto, la madre se aísla entre matorrales para el parto, de igual forma se da entre los Tukomanos a orillas del mar Caspio, o en las tribus indias de Canadá.

La matrona o partera tiene un papel de protectora y al igual que los niños necesitan la presencia de la madre para conciliar el sueño, la mujer de parto necesita la figura de la matrona o de la figura de la madre como prototipo de alguien con quien pueda sentirse segura, de esta forma se reduce la actividad del intelecto y el cerebro primitivo trabaja libremente. En algunas especies de mamíferos existen las matronas o hembras auxiliares del parto. Se ha comprobado su existencia en elefantes, bisontes, delfines, morsas, en algunas especies de monos.

La obra del obstetra inglés Grantley Dick Read, recoge una investigación que comenzó con su observación de que la dificultad de un parto estaba en relación directa con el grado de stress de la madre; stress que Read veía a su vez relacionado con el miedo y la ignorancia.

Michel Odent ha comprobado científicamente que los protocolos, técnicas e instrumentos que se utilizan en casi todas las clínicas de maternidad generan condiciones que frenan la liberación del flujo hormonal necesario para que se produzca el parto. La reina de estas hormonas es la oxitocina, encargada de relajar a la mujer y de ayudar a las contracciones para hacer fluido el parto. Las hembras de todas las especies de mamíferos secretan dicha sustancia, y en el mundo animal su contribución funciona a la perfección. Sin embargo entre los humanos, con tanto “progreso” médico, está pasando lo contrario. A la hora del parto, muchas veces se estimula la región cerebral del neocórtex, responsable del pensamiento racional, que provoca la producción de adrenalina, causante de tensiones que inhiben las contracciones necesarias para el nacimiento, y hasta pueden impedir la salida natural del bebé. Por eso, según Odent, “más que humanizar el parto, se trata de mamiferizarlo”.

Como dice Odent, se podría aprender de los veterinarios porque éstos al menos tienen en cuenta las pulsiones instintuales de los animales: Este cerebro arcaico que podemos llamar cerebro instintivo y emocional se puede considerar

como una glándula que segrega las hormonas necesarias para el proceso del parto. Del neocortex es de donde provienen todas las inhibiciones, en el transcurso del parto como en el transcurso de todo acontecimiento perteneciente a la vida sexual. Se puede estimular con la luz o utilizando un lenguaje lógico, racional o comportándose como observador.

EL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Se hace notable que esta profesión no ha desarrollado plenamente su intervención en este ámbito. Si bien ocupa un lugar importante en temáticas de Salud y Género, específicamente en Violencia Obstétrica se encuentra en proceso.

Sin embargo, se puede hacer un análisis del Trabajo Social en función a sus orígenes, intervenciones y metodologías de abordaje en función a la Mujer y el ámbito de Salud, de la siguiente manera.

TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN AL CAMPO DE LA SALUD.

Es pertinente hacer referencia a que estamos frente a una sociedad altamente medicalizada, proceso que se consolidó entre 1900 y 1930, entendiéndolo por ella, la “expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.” (Mitjavila; 1998:2). En este contexto se desarrolla el Trabajo Social como profesión que interviene de manera particular en este campo.

Existen diversos estudios sobre los orígenes del Trabajo Social y su vinculación desde el inicio con la Salud, autores como Kruse (1994), Acosta (1998), Barran (1993), describen y analizan esta conexión.

Esta relación es uno de los aspectos llamativos respecto al problema planteado a estudiar, puesto que los Trabajadores/as Sociales participan en esta área desde los orígenes de la profesión, pero se constata que no hay una producción autóctona que dé cuenta de esta larga trayectoria en el sector.

Entiendo una vinculación entre el origen del Trabajo Social y el proceso de medicalización de la sociedad iniciado a principios del siglo XX y sus estrategias higienistas. Proceso determinado por las características propias del estadio del desarrollo del capitalismo que se transitaba, así como también las transformaciones

en el saber médico y el creciente poder que adquiere esta profesión en este contexto.

En síntesis, de acuerdo a las investigaciones realizadas por Acosta (1997) y por Ortega (2003), parece claro que la “Visitadora Social”, como antecedente del Trabajo Social, emerge cuando los médicos adquieren poder en las instituciones secularizadas de la asistencia pública como agente subordinado a éstos y no antes.

Por su parte Acosta plantea que la génesis del Trabajo Social se explicaría en el marco de un proyecto socio-político hegemónico de las clases dominantes, en el cual el higienismo puede ser considerado como una de las mediaciones.

Coincido con Netto (1997:85-86) en que “la afirmación y el desarrollo de un estatuto profesional (y de los papeles a él vinculados) se opera mediante la confluencia de un doble dinamismo: por un lado aquel que es deflagrado por las demandas que le son socialmente colocadas, por otro, aquel que es viabilizado por sus reservas propias de fuerza (teóricas y práctico-sociales) aptas o no para responder a las requisiciones extrínsecas – y este es, en definitiva el campo que incide en su sistema de saber.” Por lo tanto, el espacio de nuestra profesión va a ser entonces el resultante de estos dos aspectos, las demandas planteadas por la sociedad y la respuesta que nuestra profesión de a estas demandas.

En este sentido me pregunto en qué medida el colectivo de los Trabajadores/as Sociales han sabido responder a las demandas socialmente establecidas por esta cultura medicalizada en la que se da una “expansión de los parámetros dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social” (M.Mitjavila 1992) y el médico tiene una posición privilegiada con un grado de hegemonía casi monopolístico.

Tomando a Bourdieu para este análisis, se entiende que el campo de la salud tiene una configuración de luchas de poder específicas; en cada campo de interacción, los recursos adquieren diferentes valores y diferentes formas ya que el capital es un recurso que debe ser reconocido como tal en ese campo particular y, desde ese punto de vista, es que su naturaleza es relacional. Por eso los agentes deben trazar estrategias en el mismo, que son generadas por múltiples fuerzas. La

habilidad para que esos recursos sean reconocidos como un capital importante afecta al valor que pueda poseer en ese campo. Si los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud, en este caso Trabajadores/as Sociales, no tienen herramientas teórico metodológicas que les permita generar estrategias quedan sin posibilidad de pelear un mejor lugar en este espacio social.

Estamos entonces en un campo de poder donde la lucha por la distribución de dichos espacios es muy difícil de modificar debido a la configuración de un poder médico hegemónico y una subordinación del Trabajo Social producida desde su génesis. Y posiblemente sea imposible si los profesionales no logran una formación académica que les otorgue mayor capital para competir.

La medicina se constituye, a lo largo de la historia, como un conjunto de prácticas discursivas y fácticas que constituyen un campo no sólo de conocimiento sino también de dominación. En este sentido la obra de Michel Foucault ha demostrado el proceso de legitimación de la práctica médica a lo largo de la historia y especialmente en el mundo moderno provocado por el nacimiento de la clínica, convirtiéndose en un tipo de saber construido a expensas de formas de cohesión y prácticas que buscan el disciplinamiento de los sujetos.

“El estilo de pensamiento científico-natural se corporativiza en la institución médica, desde donde será difundido como una forma infra-estructural de poder estatal en la práctica del higienismo” (Acosta;1997:109). Esta dominación abarca todas las esferas de la vida humana, como las referidas al ciclo vital (como embarazo, parto y puerperio) y estilos de vida, las que se ven pautadas por el sistema de salud ya que estos aspectos se constituyen como factores de riesgo lo cual significa que la justificación de la intervención en nombre de la salud no es a partir de la enfermedad sino en la probabilidad de su ocurrencia.

En este sentido, es perceptible que hoy el sistema de salud vigente está marcado fuertemente por el poder tecnológico, olvidando el factor humano y su contexto, declarando la sola existencia de la enfermedad.

La medicina actual se ha relegado al nivel tecnocrático por lo cual se busca erradicar los síntomas sin profundizar en la causa, entendiendo al organismo como

una máquina en la que hay que reparar sus partes. Así cada especialista se ocupa de una de esas partes sin que nadie se ocupe de la globalidad. Esta profunda especialización al interior de la medicina da cuenta de una fragmentación del saber propio del pensamiento positivista.

Según Marilyn Ferguson (1985) este paradigma presenta las siguientes características:

- tratamiento de los síntomas desentendiéndose de las causas;
- alta especialización;
- despreocupándose de la integración;
- neutralidad emocional del profesional sin reconocer que la actitud del mismo es un posible factor de curación;
- valoración del dolor y la enfermedad como negativos sin prestar atención al hecho de que pueden informar de conflictos;
- intervención por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas, desestimando las técnicas no invasivas ;
- cuerpo considerado como una máquina;
- fomento de la dependencia del paciente en lugar de estimular su autonomía;
- basado en una relación de autoridad del profesional;
- separación cuerpo – mente;
- consideración de la mente como un factor secundario en las enfermedades orgánicas;
- mayor confianza en la información cuantitativa (pruebas o análisis) desestimando la cualitativa ofrecida por el paciente.

Esta modalidad ha generado baja calidad en la salud de la población y un elevado coste de mantenimiento. Genera además un elevado incremento de las enfermedades “iatrogénicas” o “iatrogénia clínica”, esto es, las provocadas por el propio sistema hospitalario y sus aplicaciones farmacológicas, tecnológicas y quirúrgicas.

En este sentido, entiendo que “la medicina socava la salud no sólo por su agresión directa contra los individuos sino también por el impacto de su organización social sobre el ambiente total”. (Ilich;1978:58) Tenemos en la actualidad un sistema de salud en crisis no sólo desde el punto de vista económico sino también en el logro de sus objetivos ya que se ha convertido en un sistema altamente deshumanizado y que no contribuye al mejoramiento del nivel general de salud de la población.

De la misma manera Ivan Ilich (1978:58) plantea “La medicina iatrogénica refuerza una sociedad morbosa donde el control social de la población por parte del sistema médico se erige como actividad económica primordial”. Esta tendencia está erosionando el sistema salud actual a tal punto que no responde a los principios formulados por los países referentes al derecho a la salud y la igualdad en la atención a la misma ya que prioriza aquellas cosas que producen rentabilidad y relega lo que no la produce.

Las características del sistema de salud actual, en el cual coexisten paradigmas de salud divergentes y contradictorios, y las dificultades metodológicas que suponen la imprecisión y ambigüedad del concepto favorecen las estrategias basadas en intereses fundamentalmente comerciales, generando un sistema de salud altamente ineficiente respecto a sus objetivos humanitarios.

Y esto es sin duda, importante para el desarrollo profesional del Trabajo Social en estos espacios e intentos de humanización del campo de la Salud.

Resulta interesante sumar los resultados de la investigación realizada en Tucumán:⁴⁰

Hay un acuerdo general entre los científicos sociales que las prácticas vinculadas al área de salud son un camino efectivo para la transmisión de concepciones ideológicas (saberes, prácticas, normas, valores, etc.) correspondientes a un particular modelo de género y de salud, en el que se propone un determinado discurso y prácticas sobre el cuerpo femenino, la capacidad reproductiva y sus características psíquicas.

En el modelo médico tradicional los/as médicos/as son reconocidos como la única fuente de saber, poder y conocimientos y los que imponen a las mujeres el diagnóstico. Los/as médicas/os por el manejo técnico que poseen tienen la oportunidad de arrebatar el poder de su lugar tradicional en el contexto de un grupo familiar y establecer su dominio.

La Maternidad puede ser considerada como un espacio social en la que los actores negocian, a partir de sus prácticas, espacios de poder que les permiten llevar adelante sus estrategias laborales haciendo un despliegue de prácticas materiales y simbólicas que se encuentran en constante redefinición. Si se considera a la Maternidad desde esta perspectiva, puede ser pensada como un espacio social y por lo tanto un espacio de poder, lo que impide considerar el mundo social desde el punto de vista sustancialista.

Esta investigación concluye: "En este espacio social (la Maternidad) la comunicación inter pares y entre equipo médico y usuarias se ve dificultada por varios motivos. Uno de los señalamientos que hacen las mujeres es que no conocen ni saben cómo se llama el médico/a que las atienden, ni qué tipo de personal de la salud son. Esto coloca a los profesionales en una situación de anónimos/as, lo que se percibe como abuso de poder sobre el cuerpo de las mujeres, una relación que limita el accionar de las mujeres mismas frente a las posibles soluciones sobre su

⁴⁰ María Eugenia Rodríguez Pontet, Patricia Arenas, Rosa Isac, Luisa Vivanco. "Violencia institucional, género y salud en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, San Miguel de Tucumán".

salud." Dice L. Irigaray (2000) que hay que "disponer de un lenguaje, tener ocasión de expresarlo como otros tantos silencios que hacen posible la explotación".

El modelo médico opera desvinculado del contexto en que viven las mujeres atendidas en la Maternidad desconociendo las trayectorias personales. Es posible que el equipo de Trabajo Social pueda recuperar una historia personal, pero en "los pisos", donde estas mujeres son atendidas, se impone la dinámica de la atención médica que descontextualiza las situaciones de las mujeres, adscribiéndolas a los aspectos médicos biológicos exclusivamente. "Acá se las trata como un número", dijo una Trabajadora Social.

Las Trabajadoras Sociales de ésta maternidad, ven a los médicos como "autosuficientes" pero, afirman, les falta algo "(...) saben todo pero no consideran la parte social (...)". Estas trabajadoras se encuentran enfrentadas con el modelo médico y pelean espacios en un campo adverso que se niega a considerar lo social en los diagnósticos sobre salud-enfermedad.

METODOLOGÍA DE ABORDAJE:

En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud se establece un modelo ecológico con el objetivo de abordar el tema. En él se analizan los factores que influyen en las conductas violentas, dividiéndolos en cuatro niveles.

- Primer nivel: Contempla los factores históricos, biológicos y personales, que influyen en las conductas individuales e incrementan las posibilidades de convertirse en víctimas o perpetrador de violencia.
- Segundo nivel: Analiza las relaciones íntimas y explora como esas relaciones incrementan el riesgo de ser víctima o perpetrador de violencia.
- Tercer nivel: Considera los contextos comunitarios. Busca identificar las características ambientales que aumentan el riesgo de violencia.

- Cuarto nivel: Examina los factores sociales que ayudan a crear un clima de violencia. En cada nivel los factores son modificados por los factores del otro nivel.

Se concluye que para prevenir la violencia es necesario actuar en diferentes niveles al mismo tiempo. Para ello se actúa en los clásicos niveles de prevención.

- Prevención primaria: Enfoques que se centran en prevenir la violencia antes de que ocurra.
- Prevención secundaria: Enfoques sobre las respuestas inmediatas a la violencia.
- Prevención terciaria: Enfoques sobre el cuidado de las consecuencias de la violencia a largo plazo.

Por lo anterior, se ha propuesto las siguientes intervenciones:

- Intervención universal: Enfoque centrado en grupos o en la población en general, sin considerar los riesgos individuales.
- Intervención seleccionada: Orientada a los considerados riesgo aumentados de violencia..
- Intervención indicada: Dirigida a aquellos que han demostrado conducta violenta.

EMERGENCIA DEL MODELO DE HUMANIZACIÓN.

Coincido con Natalia Magnone Alemán⁴¹ en la necesaria Emergencia del modelo de humanización en este campo. Y el Trabajo Social es una de las

⁴¹ Magnone Alemán, Natalia: "Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización" Departamento de Trabajo Social – FCS – Udelar. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de setiembre de 2010. Con motivo de la tesis para finalizar la Maestría en Sociología.

profesiones más importantes que debe tomar las riendas en este cambio social. Lo que aportaría a superar y prevenir la Violencia Obstétrica.

Como reacción crítica al modelo tecnocrático viene creciendo en el mundo un Movimiento por la Humanización del Parto y Nacimiento. En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000 en Fortaleza- Brasil, se definió que el parto humanizado implica que "el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo- emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas". (Muñoz, 2001)

Según la opinión de algunos/as integrantes de la Red de Humanización en Uruguay y en América Latina es posible un cambio en los modelos de atención. Pero esto requiere de grandes transformaciones en la concepción del parto: "despatologizarlo", "naturalizarlo", "concebirlo como evento fisiológico". Esto es muy difícil o imposible de lograr en el marco de la atención médica actual.

Entonces el camino de mejora incluiría lugares distintos a hospitales para atender los partos. Necesitamos una nueva relación con la tecnología, como en otros campos, en donde ésta esté al servicio humano y no al servicio de la medicina defensiva y la mercantilización de la salud.

INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO COMO DESAFÍO.

Entiendo que uno de los retos actuales en el trabajo con la violencia de género desde salud es la importancia de generar dinámicas de trabajo en equipo interdisciplinar. Se aconseja acometer la situación global de la mujer afectada por la violencia desde un enfoque psicosocial, más allá de aspectos meramente biologicistas y puntuales, todavía imperante dentro de la organización sanitaria.

Esta opción desde una perspectiva integral implica un proceso a largo plazo. Supone una atención que abarca todas las consecuencias que la violencia genera: físicas, psíquicas y sociales. Un trabajo para ayudar a la mujer a ser consciente de su propia situación, generar motivación suficiente para el cambio, superar las dependencias, fomentar la recuperación global que precisa tras la destrucción que acarrea la violencia.

Por otro lado, concuerdo con Antonia Aretio Romero en su artículo “La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios”, cuando entiende que, el abordaje de la violencia de género desde el sistema de salud todavía está en fase incipiente. Esta escasa consolidación abre la puerta a oportunidades que pueden aprovecharse desde el trabajo social en salud para fortalecer actuaciones que ayuden a las mujeres de manera eficaz y fortalezcan a la carrera en este campo tan relevante.

Por lo tanto, para afrontar de manera eficaz la violencia de género desde el sistema sanitario es necesario incorporar la figura del trabajo social sanitario en todas las situaciones de intervención con este problema.

Asimismo, la violencia de género es una oportunidad para que esta profesión despliegue todas sus potencialidades y ocupe el lugar que merece dentro del sistema de salud. Enfatizar la mirada en los procesos psicosociales, asumir la responsabilidad de tratamientos terapéuticos alejados de inercias burocráticas, rechazar la rutina y comodidad profesionales, hacer autocrítica, crear nuevos escenarios, conjugar con sabiduría las complicidades. En definitiva, implicarse con todos los sentidos para recuperar los espacios del Trabajo Social.

La posibilidad de que la profesión logre apropiarse de aquellos espacios que la institución no controla depende de la fuerzas propias que el colectivo genere, porque, como plantea Baptista “...hay necesidad de desarrollar un esfuerzo deliberado para conseguir el control de las variables de esa objetividad” (1995:118).

Desde esta concepción el objeto de intervención es objeto de conocimiento por lo que al decir de Grassi (1995:42): “el ejercicio de la práctica profesional, (en el sentido del dominio del propio quehacer) implica en primer lugar, la

desnaturalización del objeto (el o los problemas puntuales) y su reconstrucción como objeto de la práctica. Y parte de esta reconstrucción crítica (reconocimiento de su historicidad y de los sentidos que conlleva su definición) es constituirlo como un objeto de conocimiento.” Es necesario pensar en un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que nos ha caracterizado.

CAPÍTULO II:

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.



A continuación se presentará la Estrategia Metodológica utilizada para la investigación y elegida en función a lo que se pretendía en los resultados. La misma fue determinándose en el proceso de elaboración de las primaras instancias de la tesis.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación es de tipo Cuanti- Cualitativa:

Etimológicamente el término Metodología proviene del griego: *μετη* metà "más allá", *οδως* odòs "camino" y *λογος* logos "estudio"; hace referencia al conjunto de procedimientos basados en principios lógicos, utilizados para alcanzar una gama de objetivos que rigen en una investigación científica.

Según Taylor y Bogdan: “El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología. Reducidos a sus rasgos esenciales, los debates sobre metodología tratan sobre supuestos y propósitos, sobre teoría y perspectiva.”

La investigación definida como un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico, permite aportar nuevos hechos o datos, relaciones o leyes en todos los campos del conocimiento humano (ANDER EG, 1971)⁴². Por tal motivo, la investigación es una búsqueda sistemática, conducente a nuevos o mayores descubrimientos o percepciones, que al documentarse y difundirse contribuye a modificar el conocimiento y/o práctica existente.

⁴² ANDER EG, Ezequiel (1971) *Introducción a las Técnicas de Investigación Social*. Ed. Humanistas. Buenos Aires.

La metodología Cuanti- Cualitativa, es un tipo de investigación que se usa en Ciencias Sociales con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan éstas. Requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan, buscando explicar las causas de los diferentes aspectos de tal comportamiento.

La integración de metodologías remite a la posibilidad de combinar la metodología cualitativa y cuantitativa dentro de una misma investigación, de manera tal que sostiene la complementariedad entre métodos. Bericat (1998)

El principal beneficio que brinda el uso combinado de metodologías es la posibilidad de superar los sesgos y limitaciones propios de cada método a partir de su integración con otro/s. Así, la triangulación permitiría una mirada crítica sobre los datos obtenidos, identificar sus debilidades y la necesidad de abordajes complementarios (Vasilachis de Gialdino, 1992).

Se eligió esta forma mixta de investigación debido a la necesidad de conocer con anticipación a la profundización de los aspectos a través de técnicas cualitativas, aspectos sobre a existencia o no de la problemática y sus deferentes manifestaciones. Sobre todo teniendo en cuenta que dicha problemática posee escasos antecedentes en la Provincia.

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es **Exploratorio- Descriptivo:**

Exploratorio porque estamos ante un tema poco investigado y conocido, por eso, se intenta aumentar el grado de familiaridad con un fenómeno relativamente desconocido y recientemente reconocido legalmente. Es por ello, que se intentan conocer las manifestaciones del fenómeno estudiado que sean posibles.

Y descriptivo, porque busca desarrollar una imagen o descripción del fenómeno estudiado en función de sus características. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de las unidades de análisis.

Sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes.

TÉCNICAS:

Según Franklin (1998) la elección de técnicas e instrumentos para la recopilación de datos debe de estar en función de las características del estudio que se pretende realizar. Por lo tanto, la elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador.

Las técnicas a utilizar en esta investigación son la entrevista en profundidad, las encuestas y la observación participante.

Es válido aclarar que para realizar las entrevistas y encuestas se tomó como escenario un centro de salud y un hospital de Las Heras, diferente al lugar que concretamente se pretende conocer en esta investigación (H. Lagomaggiore). Fue decidido de esta manera debido a los diferentes obstáculos que se pueden presentar en el Hospital Lagomaggiore como lugar para aplicar dichas técnicas. Teniendo presente siempre que las mujeres que se encuestaron, entrevistaron y los profesionales entrevistados fueron seleccionados de manera dirigida, en referencia al Hospital elegido como unidad de análisis.

En una primera instancia se realizaron **30 encuestas** a mujeres puérperas del Hospital Lagomaggiore con el fin de obtener un conocimiento general de la temática. Las encuestas se realizaron en las salas de espera del Centro de salud, entendiendo a las mismas, como procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir datos. Esta decisión fue tomada en el transcurso de la investigación por la necesidad de generar un conocimiento como base, debido a que la temática no está muy estudiada y no existen datos oficiales que confirmen las Violencia Obstétrica en este hospital.

Por otro lado, se realizaron entrevistas en profundidad usada para registrar y conocer las vivencias, opiniones, perspectivas, y testimonios de mujeres y profesionales que trabajen en relación con la temática de estudio. Se realizaron 8 entrevistas a mujeres y 4 a profesionales.

Según Taylor y Bogdan: “Las entrevistas cualitativas, a diferencia de las estructuradas, siguen el modelo de una conversación entre iguales, donde el propio investigador es el instrumento y no lo que está escrito en el papel: éste avanza lentamente al principio, intenta establecer un rapport inicial, plantea preguntas no directivas, etc. aunque esto se lleve a cabo en situaciones preparadas.”

Y por otro lado, **la observación participante**, que como mencionan Taylor y Bogdan, “este tipo de investigación involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. El diseño de investigación en la observación participante es flexible, antes y durante el proceso...”. Para esta investigación fue muy interesante el uso de ésta técnica porque permite visualizar algunos aspectos que no son verbalizados en el discurso de las encuestadas y entrevistadas/os, debido a la naturalización de las prácticas. Dicha observación se realizó en la sala de parto y trabajo de parto del hospital Lagomaggiore.

UNIDAD DE TRABAJO:

Las mujeres constituyen la mayoría de la población de hospitales públicos. Cuando a fines del siglo XIX y principios del siglo XX se hace más profusa la intervención de los médicos y comienza a institucionalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos, se produce el ingreso en Hospitales (regidos por los conceptos de personas enfermas) de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos; y por lo tanto de profesionales con carreras afines demandados por la población femenina.

Las unidades de análisis de esta investigación son:

-Mujeres, que concretamente reciban intervención obstétrica, es decir que hayan transitado por el proceso de nacimiento, (embarazo, parto, puerperio) recientemente del Hospital Lagomaggiore. Es decir que no haya pasado más de 3 años de su último parto.

-Profesionales del sistema de salud público de Mendoza, que trabajen, sobre el proceso de nacimiento, como médicos/as, parteras/os, enfermeras/os, etc. Del Hospital Lagomaggiore.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES:

- 1- Indagar sobre la existencia y relación de la Violencia Obstetricia y la Violencia de Género en el Hospital Lagomaggiore de Mendoza.
- 2- Conocer los factores que intervienen en este tipo de violencia, las formas de manifestarse, las personas que la ejercen y el nivel de conocimiento de los/as profesionales y las pacientes en relación con la temática de estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analizar qué tipos de violencia obstétrica existen en pacientes atendidas en hospitales públicos y su relación con la situación de género.
- b) Conocer los factores individuales e institucionales que determinan la existencia de violencia en las prácticas obstétricas.
- c) Determinar el nivel de conocimiento de las pacientes y profesionales sobre la Violencia Obstétrica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“Por tratarse de una problemática recientemente legislada, se observa que existen insuficientes aportes desde el Trabajo Social y falta de estudios específicos sobre la existencia o no de Violencia Obstétrica desde la perspectiva de género, en las mujeres que son atendidas en los hospitales públicos de la provincia de Mendoza.”

PREGUNTAS GENERADORAS DE LA INTERVENCIÓN:

1-¿Hay violencia obstétrica en los hospitales públicos de Mendoza?

En caso de haberla:

2-¿Cuáles son las causas de ese tipo de violencia?

3-¿De qué manera se manifiesta la violencia obstétrica?

4-¿Quiénes ejercen este tipo de violencia?

5-¿Los/as profesionales y las pacientes son concientes de la existencia de prácticas violentas?

6-¿Profesionales y pacientes, conocen las leyes que prohíben la violencia obstétrica?

8-¿Existe la infraestructura y los recursos necesarios para cumplir la ley?

9-¿Los/as profesionales han realizado estudios e intervenciones sobre violencia obstétrica? En caso, de que no, ¿por qué?

10-¿Predomina una posición machista en los hospitales públicos?

SUPUESTOS:

1- En el Hospital Lagomaggiore de Mendoza hay violencia obstétrica de diversa manifestaciones.

- 2- La violencia obstétrica en el Hospital tiene relación directa con la desigualdad de género.
- 3- La mayoría de las mujeres que transitan el proceso de nacimiento en el Hospital no conoce sus derechos, ni la ley que los respalda.
- 4- La mayoría de los profesionales no admite o no conoce el ejercicio de la violencia obstétrica y su relación con la desigualdad de género, por lo que, la naturalizan como parte de su rutina.
- 5- El hospital no cuentan con la suficiente infraestructura y recursos para el cumplimiento de los derechos que establecen las leyes específicas del tema.
- 6- Los/as profesionales del ámbito de salud no han realizado investigaciones ni intervenciones específicas sobre la violencia obstétrica desde una perspectiva de género.
- 7- Una de las causas de violencia obstétrica son los supuestos machistas y la cuestión de género que subyacen en las prácticas de los/as profesionales.
- 8- Algunos encuadres legales sobre violencia obstétrica no están siendo cumplidos en cuanto a los derechos de las mujeres durante el proceso de nacimiento.

CONTEXTO INSTITUCIONAL:

La institución principal donde se llevará a cabo la investigación es el **HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE**. El cual tiene una de las maternidades más grandes del país y la más grande de Mendoza, llamada “José Federico Moreno”. Es elegida por su importancia en salud pública y por la gran cantidad de población femenina que asiste.

Ubicación: Calle Gordillo s/n, ciudad de Mendoza.



Un poco de historia...

La maternidad José Federico Moreno, que funciona en el hospital Luis Lagomaggiore, cumplió cien años en mayo del 2011. Allí nació el 25 por ciento de los mendocinos y hoy es la tercera maternidad de la Argentina por número de partos. Realiza alrededor de seis mil nacimientos por año.

Cuando se inauguró el hospital provincial Emilio Civit, en 1907, no tenía maternidad. Recién cuatro años después pudo construirse, gracias a la donación que realizó el filántropo José Federico Moreno que, en su testamento, legó parte de su fortuna para que se realizaran obras de educación y salud en su provincia.

"Finalmente, el miércoles 24 de mayo de 1911, a las 15, se acepta la realización de las obras por parte del Gobierno de Mendoza y se le pone al nuevo servicio el nombre de Moreno", narró Carlos Cardello, médico y ex director de Maternidad e Infancia de la provincia.

Al concluir 1981, la Maternidad José Federico Moreno se trasladó al hospital Luis Lagomaggiore. Cuando este nosocomio se reestructuró, todos los servicios del Emilio Civit (a excepción de Pediatría) pasaron al Lagomaggiore. Y así fue que nació este servicio tan importante en la provincia de Mendoza.

Las mujeres que asisten a este hospital, en su mayoría, provienen de núcleos familiares con escasos recursos económicos. Algunas con un historial de violencia familiar, abuso sexual, violaciones, desinformación y, por ende, pocas posibilidades de elegir qué hacer con su cuerpo.

Por otro lado, como se aclaró anteriormente, se eligieron otras instituciones que fueron utilizadas únicamente como escenarios para realizar las entrevistas y encuestas, debido a que el lugar a conocer en esta tesis es únicamente el Hospital Lagomaggiore. Estas instituciones que sirvieron de soporte y escenario de investigación son:

HOPITAL DR. RAMÓN CARRILLO: El cual fue inaugurado el 24 de mayo de 2010 e implicó una inversión total de 17 millones de pesos y por el momento, cuenta con una superficie cubierta de 2.247 metros cuadrados. Esta obra de gran envergadura es un logro significativo en la salud pública de Mendoza y brinda atención a un sector de gran demanda por su alta densidad demográfica, como es el departamento de Las Heras. También cubre otras zonas limítrofes como Lavalle, parte de Guaymallén e incluso puede asistir gente que viva en Ciudad.

Ubicación: Intersección de las calles Martín Fierro y prolongación Álvarez Condarco, de El Resguardo, Las Heras.

CENTRO DE SALUD CESAR ORTIZ GUEVARA N° 353: Éste tiene 15 años de funcionamiento atendiendo a una significativa cantidad de población, sobre todo de barrios carenciados y alta densidad poblacional, como el B° Santa Teresita e Independencia de Las Heras. Realiza mensualmente 1.857 prestaciones generales, de las cuales 300 aproximadamente son a mujeres de atención obstétrica concretamente.

Ubicación: Calle Chile y Aguado, El plumerillo, Las Heras.

CAPÍTULO III:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.



En este apartado serán presentados los análisis e interpretaciones de los resultados obtenidos de las diferentes técnicas aplicadas. Se desarrollarán en función a la forma en la que fueron desarrollados en la realización de la tesis, Por lo tanto, comenzaremos con las encuestas, seguiremos con las entrevistas a mujeres, luego a profesionales y por último la observación participante.

Los análisis de entrevistas de plasmarán en cuadros comparativos para su mejor apreciación e interpretación.

ENCUESTAS:

ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A PUÉRPERAS DEL HOSPITAL LAGOMAGGIORE.

A continuación se presentan los resultados de las preguntas formuladas a las 30 mujeres a través de las encuestas.

Total de encuestas: 30

1- Mientras estabas internada en la clínica u hospital, con contracciones de trabajo de parto:

a) ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

No: 1, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25,26,27, 29 . Total: 20

7: “a otras compañeras de sala que gritaban si”

9: “no a mí pero si lo presencié en otros casos”

14: “porque eso pasa cuando gritas, lloras o exageras... yo siempre voy cuando estoy por parir para no tener que aguantar ahí”

29: “hacia mí al menos no, pero me han dicho que si otras amigas”

Si: 1, 5, 6, 8, 13, 15, 19, 20, 28, 30 =10

1: “aguántatela, te gusto el durazno?”

5: “Aguántatela, quien te mando a coger, para que abriste las piernas”

6: “porque no te cuidaste?”...”jodete por tener niños”...”acaso no sabes que hay métodos anticonceptivos?”

15: “Tuve a mi hija en trabajo de parto, la partera me decía que aguantara que no podía tenerla ahí, pero yo no pude, quería q caminara hasta la sala de parto, y no lo hice porque mi hija estaba saliendo... y la partera se enojó porque se manchó con sangre, me dio a mi hija y me dijo q la hiciera reaccionar, yo no sabía qué hacer”

19: “me retaron porque me deje puesto el corpiño y me dijeron que como había hecho a mi hijo...se fueron y me quedé sola”

20: “Me trataron mal cuando pedí que no me tocaran más, que me dolía...me manosearon mucho”

30: “2 enfermeras hablaban entre ellas, por la pinta de esta vamos a tener un trabajo pesado”

b)- ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

Si: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 28, 29, 30. Total:
22

1: “madre o por el apellido”

3: “madre”

4: “gordita”

5: “Claudita, mamita, gordita”

6: “gordita, mama”

19: “señora”

28: “gorda”

29: “mamita”

No: 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27. Total: 8

c)- ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

Si: 1, 2, 5, 8, 28, 29. Total: 6

1: “me pidieron no gritar ni llorar por las otras pacientes”

28: “me dijeron que no gritara”

29: “me pidieron que no grite porque habían otras chicas y las podía poner nerviosas”

No: 3, 4, 6, 7, 9, 10,11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30. Total: 24

4: “no porque amigas me aconsejaron no gritar”

6: “no grite ni lloré, porque me lo advirtieron y prohibieron antes”

7, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 27, 30: “no grité no lloré”

9: “no grité no lloré, porque me dijeron las enfermeras, no grites que es peor”

14: “no grité ni lloré, pero si he visto en otros casos”

15: “no porque si no te tratan mal”

18: “no gritaba ni lloraba porque sino te tratan mal”

d) ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

Si: 2, 5, 6, 7, 9, 14, 16, 18, 28. Total. 9

5: “trataba de preguntar a las enfermeras, porque el medico estuvo muy poco conmigo”

6: “no me escuchaban, ni contestaban”

14: “contestaban mal, como burlándose”

16: “si y después no me animaba”

18: “cuando pregunté no me dieron explicación”

28: “no me prestaban atención y respondían rápido”

No: 1, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30.

Total: 21

1, 3, 4, 11, 15, 19, 24, 30: “no pregunté”

29: “no pregunté por los nervios del momento”

e)- ¿Se te impidió tomar agua?

Si: 2, 3, 4, 6, 7, 14, 18, 19, 20, 23, 30. Total: 11

6: “no pude tomar agua ni comer por muchas horas”

No: 1, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29. Total: 19

1, 5, 8, 9, 10, 12, 22, 25, 27, 28, 29: “no pedí”

15 “no les pedí, me trajo mi marido”

f)- ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

Rasurados Genitales:

No: 30

Si: 0

Enema:

No: 30

Si: 0

Indicación de permanecer acostada todo el tiempo:

Si: 1,2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. Total: 27

No: 6, 7, 11. Total: 3

Rotura Artificial de la bolsa:

Si: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, , 25, 26, 27, 28, 29, 30. Total: 26

No: 3, 5, 10, 13. Total: 4

3, 5: “llegue con la bolsa rota”

Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto:

Si: de la 1 a la 21, 22, 23, 24, de la 26 a la 30. Total: 29

14: “si y fórceps también”

16: “fórceps”

28: “Aunque me negué”

22: “pero sí suero”

No: 25. Total: 1

Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas:

Si: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 29. Total: 19

8: “discutí con una partera porque me manoseaban demasiado”

14: “residentes”

16: “me tocaron mucho porque no dilataba, tuve hemorragia y me sacaron el bebé con fórceps”

18: “médicos y residentes”

19: “residentes”

No: 1, 3, 4, 10, 12, 15, 21, 22, 24, 26, 30. Total: 11

Comprensión del abdomen en el momento de los pujos:

Si: 4, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 18, 23, 25, 26, 27, 29. Total: 15

No: 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21, 22, 24, 28, 30. Total: 15

Episiotomía:

Si: 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30.

Total: 22

6: “aunque pedí que no”

16: “me rajaron, no podía ni caminar”

28: “aunque me negué”

No: 1, 2, 3, 5, 12, 15, 17, 26. Total: 8

Cesárea:

Si: 5, 13, 18, 23. Total: 4

NO: de la 1 a la 4, de la 6 a la 17, 19, 20 21, 22, de la 24 a la 30. Total: 26

Raspaje del útero sin anestesia:

(7 personas manifestaron haber tenido un aborto)

Si: 0

No: 30

2. En el momento del parto:

a) ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

Si: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ,23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. Total: 27

1: “aunque nunca quise cambiar de posición”

23: “no busque cambiar”

24: “no cambié de posición”

25: “no quise cambiar”

30: “no intenté cambiar de posición”

2: “en realidad me puse así porque sé que tiene que ser así, porque ya me lo habían explicado”

4: “siempre supe que es así”

7: “pero siempre es así”

3, 22, 29: “estaba cómoda”

9: “estaba cómoda, mientras menos me movía, mejor para mi bebé”

6: “quería sentarme y me obligaron a quedarme sentada”

11: “y me negué a que me ataran los pies”

28: “me quería cambiar pero no pude”

(El resto manifestó con naturalidad esta posición, como si fuese una obligación, algo instituido, como si no hubiera otra opción)

No: 5, 8, 10. Total: 3

5: “me dejaron estar sentada, en la camilla para hacer mejor la fuerza”

8: “pude sentarme”

10: “pude levantarme”

b)- ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

Si: 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. Total: 27

20: “quise vomitar y no me dejaron levantarme, me dijeron que gire la cabeza y vomite”

21: “me ataron de pies y manos en 2 de mis 7 partos y no dije nada porque pensé que era algo normal del hospital”

26: “solo de costado”

29: “solo hice lo que me pedían”

30: “me lo pidieron y acepté me parecía bien”

No: 2, 5, 11. Total: 3

c) ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

SI: 24

No: 6, 11, 17, 22, 25, 26. Total: 6

d) ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

Si: 30

No: 0

2: “a las horas me lo trajeron”

3: “como mi bebé nació prematuro no lo vi hasta un día después, y recién le pude dar de mamar una semana después de su nacimiento”

14: “la conocí después de un día recién, porque nació sietemesina”

(Las mujeres que pudieron ver a sus hijos/as mencionaron que fueron solo segundos)

3) Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba (que no habías “colaborado”)?

Si: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 30. Total: 21

NO: 1, 5, 9, 10, 16, 19, 23, 26, 28. Total: 9

4) Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

SI: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30. Total: 20

9: “miedos normales”

No: 4, 6, 10, 12, 15, 16, 19, 22, 23, 27. Total: 10

6: “en uno de los partes porque leí mucho, en el primero si estaba muy insegura, con miedos”

5) ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio que no haya mencionado?

SI: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 28, 30. Total: 15

2: “Estuve sin compañía, sin poder comer por muchas horas lo que me mantenía muy débil. No me dejaron levantarme de la cama ni moverme según mis necesidades. Vomité y me trataron mal. Las enfermeras charlaban entre ellas y comían, al lado mío y no me escuchaban, no prestaban atención. Se llevaron a mi bebé y lo trajeron después de 2 horas porque yo se los pedí gritando. Me obligaron a sentarme para dar de mamar, no me dejaron darle acostada, yo me sentía muy mal y me dolía todo.”

3: “no informan a los familiares como estamos las mamás y los bebés y los tratan mal.”

5: “Estuve muchas horas en trabajo de parto con malos tratos, mi bebé estaba mal ubicado y después de mucho rato se dieron cuenta, y me trataban de llorona y caprichosa”

6: “Me pareció mal la invasión de los estudiantes y residentes. Colocacion incorrecta y simultánea de la vía intravenosa para explicarles a los estudiantes. Como 15 estudiantes mirándome mientras paría, pedí que se fueran y contestaron que era un hospital público, que si no me gustaba que me fuera a una clínica privada”

8: “Estuve muchos días internada, los enfermeros no respetaban el horario de la medicación, estaba prácticamente sola. Me retuvieron el embarazo, yo estaba con 4cm de dilatación porque no había lugar en neonatología y el bebé era prematuro.”

10: “Porque no había lugar en sala de parto, tuve que parir en sala común”

13: “Con mi primer hijo me hicieron cesárea porque no dilataba, en el segundo me tuvieron mucho tiempo durante el trabajo de parto pero igual no dilataba, trataron de evitar la cesaría, me dejaron sola mucho tiempo y tuve hemorragia por un desgarro uterino. Cuando por fin me hicieron la cesárea me quisieron ligar las trompas y yo me negué, dije que yo se me cuidar que no necesito la ligadura, y me contestaron: y para que abrís las piernas entonces”

14: “Tuve un aborto y me culparon de haberlo inducido, me humillaron preguntando e insistiendo: ¿Qué hiciste?!. Del paso de la sala de parto a la sala común me dejaron más de 2 horas en un pasillo, sola, sin agua, sin comida, sin compañía, sin mi bebé, sin poder bañarme, toda sucia”

16: “No dilataba mucho, me manosearon, me tocaron mucho, tuve hemorragia y sacaron a mi hijo con fórceps. Pedí que me ligaran las trompas y me negaron la posibilidad”

18: “cuando nació mi hijo después de muchas horas en preparto, estaba sin oxígeno, se lo llevaron rápido, no lo pude conocer, pregunte que paso y no me dijeron. Después me dejaron horas en un pasillo sin mi hijo. Me metían mano para acomodar el bebé, me lastimaron. No le avisaron a los familiares como estaba, dicen que se olvidan.”

19: “El camillero me ayudó a tener mi hijo porque me dejaron sola”

20: “La obstetra que me atendió nunca fue a verme, no me atendieron bien y mi embarazo era de alto riesgo”

21: en mi último embarazo no me quisieron hacer la ligadura tubaria porque me faltaba la firma en el informe del director del hospital. Ahora he pedido que me la

hagan pero dicen que no tienen lugar, así que tengo que esperar, dicen que me van a llamar”

28: “no respetaron mis decisiones”

30: “Una espera muy larga en un pasillo después del parto”

No: 1, 4, 7, 9, 11, 12, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29. Total: 15

INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS:

La siguiente interpretación se realiza en función a lo que previamente se analizó de las encuestas realizadas. Se explicará detalladamente cada pregunta y sus resultados.

Se utilizan porcentajes para expresar los resultados a fin de hacer más perceptible y realmente cuantificable los datos. Como anteriormente se mencionó esta investigación es cuanti-cualitativa, por lo que esta etapa de encuestas corresponde a la parte cuantitativa. Y la posterior que contempla la profundización de los datos a través de entrevistas y de la observación comprende la parte cualitativa.

1- A- ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

- El 66, 6% de las mujeres dijeron que no.

De ellas un 3% dijeron que no en su caso pero si lo han visto hacia otras mujeres.

- El 44, 4% dijo que si, mencionando maltrato verbal, es decir dichos directos y muy violentos, hasta con insultos hacia ellas.

B- ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

- 73, 3% : Si (Mama, gordita, etc)

- 26,6 %: No

C-¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

- 20%: Si
- 66,6 %: no gritaron ni lloraron
- 14, 4%: No

D- ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

- 30%: Si
- 30%: No preguntaron
- 40%: No

E- ¿Se te impidió tomar agua?.

- 36, 6 %: Si
- 40% : No pidieron
- 24, 4%: No

F:¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

Rasurado de genitales:

100%: No

Enema:

100%: No

Indicación de permanecer acostada todo el tiempo:

90%: Si

10%: No

Rotura artificial de bolsa:

86,6%: Si

6,6%: No

6,6%: La rompieron espontáneamente antes de llegar.

Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto:

96,6%: Si

De estas el 6, 89% dijo que además usaron fórceps

3,3%: No

Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas:

63,3%: Si

Expresiones como: “si sobre todo residentes”, “discutí con una partera porque me manoseaban demasiado”

36,6%: No

Comprensión del abdomen en el momento de los pujos:

El 50% de la totalidad de las entrevistadas respondió afirmativamente a esta pregunta.

Episiotomía:

73,3%: Si

De estas el 9,09% dijo haberse negado.

26,6%: No

Cesáreas:

13,3%: Si

86,6%: No

Raspaje del útero sin anestesia:

El 23, 3 % manifestó haber tenido un aborto.

Ninguna dijo haber sufrido el raspaje del útero son anestesia.

2- A - ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

El 90% manifestaron haber permanecido acostadas boca arriba, de las cuales el 7, 40% dijeron haber pedido cambiar de posición y el resto no buscó cambiarla sintiéndose cómodos y otras entendiendo como natural, lógica, sin otra alternativas a la posición horizontal.

El 10% dijeron haber podido inclinarse y sentarse durante los pujos.

B - ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

El 90% manifestó quedarse en la cama en una única posición, sin buscar cambiar, expresando que lo vieron como algo normal.

Algunas expresiones respecto a este tema fueron: “quise vomitar y no me dejaron levantarme, me dijeron que gire la cabeza y vomite”, “me ataron de pies y manos en 2 de mis 7 partos y no dije nada porque pensé que era algo normal del hospital”, “solo hice lo que me pedían”, “me lo pidieron y acepté me parecía bien”.

10% dio una respuesta negativa a esta pregunta.

c- ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

80%: Si

20%: No

d- ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

El 100% de las mujeres dijeron que se llevaron inmediatamente a su hijo/a después del parto, solo se las/os mostraron y en algunos casos se la/o colocaron en su pecho por unos segundos.

Algunas Expresiones: “a las horas me lo trajeron”, “como mi bebé nació prematuro no lo vi hasta un día después, y recién le pude dar de mamar una semana después de su nacimiento”, “la conocí después de un día recién, porque nació sietemesina”

3- Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba (que no habías “colaborado”)?

70% Si

30% No

4- Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

66,6% Si

33,3% No

5- ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio que no haya mencionado?

El 50% contó algo extra que vivencio como algo que vulneraba sus derechos.

Algunas anécdotas son:

- “Estuve sin compañía, sin poder comer por muchas horas lo que me mantenía muy débil. No me dejaron levantarme de la cama ni moverme según mis necesidades. Vomité y me trataron mal. Las enfermeras charlaban entre ellas y comían, al lado mío y no me escuchaban, no prestaban atención. Se llevaron a mi bebé y lo trajeron después de 2 horas porque yo se los pedí gritando. Me obligaron a sentarme para dar de mamar, no me dejaron darle acostada, yo me sentía muy mal y me dolía todo.”
- “no informan a los familiares como estamos las mamás y los bebés y los tratan mal.”
- “Estuve muchas horas en trabajo de parto con malos tratos, mi bebé estaba mal ubicado y después de mucho rato se dieron cuenta, y me trataban de llorona y caprichosa”
- “Me pareció mal la invasión de los estudiantes y residentes. Colocacion incorrecta y simultánea de la vía intravenosa para explicarles a los estudiantes. Como 15 estudiantes mirándome mientras paría, pedí que se fueran y contestaron que era un hospital público, que si no me gustaba que me fuera a una clínica privada”
- “Estuve muchos días internada, los enfermeros no respetaban el horario de la medicación, estaba prácticamente sola. Me retuvieron el embarazo, yo

estaba con 4cm de dilatación porque no había lugar en neonatología y el bebé era prematuro.”

- “Porque no había lugar en sala de parto, tuve que parir en sala común”
- “Con mi primer hijo me hicieron cesárea porque no dilataba, en el segundo me tuvieron mucho tiempo durante el trabajo de parto pero igual no dilataba, trataron de evitar la cesarí, me dejaron sola mucho tiempo y tuve hemorragia por un desgarro uterino. Cuando por fin me hicieron la cesárea me quisieron ligar las trompas y yo me negué, dije que yo se me cuidar que no necesito la ligadura, y me contestaron: y para que abris las piernas entonces”
- “Tuve un aborto y me culparon de haberlo inducido, me humillaron preguntando e insistiendo: ¿Qué hiciste?!. Del paso de la sala de parto a la sala común me dejaron más de 2 horas en un pasillo, sola, sin agua, sin comida, sin compañía, sin mi bebé, sin poder bañarme, toda sucia”
- “No dilataba mucho, me manosearon, me tocaron mucho, tuve hemorragia y sacaron a mi hijo con fórceps. Pedí que me ligaran las trompas y me negaron la posibilidad”
- “cuando nació mi hijo después de muchas horas en parto, estaba sin oxígeno, se lo llevaron rápido, no lo pude conocer, pregunte que paso y no me dijeron. Después me dejaron horas en un pasillo sin mi hijo. Me metían mano para acomodar el bebé, me lastimaron. No le avisaron a los familiares como estaba, dicen que se olvidan.”
- “El camillero me ayudó a tener mi hijo porque me dejaron sola”
- “La obstetra que me atendió nunca fue a verme, no me atendieron bien y mi embarazo era de alto riesgo”
- “en mi último embarazo no me quisieron hacer la ligadura tubaria porque me faltaba la firma en el informe del director del hospital. Ahora he pedido que me la hagan pero dicen que no tienen lugar, así que tengo que esperar, dicen que me van a llamar”
- “no respetaron mis decisiones”
- “Una espera muy larga en un pasillo después del parto”

ENTREVISTAS:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS ENTREVISTAS.

El análisis fue realizado en función a las semejanzas y diferencias que dieron como resultado la aplicación de la entrevistas en profundidad y así organizar las diferentes respuestas de las mujeres.

Es también otro elemento de este cuadro el apartado de los hallazgos donde se colocaron los aspectos llamativos de los datos.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS ENTREVISTAS A MUJERES.

En este caso se realizó un análisis comparativo a través de un cuadro para ordenar y organizar los resultados de 8 entrevistas en profundidad realizada a diferentes mujeres que parieron en los últimos años y meses en el Hospital Lagomaggiore.

Preguntas	Semejanzas	Diferencias	Hallazgos
Opinión general de la atención del parto en el Hospital	<p>“Bien. Buena experiencia.”</p> <p>“Bien, lindo, me atendieron bastante bien.”</p> <p>“Bien por lo menos bien.”</p> <p>“Bien, me han tratado bien, a mi hermana siempre le tocaban parteras malas.”</p>	<p>“Bien, pero la enfermera no fue buena porque se me había ahogado la nena cuando nació, porque tenía mucha mucosidad, no me dieron bola, mi hermana tuvo que gritar. Eso fue lo único.”</p> <p>“Me atendieron siempre bien, en la guardia hay alguna enfermera que te dice, espera afuera, no te dejan pasar. Lo demás todo bien.”</p>	<p>“Bien porque fue rápido, tuve una bebe de 7 meses, andaba con contracciones, fui y rompí bolsa (...) estuve desde los 5 meses con dolores y no me dieron medicación porque todos me decían que era normal, y yo no sabía (...)La bebé peso 1 kilo 50(...) a los 2 meses y 1/2 me la llevé a mi casa(...) le pusieron una vacuna y le agarró fiebre, me decían que era normal (...) y al otro día me levante y no se despertaba, muerte súbita me dijeron, 3 meses tenía.”</p> <p>“Bien pero fue porque me atendió la cuñada de mi suegra.”</p>
Comentario que hizo sentir mal, incomoda o humillada.	<p>Casi la totalidad de las entrevistadas lo negaron. (respuestas: No)</p>	<p>“Yo les decía que me ayudaran porque no daba más con los dolores y me dijeron: “Bueno, bueno, acá no es ay! Acá es levantarse y abrir las piernas para tener” (...) Como diciendo si te gusta aguántatela.”</p>	
Llanto o gritos y crítica por ello.	<p>“Me dejaban que gritara”</p> <p>4 Contaron no haber llorado ni gritado.</p>	<p>“Me dijeron que no gritara (...) había una chica que gritaba toda la noche (...) se me fue la dilatación, y me parece que fue por la chica (...) y entró una doctora y la retó(...) y a mí me dijeron que no gritara, pero yo me las aguantaba.”</p> <p>“He llorado porque las contracciones eran muy fuertes (...) a otras mujeres sí las retaron, a una le dijeron “callate vos, nadie te mando a abrir las piernas, no es el primer hijo que vas a tener así que calladita”.”</p>	<p>“No, de la más chiquita nada mas no me dejaban caminar, y como andaba caminando me retaron y me mandaron a acostar... te dicen “no te movás, quédate ahí.””</p>
¿Realizaste preguntas durante el proceso de trabajo de parto, parto y posparto?	<p>3: “Si, contestaron bien.”</p> <p>“Si, pregunte y me contestaron bien (...) pregunte sobre la peridural, dije que no me la pusieran, y me dijeron que sí hacía</p>	<p>“No porque siempre me dejaban sola....tenía dudas porque en el embarazo anterior me tuvieron en la sala de parto como 3, 4 horas y no me decían como estaba mi bebe.”</p>	<p>2:“No hice preguntas”</p>

	falta me la iban a poner, después (...) pregunte lo que me estaban haciendo y me dicen:” nena te estamos cortando porque sino no sale”, después (...) yo las notaba medio tensas y pregunte que pasaba y me dicen: “no te asustes tiene el cordón enredado pero está bien” (...).”		
¿Se dirigió hacia vos de manera personalizada?	3: “Me preguntaron mi nombre y me decían así.”	3: “me decían flaquita”, “creo que gordita”, “mamita.”	1: “No me acuerdo”
¿Pudiste estar acompañada por algún familiar, alguien de confianza, durante el proceso?	“No, en ningún momento” “No,(...) pero me hubiese gustado.” ”No (...)eso me puso mas nerviosa” “No, toda la noche sola estuve (...) nada que ver en la clínica (...)” “Llegue derecho a tener y en el parto mi marido no alcanzo a entrar (...)”	“Sí” “Sólo antes y después del parto”	“Mi marido entró cuando ya estaba haciendo fuerza para tener... en el trabajo de parto no, yo preguntaba si podía entrar mi marido pero me dijeron que no, porque habían muchas mujeres (...)estaban todas con las piernas abiertas gritando como locas y no podía entrar él ahí.”
¿Te permitieron tomar agua?	3:”Sí.”	2: “No lo pedí.” 1: “No”	“No, me mojaron los labios con un algodón” “No, (...) me pasaban una gasita, y me mojaban la boca(...)nunca me dieron una explicación”
¿Te realizaron rasurado genital o colocación de enema?	7: “No.”		“No, pero me pusieron una sonda porque tenía la vejiga llena y no hacia pis”
¿Te indicaron permanecer acostada durante el trabajo de parto?	2: “Sí, estaba cómoda.” 2: “Antes del parto me dijeron que me quedara sentada.” “Me dijeron que me quede sentada”(Sin trabajo de parto)	“No, podías caminar, ir al baño, pararte”	“Sí, (...) y por los dolores yo tenía ganas de levantarme y caminar (...) “Sí, pero por ahí te sentís incomoda, porque es mucho estar acostada, y te dicen :” no acotaste, ponete de costado”(...)no me dejaban caminar, me retaron y me mandaron a acostar”

¿Pudiste ir al baño?	3: sí.	“Durante el trabajo de parto no, después sí.” “No, hasta 1 o 2 horas después del parto.” “Antes (...)no me dejaron por lo mismo que no me podía levantar(...)”	“Al baño no me dejaban ir, me ponían la chata, pero cuando se iban, por ahí me quedaba como 2 horas sola, ahí iba.”
¿Te colocaron medicamentos, goteo? Pidieron permiso y autorización?	“Sí, dos veces porque primero me lo pusieron mal... solo me dijeron que me iban a poner goteo.” “Sí, goteo... ni permiso, ni explicación.” “Si en 3 de los 5 partos, porque en los otros llegue a tener... me explicaron que era para acelerar, para dilatar, y si di mi autorización.” “Sí siempre (...) me pusieron goteo, yo pregunte porque y me dijeron que era porque no dilataba.”	“No.” “No” “No, mi hija nació con 7 meses”	“Sí goteo, aunque yo dije que no me lo pusieran me lo pusieron igual... yo dije que no hacía falta porque las contracciones me daban cada 30 segundos, y me dijeron que igual era para acelerar el proceso.”
¿Te hicieron episiotomía? ¿Te explicaron para que era? ¿Pidieron tu autorización?	“Sí, y no me dijeron nada.” “Sí, no me pidieron permiso (...) me explico la partera.” “Sí, ni me explicaron, ni me pidieron autorización.” “Sí, solo en mi hija más grande que tuve en el centro de salud, no llegué al hospital.”	“No, pero si me pusieron puntos.” “No, porque era chiquita.” (7 meses)	“Sí, lo único que me dijeron es que era grande la nena y que me ayudaron con eso(...)en el primero no pude hacer fuerza parece y cuando me desperté, me habían rajado entera, para los dos lados.” “Sí, eso también fue sin permiso (...) yo hable todo, antes de ir a la sala de parto, yo le decía que no quería que me cortaran, y me dijeron que si hacía falta me lo iban a hacer (...)”
¿Te realizaron tactos reiterados, diferentes personas?	“En el primero a cada rato me metían mano (...) me molestaba (...) nunca dije nada (...) solo me decían que me iban a revisar.” “Sí, del 2do embarazo(...)nunca me negué(...) me sentía incomoda” “Sí, me los hacían seguido (...) diferentes personas, 3 habrán sido.”	“No.” “No” “No”	“La doctora y la enfermera, pero los practicantes no porque no me dejaba.” “Sí, en el primero practicantes (...) y mi mama les dijo que la cortaran ya de estar metiendo mano, porque además me había agarrado como hemorragia (...) nunca pidieron permiso.”

<p>¿Había muchas personas presenciando el momento del parto? ¿Pidieron autorización?</p>	<p>“La partera (...) el camillero, y estaban los practicantes (...) no pidieron autorización.” “Sí, de la primera, estaba la partera y habían practicantes (...) no pidieron autorización (...) no me negué porque solo quería tenerlo.” “Sí muchas, un montón (...) me puso incomoda más que nada cuando llegan esos que limpian y se quedan mirando.” “Sí, estaban todas las practicantes (...) me dijeron si podían estar pero yo con los dolores no me daba ni cuenta (...)no me incomodaba porque sé que son médicos.” “Habían muchos, muchos chicos que creo que estaban estudiando (...) no me gustó nada eso (...) no me pidieron autorización (...) me re molestó pero ya quería tener la criatura (...) pero en la sala común le decía a mi marido “me vieron todo”. Me dio vergüenza.” “Sí, muchas doctoras, muchos practicantes, no me molestó, no pidieron permiso.”</p>	<p>“No.” “Habían cuatro doctores.... Que haya habido practicantes o no, no me molesta y no me di cuenta.”</p>	
<p>¿Tuviste algún aborto? ¿Cómo te trataron?</p>	<p>6: “No.”</p>	<p>2: “Sí, nunca fui al hospital.”</p>	
<p>¿Te rompieron la bolsa? ¿En qué momento?</p>	<p>“Sí (...) estaba por tener.” “Sí, siempre (...) cuando tenía 8-9 de dilatación.” “Sí tenía como 7 de dilatación.” “Para romperme la bolsa me metieron los dedos(...)cuando estaba con dolores antes del parto.”</p>	<p>“No, la rompí sola”</p>	<p>“Sí apenas llegue” “Sí(...)todavía faltaba para tener.”</p>

¿Te apretaron el abdomen mientras pujabas?	<p>“Sí” “Sí.” “Sí, en casi todos los partos, me ayudaban porque se me bajaba la presión.”</p>	<p>“No.” “No.” “No.”</p>	<p>“Sí...y después me tuvieron que hacer un legrado, porque había quedado restos de placenta, me sentía mal(...) eso fue después al mes tuve que volver, no me durmieron, sentí todo, sin anestesia me lo hicieron, y después estuve como una semana sin poder moverme, no me durmieron(...) tenía sangre y fiebre, no me durmieron y les dije pero dicen que no podían porque ya habían empezado”</p>
¿Usaron fórceps?	<p>5: “No.”</p>	<p>“Sí, cuando veo la bebe, detrás de las orejitas y en toda la cabecita tenía morado y lastimado...y las secuelas de la bebe es que hasta los 5 años de dio espasmo sollozo (...) mi mama dice que me tendrían que haber hecho cesárea.”</p>	<p>1: “No, creo que no.”</p>
En el momento de los pujos, ¿estabas acostada boca arriba en la cama? ¿Te dieron la posibilidad de tomar otras posiciones?	<p>“Estaba inclinada(...) Siempre en esa misma posición(...) la camilla estaba así...” “Estaba como a 45 grados y si te querías levantar tenías una cosita para agarrarte(...)estaba cómoda(...) estaba la camilla así.” “Me hacían poner como sentada, estaba cómoda(...)no había otra posibilidad.” “Estaba sentada, un poco inclinada, estaba cómoda.” “Sí(...)no me dieron otra posibilidad pero estaba cómoda porque fue rápido.” “Sí, me decían que si quería que me enderezara un poco, estaba cómoda.”</p>		<p>“No, por ahí como que me sentaba...no me dieron otras posibilidades... por ahí te sentís incomoda porque no sabes cómo ponerte para hacer la fuerza.” “Sí, no me dieron otra posibilidad, me quise enderezar y no me dejaron.”</p>
¿Te dejaron sola sin asistencia en algún momento?	<p>“Sí, los médicos cuando estaban los practicantes, nada más (...)” “Si te dejan sola, por ahí se van y se olvidan que uno está ahí con los dolores.”</p>	<p>“No, cuando las tuve me pasaron a sala común, un ratito esperé en el pasillo hasta que consiguieran camilla y después la sala.” “En el trabajo de parto cada un minuto venían las doctoras, y después del parto 10 minutos</p>	<p>“Sí(...)me habían puesto de un lado la nena y del otro lado las cosas con sangre, de la transfusión, y no podía moverme, porque tenía miedo que se cayera la bebe, así que como a las 2 horas hicieron pasar mi</p>

	<p>“Sí, toda la noche.”</p>	<p>me habrán dejado sola.” “No, no.”</p>	<p>mama, la bebé lloraba y no le podía dar la teta.” “Después de que tenía, se iban todos y me dejaron solita (...) y me sentía mal a la única que veía siempre es a la chica de limpieza (...) le preguntaba que si veía un médico, que como estaba mi bebe (...)”</p>
<p>¿Cuándo tu hijo/a nació pudiste estar con el inmediatamente? ¿Le diste de mamar? ¿Estuviste más de 1 hora con él/ella antes de que se lo/a llevaran para los controles de rutina?</p>	<p>“Me la pusieron en el pecho un ratito, se la llevaron a cambiar y después (...) me dejaron en el pasillo y ahí me la pusieron en el pecho otra vez, hasta que me llevaron a la sala y ahí le pude dar de mamar.” “No, se lo llevaron y después como a las 2 horas (...)me lo trajeron...pedí verlos (...)lo escuchaba llorar y llorar(...)y me decían que no, que estaba bien, que esperara que lo tenían que pesar y cambiar(...)tardaban como 3 horas.” “Se lo llevaron ahí no más...le dí de mamar después, como a la ½ hora.” “Me la pusieron arriba del pecho 5 minutos nada más(...) me dejaron en el pasillo y fue un enfermero (...)me cambio, pidió a la nena y me llevó a la habitación(...)tuve a las 9:15 y más o menos a las 15:30 me habrán pasado(...)”</p>		<p>“No, me pusieron arriba, la primer bebe me la mostraron y se la llevaron porque estaba moradita, y el 2do y 3ro me los pusieron en el pecho...no les pude dar de mamar y de la última más tiempo paso porque me durmieron para hacerme un legrado.” “No me lo mostraron y se lo llevaron rápido, me imagino que por lo del cordón... y habrá pasado media hora.” “Sí, no le dí de mamar porque era prematura.” “La segunda se la llevaron a neo y la primera la vi un ratito(...)no le pude dar de mamar a ninguna de las dos.”</p>
<p>Durante el proceso, ¿sentiste mucho miedo, inseguridad, mal estar?</p>	<p>2: “No.” “No, me sentía cómoda, tranquila.” “No, estuve tranquila.”</p>	<p>“Miedo.” “No, estaba tranquila, pero (...) me preocupaba eran los dolores que me tenían ahí mucho tiempo.”</p>	<p>“Porque yo veía esos fierros grandotes como cucharas (...) me decían:”mira ya te vas a dormir”, un hombre le estaba poniendo al suero algo (...)y después me despertaba y preguntaba por la bebe y me decían no hables ya te la vamos a traer...” “Sí, porque no sabía cómo era todo eso, las</p>

			cosas que le ponían, le ponían sangre, la pinchaban mucho(...)"
¿Pudiste bañarte, o acceder a otro tipo de necesidad de higiene, antes o después del parto?	3: "Sí "Si los días que estuve internada sí." "Después de tenerlo, sí."	"No."	"Sí, pero me dijeron que tenían que pasar 2 horas mínimo, porque me podía bajar la presión." "Sí, me mandaban a bañarme todo la noche...yo no deseaba ellos me mandaban."
Además de lo que hablamos, ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio?	"Excepto por la enfermera que cuando la necesite, no me daba bola (...)" "Para mí era llegar al hospital y tenerla, pero me hicieron esperar toda la noche, y eso fue una eternidad para mí." "Solo las mujeres grandes por ahí se ponen a gritar y le dicen:" te gusta el durazno, aguántate la pelusa"; o por ahí le dicen:" tantos niños que tenés y ahora venís a gritar"." "Y que para bañarte tenías que ir a las 2-3 de la mañana para poder ser una de las primeras(...) y en la sala de parto no te puedes bañar." "Cuando llegue había una chica jovencita que no me gusto como me atendió, me hizo tacto, me hizo doler(...)".	"No."	"Cuando tuve la nena que me atendió un médico, yo llevaba todo para hacerme la ligadura y no quiso hacérmela, porque dijo que era joven y yo ya tenía 5 chicos." "Las enfermeras de neo se iban a tomar el té, no nos dejaban pasar, a veces cuando se iban nosotras entrábamos, porque sabíamos cuáles eran los horarios, y a veces habían bebes que se estaban por caer, por lo que se mueven(...)"
¿Conoces algunas leyes que protegen los derechos de las mujeres en el parto? ¿Cuáles?	7: "No."	"Sí, las leí una semana antes, no me acuerdo bien cual era."	

¿Le informaban tu familia o a las personas que te acompañaban como estabas vos y tu hijo/a?	“Sí.” “Mi suegra era la que estaba preguntando a cada rato.” “Sí, cuando nació llamaron a mi mama para que vea como era, después entro a verme(...)”	“No, le decían que me habían pasado a sala de parto y nada más.” “De los otros sí, pero de la primera no.”	
---	--	---	--

INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS A MUJERES:

Se realizó de manera concreta y pertinente una interpretación a partir de lo recogido en el análisis comparativo anterior, a fin de clarificar los resultados de los datos. Expresado en los siguientes subtítulos que responde a las preguntas realizadas y por lo tanto a las categorías de análisis utilizadas.

Opinión general de la atención del parto en el Hospital:

La mayoría de las mujeres consideran que fue buena la atención en el Hospital.

Solo dos de ellas mencionó mala atención por parte de enfermeras en los dos casos

Los comentarios llamativos fueron:

“Bien porque fue rápido, tuve una bebe de 7 meses, andaba con contracciones, fui y rompí bolsa...estuve desde los 5 meses con dolores y no me dieron medicación porque todos me decían que era normal, y yo no sabía... la bebé peso 1 kilo 50... a los 2 meses y 1/2 me la llevé a mi casa, le tocaban los controles, le pusieron una vacuna y le agarró fiebre, me decían que era normal la fiebre, y ella tenía anemia, y al otro día me levante y no se despertaba, muerte súbita me dijeron, 3 meses tenía...”

“Bien pero fue porque me atendió la cuñada de mi suegra.”

Comentario que hizo sentir mal, incomoda o humillada.

Casi la totalidad de las entrevistadas dieron respuestas negativas.

Solo una contó una situación vivida:

“Yo les decía que me ayudaran porque no daba más con los dolores y me dijeron: “Bueno, bueno, acá no es ay! Acá es levantarse y abrir las piernas para tener”(..) Como que no me quejara, como diciendo si te gusta aguántatela.”

Llanto o gritos y crítica por ello.

La mayoría (4) dijo no haber gritado no llorado.

Solo una no haber sido criticada:

“Me dejaban que gritara”

Una de las mujeres dijo algo diferente:

“No, de la más chiquita nada mas no me dejaban caminar, y como andaba caminando me retaron y me mandaron a acostar... te dicen “no te movás, quédate ahí.””

¿Realizaste preguntas durante el proceso de trabajo de parto, parto y posparto?

La mayoría (4) dijo haber sido bien contestadas sus preguntas, una de ellas contó:

“Sí, pregunte y me contestaron bien (...) pregunte sobre la peridural, dije que no me la pusieran, y me dijeron que sí hacía falta me la iban a poner, después (...) pregunte lo que me estaban haciendo y me dicen:” nena te estamos cortando porque sino no sale”, después (...) yo las notaba medio tensas y pregunte que pasaba y me dicen: “no te asustes tiene el cordón enredado pero está bien” (...)”

Una de las mujeres expresó no haber podido preguntar porque la dejaban sola:

“No porque siempre me dejaban sola

Y llamativamente 2 dijeron no haber hecho ninguna pregunta.

¿Se dirigían hacia vos de manera personalizada?

En esta respuesta se dividieron claramente: 3 dijeron que las llamaban por su nombre y otras 3 con algún sobrenombre como: “mamita”, “gordita”, “flaquita”.

Una de las mujeres no recordó como era llamada.

¿Te permitieron tomar agua?

Tres mujeres contaron que si se les permitió tomar agua

3 dijeron que no, de éstas 2 contaron que les mojaron los labios con una gasita o algodón:

“No, (...) me pasaban una gasita, y me mojaban la boca (...) nunca me dieron una explicación”

Y sólo una comentó no haber pedido agua.

¿Te realizaron rasurado genital o colocación de enema?

Casi la totalidad (7) de las entrevistadas respondieron de manera negativa a esta pregunta.

Sólo una mujer conto algo diferente:

“No, pero me pusieron una sonda porque tenía la vejiga llena y no hacia pis”

¿Te indicaron permanecer acostada durante el trabajo de parto?

La mayoría (4) de las entrevistadas respondió afirmativamente a esta pregunta.

Otras 2 con relatos de incomodidad y disconformidad como:

“Sí, (...) y por los dolores yo tenía ganas de levantarme y caminar (...)

“Sí, pero por ahí te sentís incomoda, porque es mucho estar acostada, y te dicen :” no acotaste, ponete de costado”(…)no me dejaban caminar, me retaron y me mandaron a acostar”

Y 2 dijeron que contaron que les indicaron permanecer sentada.

¿Pudiste ir al baño?

3 dijeron que sí.

Otras 3 contestaron negativamente, relatando:

“No, hasta 1 o 2 horas después del parto.”

“Durante el trabajo de parto no, después sí.”

“Antes (...)no me dejaron por lo mismo que no me podía levantar(...)”

Una de ellas contó una situación diferente las otras:

“Al baño no me dejaban ir, me ponían la chata, pero cuando se iban, por ahí me quedaba como 2 horas sola, ahí iba.”

¿Te colocaron medicamentos, goteo? ¿Pidieron tu autorización?

4 de las mujeres dijeron que si les colocaron goteo y sin ningún pedido de autorización, solo en algunos casos un mínima explicación.

3 dijeron que no.

Y una de ellas relató:

“Sí goteo, aunque yo dije que no me lo pusieran me lo pusieron igual... yo dije que no hacía falta porque las contracciones me daban cada 30 segundos, y me dijeron que igual era para acelerar el proceso.”

¿Te hicieron episiotomía? ¿Te explicaron para que era? ¿Pidieron tu autorización?

4 mujeres expresaron que les realizaron la episiotomía y que no les pidieron permiso ni explicaron que les hacía.

Otras 2 dijeron que no le realizaron episiotomía en el Hospital, expresando:

“Sí, solo en mi hija más grande que tuve en el centro de salud, no llegué al hospital.”

“No, porque era chiquita.” (7 meses)

Otras con relatos de disconformidad como:

“Sí, eso también fue sin permiso (...) yo hable todo, antes de ir a la sala de parto, yo le decía que no quería que me cortaran, y me dijeron que si hacía falta me lo iban a hacer (...)”

“Sí, lo único que me dijeron es que era grande la nena y que me ayudaron con eso(...)en el primero no pude hacer fuerza parece y cuando me desperté, me habían rajado entera, para los dos lados.”

¿Había muchas personas presenciando el momento del parto? ¿te pidieron permiso?

Casi la totalidad de las mujeres contaron que habían presenciado su parto muchas personas y sin sus permisos. Expresando además sentimientos de disconformidad, enojo y vergüenza.

Sólo una de las 8 dijo que no le pasó algo así. Y otra expresó:

“Habían cuatro doctores.... Que haya habido practicantes o no, no me molesta y no me di cuenta.”

¿Tuviste algún aborto? ¿Cómo te trataron?

6 de las mujeres entrevistadas dijeron no haber tenido un aborto, y otras 2 contaron que sí, pero no haber recurrido al hospital.

¿Te rompieron la bolsa? ¿En qué momento?

La mayoría de las mujeres contaron que les rompieron bolsa artificialmente en el Hospital. 4 de ellas expresaron que fue cerca de completar la dilatación, con expresiones como:

“Sí, siempre (...) cuando tenía 8-9 de dilatación.”

“Si tenía como 7 de dilatación.”

Y otras 2 contaron que la rotura fue temprana:

“Sí apenas llegue”

“Sí(...)todavía faltaba para tener.”

Sólo una mujer dijo haber roto bolsa naturalmente.

¿Te apretaron el abdomen mientras pujabas?(Maniobras de Kristeller)

La mayoría de las puérperas respondió afirmativamente a esta pregunta. De las 4 una de ellas contó parte de su vivencia:

“Sí...y después me tuvieron que hacer un legrado, porque había quedado restos de placenta, me sentía mal(...) eso fue después al mes tuve que volver, no me durmieron, sentí todo, sin anestesia me lo hicieron, y después estuve como una semana sin poder moverme, no me durmieron(...) tenía sangre y fiebre, no me durmieron y les dije pero dicen que no podían porque ya habían empezado”

3 manifestaron que no les realizaron estas maniobras

¿Usaron fórceps?

5 de las mujeres negaron que se les haya practicado fórceps alguna vez en el hospital.

Solo una entrevistada respondió afirmativamente:

“Sí, cuando veo la bebe, detrás de las orejitas y en toda la cabecita tenia morado y lastimado...y las secuelas de la bebe es que hasta los 5 años de dio espasmo sollozo (...) mi mama dice que me tendrían que haber hecho cesárea.”

Y una sorprendentemente no recordaba, ni estaba muy segura de si habían usado fórceps en su parto:

“No, creo que no.”

En el momento de los pujos, ¿estabas acostada boca arriba en la cama?

¿Te dieron la posibilidad de tomar otras posiciones?

Todas contestaron haber parido en la misma posición. La mayoría haberse sentido cómodas. Solo hubo variaciones en cuanto a que algunas mencionaron haberse inclinado. Expresiones como:

“Estaba inclinada (...) Siempre en esa misma posición (...) la camilla estaba así...”

“Sí, me decían que si quería que me enderezara un poco, estaba cómoda.”

“Sí(...)no me dieron otra posibilidad pero estaba cómoda porque fue rápido.”

En cambio, dos sí expresaron incomodidad:

“No, por ahí como que me sentaba (...) no me dieron otras posibilidades (...) por ahí te sentís incomoda porque no sabes cómo ponerte para hacer la fuerza.”

“Sí, no me dieron otra posibilidad, me quise enderezar y no me dejaron.”

¿Te dejaron sola sin asistencia en algún momento?

Tres mujeres respondieron afirmativamente con expresiones como:

“Si te dejan sola, por ahí se van y se olvidan que uno está ahí con los dolores.”

“Si, toda la noche.”

Otras dos también respondieron afirmativamente y contaron:

“Si(...)me habían puesto de un lado la nena y del otro lado las cosas con sangre, de la transfusión, y no podía moverme, porque tenía miedo que se cayera la bebe, así que como a las 2 horas hicieron pasar mi mama, la bebé lloraba y no le podía dar la teta.”

“Después de que tenía, se iban todos y me dejaron solita (...)y me sentía mal a la única que veía siempre es a la chica de limpieza(...)le preguntaba que si veía un médico, que como estaba mi bebe(...)”

Las tres restantes dijeron que no las dejaron sola sin asistencia.

Cuándo tu hijo/a nació pudiste estar con el inmediatamente? ¿Le diste de mamar? ¿Estuviste más de 1 hora con él/ella antes de que se lo/a llevaran para los controles de rutina?

La totalidad de las mujeres entrevistadas dijo no haber podido permanecer con su hijo/a en las primeras horas después del parto, sino recién de varias horas. Algunos ejemplos son:

“No, se lo llevaron y después como a las 2 horas (...)me lo trajeron...pedí verlos (...)lo escuchaba llorar y llorar(...)y me decían que no, que estaba bien, que esperara que lo tenían que pesar y cambiar(...)tardaban como 3 horas.”

“Me la pusieron arriba del pecho 5 minutos nada más(...) me dejaron en el pasillo y fue un enfermero (...)me cambio, pidió a la nena y me llevó a la habitación(...)tuve a las 9:15 y más o menos a las 15:30 me habrán pasado(...)”

Algunas mujeres relataron historias particulares en relación a este momento:

“No me lo mostraron y se lo llevaron rápido, me imagino que por lo del cordón... y habrá pasado media hora.”

“Sí, no le di de mamar porque era prematura.”

“La segunda se la llevaron a neo y la primera la vi un ratito (...)no le pude dar de mamar a ninguna de las dos.”

“No, me pusieron arriba, la primer bebe me la mostraron y se la llevaron porque estaba moradita, y el 2do y 3ro me los pusieron en el pecho...no les pude dar de mamar y de la última más tiempo paso porque me durmieron para hacerme un legrado.”

Durante el proceso, ¿sentiste mucho miedo, inseguridad, mal estar?

Cuatro de las mujeres dijo haberse sentido tranquila.

Las otras cuatro expresaron diferentes sentimientos, como miedo y preocupación.

Dos de ellas relataron:

“Sí, porque no sabía cómo era todo eso, las cosas que le ponían, le ponían sangre, la pinchaban mucho(...)”

“Porque yo veía esos fierros grandotes como cucharas (...) me decían:”mira ya te vas a dormir”, un hombre le estaba poniendo al suero algo (...)y después me despertaba y preguntaba por la bebe y me decían no hables ya te la vamos a traer...”

¿Pudiste bañarte, o acceder a otro tipo de necesidad de higiene, antes o después del parto?

Sólo una mujer dijo no poder bañarse o higienizarse.

El resto respondió afirmativamente y dos mujeres contaron:

“Sí, me mandaban a bañarme todo la noche...yo no deseaba ellos me mandaban.”

“Sí, pero me dijeron que tenían que pasar 2 horas mínimo, porque me podía bajar la presión.”

Además de lo que hablamos, ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio?

Una sola mujer no tuvo nada más que contar.

Las demás relataron diferentes vivencias:

“Excepto por la enfermera que cuando la necesite, no me daba bola (...)”

“(...) me hicieron esperar toda la noche, y eso fue una eternidad para mí.”

“Solo las mujeres grandes por ahí se ponen a gritar y le dicen:” te gusta el durazno, aguántate la pelusa”; o por ahí le dicen:” tantos niños que tenés y ahora venís a gritar”.”

“Y que para bañarte tenías que ir a las 2-3 de la mañana para poder ser una de las primeras (...) y en la sala de parto no te podes bañar.”

“Cuando llegue había una chica jovencita que no me gustó como me atendió, me hizo tacto, me hizo doler (...)”.

Y dos contaron otras historias relativas al proceso de nacimiento que les parecieron incorrectas:

“Las enfermeras de neo se iban a tomar el té, no nos dejaban pasar, a veces cuando se iban nosotras entrábamos, porque sabíamos cuáles eran los horarios, y a veces habían bebés que se estaban por caer, por lo que se mueven (...)”

“Cuando tuve la nena que me atendió un médico, yo llevaba todo para hacerme la ligadura y no quiso hacérmela, porque dijo que era joven y yo ya tenía 5 chicos.”

¿Conoces algunas leyes que protegen los derechos de las mujeres en el parto? ¿Cuáles?

Casi la totalidad de las mujeres dijo no conocer ninguna de las leyes. Sólo una expresó:

“Sí, las leí una semana antes, no me acuerdo bien cual era.”

¿Tuviste alguna cesárea?

Ninguna tuvo cesárea.

¿Le informaban tu familia o a las personas que te acompañaban como estabas vos y tu hijo/a?

Dos dijeron que no les daban información a sus familiares. Y tres dijeron que sí, con algunas expresiones como:

“Mi suegra era la que estaba preguntando a cada rato.”

“Sí, cuando nació llamaron a mi mamá para que vea como era, después entro a verme (...)”

CUADRO COMPARATIVO DE LAS ENTREVISTAS A PROFESIONALES.

En este cuadro se volcaron los resultados de 4 entrevistas realizadas a profesionales, dos Lic. en Obstetricia, una practicante de la carrera de Lic. en Obstetricia y una Lic. en Trabajo Social de Maternidad del Hospital.

Se planteó la posibilidad de entrevistar a un Médico debido a que se considera un profesional importante con poder sobre las decisiones que se toman en las maternidad, aunque no pudo concretarse por negación a participar y responder preguntas por parte del estos profesionales.

	Lic. en Obstetricia(Varón)	Lic. en Obstetricia(mujer)	Practicante de Lic. en Obstétrica.	Trabajadora Social de Maternidad.
¿Conoce el término Violencia Obstétrica?	“Sí, es todo tipo de violencia, o sea en actos que realizas en tema de la obstétrica.”	“Sí (...) Violencia femenina (...) La violencia en los hospitales, en el parto.”	“Se refiere a las acciones que se realizan hacia la mujer en su estado de embarazo y momento del parto, que además de ser muchas de ellas innecesarias, pueden dañarla tanto física como emocionalmente, y donde también las consecuencias pueden perjudicar al recién nacido.”	“Mirá científicamente no(...) Conozco que si hay en el hospital violencia obstétrica, porque bueno, las madres son tratadas como no corresponde por los obstetras, por los enfermeros, por cualquier personal del hospital, son maltratadas.”
¿Y las leyes que la regulan?	“No.”	“Sí, conozco varias leyes, no me pidas los números porque no me acuerdo (...)”	“Conozco la 25909.”	“No, las leyes no.”
¿Considera que en el Hospital existe Violencia Obstétrica?	“Puede ser que haya.”	“Sí, hay violencia obstétrica.”	“Sí.”	“Sí.”
¿De qué tipo?	“(...) intervenciones que se le realizan a las pacientes y no se le informan, por ahí en el trato, en la falta de información que reciben los familiares.”	“En la soberbia médica(...)gente que no trabaja muy bien (...) trabaja de una manera muy intervencionista(...)eso genera quizás temor en las pacientes(...)Está restringido el ingreso a los familiares (...)”	“De todo tipo. Trato directo (...) e indirecto (...) Actos (tactos, conducción del parto, higienización) maniobras (uso de fórceps innecesarios, presión del fondo del útero durante el pujo, rotura artificial de bolsa)(...) tactos reiterados, manipulaciones y una falta total de respeto a la familia(...)los residentes	“Por cualquier personal del hospital(...) a veces hemos visto que un poco mas y las van perdiendo por el pasillo(...)Las dejan mucho tiempo en preparto y no salen a dar información a la familia que está afuera(...)Han puesto horario para dar información y (...) si la madre está adentro no tiene un horario exacto

			en gineco-obstetricia son los que mas hacen uso de técnicas invasivas(...)"	para tener a su hijo..."
<p>Cuáles crees que son las causas de este tipo de violencia?</p> <p>¿Quién/es es/son responsable/s?</p>			<p>"La causa principal(...)comienza con el aprendizaje (...)En los hospitales-escuelas siempre el responsable es el que enseña, (...)otras causas(...) depende de cada uno, de la hora, el tiempo que pasa el profesional sin dormir (...) Te retan si no tiene suero "la paciente" te retan si no tienen 5 unidades de oxitocina (...)si la mujer toma agua, y siempre te amenazan que las consecuencias son las peores(...) desde ese miedo (...)nadie se siente seguro y prefiere hacer lo establecido por el médico(...)"</p> <p>¿Crees que podría solucionarse? ¿De qué manera? "Si, claro. Reeducando al profesional. Y transmitiendo nuevas técnicas y formas. Difundiendo a la población en general y principalmente a la profesional basado en la salud (...)"</p>	<p>"(...)yo no sé las leyes (...) pero quizás a partir de esa ley podría salir una política pública para los hospitales y(...) que se regule esto y que se controle. "</p> <p>"(...) el jefe de servicio y jefe de guardia que tiene a cargo a los demás,(...)según la guardia que haya es el tema,(...) no en todas las guardias se da, no todos la ejercen. "</p>
<p>¿Cree que las mujeres son conscientes de la Violencia que se ejerce sobre ellas?</p>	<p>"No, por el bajo nivel cultural(...)al no tener información no saben cómo son los procedimientos, no saben que se debe hacer y que</p>		<p>Yo creo que todas las mujeres son conscientes de eso, en mayor o menor grado(...) todas tienen una experiencia que contar o algo que no las conforma. Lo que sí me parece</p>	<p>Y algunas te lo dicen...</p>

	no se debe hacer(...)"		que muchas ignoran sus derechos(...)	
¿Han recibido alguna vez denuncias o quejas por Violencia Obstétrica?	"(...)no. Pero si hay muchas quejas, por ejemplo (...)los mismos familiares se quejan porque no salen a dar información(...)"	"No, nunca escuche nada."	"Desconozco."	"No, denuncia no(...)han venido a quejarse(...) es más una queja informal (...)En lo que más se quejan es en eso, en la falta de comunicación que hay(...)"
¿Ha percibido consecuencias, o algún tipo de secuela en las mujeres o el/la recién nacido/a en un acto de Violencia Obstétrica?	"(...) las consecuencias (...)tiene que ser a corto plazo porque(...) la paciente se le hace el parto y a las 2 horas se va (...)eso lo pueden ver mucho la gente que está en el piso, que es la que hace la evolución de las púerperas, que ven al recién nacido(...) podemos ver (...)por ejemplo una paciente que distocies un parto(...)una paciente que no necesitaba oxitocina que(...) estaba con buena dinámica y le pusiste un chorrito de oxitocina, terminó en una	"No, yo cuando las vuelvo a ver en puerperio, que a veces me acerco, (...)y bueno, las pacientes si se sienten medias molestas o con un mal recuerdo porque no parieron como querían, o sea no fue un parto feliz porque o la tactaron con mucha frecuencia o intervinieron muchos médicos en su parto o notó que había mucha gente alrededor de ella, esas molestias si vi...pero en el recién nacido, no, no porque no he tenido un	"Si. Lamentablemente son muchas las veces que fui testigo de esas consecuencias (...) he visto consecuencias terribles para el recién nacido. Incluido la muerte de un feto por una prueba a la contracción que indicó un médico a su residente para una mujer (boliviana que no hablaba español) con un embarazo de término sin contracciones (...)"	

	distocia de contractilidad, entonces eso (...) produce sufrimiento fetal (...)"	seguimiento(...)"		
¿Existe la infraestructura y recursos necesarios para cumplir correctamente con las leyes? ¿Qué sería necesario?	<p>"No. Hay posibilidades de hacerlo, si quieren pueden (...) No porque no haya infraestructura no lo puedes hacer(...) tenés dos dilatantes que lo más bien se pueden dividir con cortinas(...) para que haya más privacidad. Hay mucho personal por lo cual cada personal se puede dedicar a una paciente para que no sea revisada por varios (...)dilatantes esta como para 6 o 7 pacientes capacitado para recibir, ya si se te pasó esa cifra, ahí cambiaría (...)las camas están como enfrentadas(...)entonces estas revisando a una y la otra (...)está mirando todos los genitales (...) si bien son mujeres, pero creo que como mujeres también necesitan su respeto y tener su intimidad."</p>	<p>"No. Un hospital nuevo, más grande, está el proyecto para hacerlo atrás(...) no sé cuándo se irá a hacer(...)donde vamos a tener salas grandes de bajo riesgo y de alto riesgo(...)las de bajo riesgo tendrían camas TPR(...)Son las salas individuales donde las camillas(...) se puedan adaptar para el parto(...)se transforman para que pueda parir la paciente ahí. Más cómoda (...) con intimidad y con familia, no se ha llegado a plantear el tema de un parto en cuclillas o en la silla, pero sí con la contención de la paciente, por lo menos ir cambiando lentamente, porque un cambio brusco le va a costar a mucha gente, no solamente a los directores o a los encargados (...) sino también (...) a las colegas."</p>	<p>"Si porque no son inalcanzables, creo que lo que no existe es la creatividad como hacer que suceda por ejemplo, la intimidad de una mujer en su trabajo de parto. Y además creo que lo que no se cumple es por conveniencia profesional. La estructura del hospital es una excusa, tal vez en la internación conjunta al haber varias mujeres se inhibe el ingreso de todos los familiares, pero eso no es indispensable basta con solo un familiar del mismo sexo, se cumpliría una parte de la ley."</p>	<p>"(...)la otra vez el doctor, el jefe de parto dijo que iban a hacer 6 salas (...) Me parece, ¿no sé si escucharon en la televisión? 5 salas para el parto humanizado (...) yo creo que el jefe de parto tiene la idea y ha hecho muchos cambios (...)pero no hay infraestructura, hay que hacerlo(...) Después tendrían que ser un poco más independientes(...)porque el lugar es chico para la cantidad de partos que se producen a diario y al mes."</p>

<p>¿Aquí han realizado estudios, estadísticas, o algún tipo de intervención respecto de esta temática?</p>	<p>“No sé.”</p>	<p>“No, que yo tenga conocimiento no, creería que no.”</p>	<p>“Desconozco.”</p>	<p>“No, no sé.”</p>
<p>¿Cree que este tipo de violencia tiene que ver con una posición machista? ¿De parte de los profesionales?</p>	<p>“No machista sino, una posición de decir: “yo soy el profesional y yo me la sé y voy a hacer lo que yo quiera”.</p>	<p>“Sí, (...)es una posición, no sé si machista, pero si profesional de que el médico es... dominante sobre el acto espontáneo del nacimiento(...)en médicos más viejos(...)”</p>	<p>“No creo que sea machista para nada. es una posición SABER=PODER, el que decide es el profesional, porque el/ella lo dice y punto.”</p>	<p>“No, me parece que no es una posición machista (...)sino que me da la idea de que a veces se desbordan, que tiene muchas mujeres que atender y (...)se focalizan en atender a la mujer (...)en que nazca el niño (...)y por ahí se ejerce cierta violencia pero no es maltrato (...)que le vayan(...)a golpearlas o dejar que se le pase el parto(...)”</p>
<p>¿Capacita, informan o empoderan a las mujeres embarazadas para el momento del parto?</p>	<p>“Creo que hay un curso preparto pero no dictado por profesionales, ni obstetras ni médicos, me parece que son profesores de educación física y no sé si están capacitados para hacer una preparación para el parto.”</p>	<p>“Sí, en el hospital se da el curso de preparación para el parto(...) Tocan el embarazo en general, puntos específicos como la evolución de un parto, los signos de alarma para un trabajo de parto(...)donde les enseñan lo que son las modificaciones en el embarazo(...)respiración(...)se</p>	<p>“Depende con que profesional esté la mujer y depende de lo que ella realizó durante su embarazo. Eso es muy relativo. Infelizmente eso casi nunca pasa.”</p>	<p>“Sí hay un curso preparto, que se dan los días sábados. Hay un equipo (...)me parece que hay clínicos(...) le explican las patologías en el embarazo (...) Después está el Obstetra, hay una profesora de Educación Física que les da la clase de gimnasia, la Trabajadora Social, hay una Psicóloga(...) Y entran a la sala de partos(...)</p> <p>¿La Trabajadora Social que rol cumple</p>

		las lleva a la sala de parto para que conozcan lo que es la sala de parto y no genere una situación shockeante (...)"		en ese grupo? (...)arma los grupos, los organiza, a veces algunas mamás tienen ciertos problemas y se los manifiestan(...)colabora con las charlas(...)de puericultura o dan de lactancia(...)ayuda en la recorrida de la sala de partos las lleva a las madres(...)
¿Realizan alguna de las siguientes intervenciones de manera rutinaria? : ¿Episiotomías?	"Sí, en primigestas(...)"	"Se hacen con frecuencia pero la rutina depende de cada profesional (...) porque si yo no le hago una episiotomía a una paciente se desgarra y va a ser peor la consecuencia (...) es más peligroso suturar un desgarro o más complicado que una episiotomía (...) En las primigestas (...)"	"Si en todas las nulíparas y en multíparas si se ve que el periné se va a desgarrar."	
¿Corte inmediato del cordón umbilical?	"Depende de cada profesional, no te puedo decir si se hace frecuentemente (...) Pero, si sucede."	"No, yo hablo por mi guardia(...)Primero el contacto con la madre(...)esperamos, nos relajamos que yo siempre le digo a las chicas, hablamos con la paciente, nosotras favorecemos el vínculo con el niño, y después el cordón cuando te das cuenta ya ha pasado más de un minuto,	"Generalmente es entre los 10 seg y 40 segundos post parto."	

		tampoco esperamos 10 minutos porque capaz que se me hace el parto en la cama de la otra(...)"		
¿Revisación y control de rutina al recién nacido inmediatamente después de haber nacido?	"Si, se lo llevan, no lo dejan con la madre."	"Si, se hace el control (...) que demora no más de 30 minutos (...)"	"Sí."	
¿Utilización de fórceps?	"Solamente cuando se necesita, no se hacen fórceps deportivos, pero cuando es indicado si."	"Siempre y cuando este indicado (...) si veo que no desciende la presentación, está sufriendo, la paciente no puede pujar porque se agotó, o consideramos que es una pelvis en la cual al feto le va a costar atravesar y comenzó con un sufrimiento fetal, no podemos esperar una cesárea (...) fórceps se hace."	"Si lo hacen para aprender. No son necesarios tantos como hacen."	
¿Colocación de la vía intravenosa?	"En un 80 o 90 %...te podría decir en el 100%."	"De rutina."	"Sí."	
¿Colocación de Goteo con	"(...)casi en el 100%(...) hay médicos que te dicen pongámosle oxitocina a todas	Te podría decir que de rutina a nivel hospitalario (...)	Si	

Oxitocina?	porque tienen que salir todas rápido (...) no depende mucho de nosotros (...)"			
¿Colocación de peridural?	"No, muy pocos casos. En función de..." (Pidió que apague la grabación y dijo que se hace cuando un residente de anestesia tiene que practicar) "Puede ser si tiene mucho dolor y está muy asustada (...) para que se calme un poco y se tranquilice llamas al anestesista y si el anestesista esta de buena onda y tienen ganas, viene y te lo hace(...)"	"No, salvo casos necesarios donde urge la necesidad de colocar un analgésico, no por el dolor, a todas les duele todas piden(...) y saben que no se hacen(...)"	"No, en casi ningún parto vaginal." ¿Colocación de otro tipo de medicamento? "Si, para reblandecimiento del cuello del útero."	
¿Rasurado genital?¿Colocación de enema?	"No. Generalmente las pacientes ya vienen con el rasurado (...)"	"No, eso no se le hace."	"No."	
¿Presión en el abdomen durante los pujos? (Maniobras de Kristeller)	"Y, generalmente se realiza (...)depende, por ahí de los profesionales médicos(...)hay médicos que no están muy capacitados para los fórceps entonces dicen bueno hacemos un Kristeller."	"No se hacen, por lo menos en mi guardia."	"Si."	
¿Rotura de la bolsa?	"(...) hay profesionales que lo hacen de forma rutinaria como para adelantar el proceso del	"Sí cuando hay una dilatación estacionaria (...) más de 3 o 4 horas que no avanza la	"Si."	

	trabajo de parto y hay otros que no (...)”	dilatación y la paciente tiene muchas contracciones y está cansada (...)”		
¿Y piden autorización a las mujeres?	“No, según lo que el profesional considere necesario.”	“Yo le explico,(...), tratamos de respetar un poco, pero (...) los médicos más viejos dicen: “vacía ya la sala de parto”(...)”	“Jamás se pide autorización a la mujer, en algunos casos se les avisa lo que se le va a hacer, y hasta muy excepcionalmente se le llega a explicar.”	
Se le permite a la mujer: ¿Tomar agua?	“No, solamente a veces pañitos con agua humedecida para que se moje, por el tema de que si toma agua los anestelistas dicen que por la anestesia se pueden aspirar.”	“Restringido, yo....tenemos una ley donde se le permite incorporar líquidos durante el trabajo de parto, (...) pero yo analizo la situación, porque si la paciente no avanza y necesita una cesárea de urgencia ese líquido me puede jugar en contra (...)le damos siempre un algodón o una gasita embebida que pueda tomar una mínima cantidad de líquido o si no tenemos eso le doy un vasito mínimo no más de 10 cm(...) pero si estoy convencida de que la paciente va a terminar en parto normal le doy, no le doy medio vaso pero si le doy mayor cantidad, un cuarto de vaso(...)”	“No, he visto una sola licenciada que si les da.”	

¿Bañarse?	“En el trabajo de parto no, porque no hay ducha, si en pre parto, en maternidad.”	“No tiene donde bañarse(...) en sala de partos (...)ahora en la sala donde tenés 40 camas con embarazadas hay 3 duchas nada más, tienen que hacer cola(...)Después tenés 2 salas de puerperio con 40 camas cada una y tenés 2 o 3 duchas.”	“No (antes de entrar a sala de trabajo de parto, si es muy necesario se les pide que se duchen).”	
¿Comer?	“No(...)supuestamente tiene que tener el estómago vacío por indicación de los anestesiastas sino no la pueden operar.”	“En el trabajo de parto no porque la paciente para cualquier intervención programada te piden un ayudo mínimo de 6 horas (...)”	“No.”	
¿Ir al baño?	“Si, las veces que considere necesario.”	“Si tenemos 10 camas con un solo baño(...)pueden ir las veces que quieran (...)siempre y cuando no tenga una indicación de reposo absoluto, pero (...)la mayoría puede(...)”	“Si(...) depende de la dilatación que tenga la madre.”	
¿Pueden deambular en la sala de parto libremente?:	“Sí, pero con el suero al lado, a veces lo hacen a veces no... depende mucho de cada guardia.”	“Sí, (...)no puede caminar (...)saliendo de sala de partos(...)”		
¿Las veces que considere	“Sí, por ahí vas a hablar con otra chica (...) y seguramente te va a contestar todo al revés (...)yo te estoy diciendo algo muy amplio (...) no como yo	“Sí, tiene la libre demanda, ella domina su situación...en ese aspecto sí.”		

necesario?	trabajo... en mi guardia por ahí se maneja el tema del parto respetado, tratamos de informar, de que deambule(...)			
¿La mujer puede estar acompañada en todo el proceso de parto?	“En el parto solamente, en algunas guardias en otras no(...)hay guardias en donde los mismo profesionales médicos te dicen que no puede entrar nadie a la sala de parto y ellos son los jefes de la guardia(...)”	“Según la situación(...)También tenemos gente en el hospital que está totalmente en contra de la atención del parto con familiares(...)cuando las condiciones no se dan la paciente entiende, y se tranquiliza, pero cuando realmente no se le permite por una cuestión egocéntrica de otra persona, ahí se genera conflicto (...)las pacientes, las 5 están semidesnudas si permito el ingreso a un familiar me va a ver a la paciente(...) a veces tenemos paciente hasta en el pasillo (...)cuando están en buenas condiciones pasa a la sala de puérperas si es que hay camas(...)a veces se quedan 4,5,6 horas(...) Entonces ahí secretaría se encarga de dejar pasar al familiar más cercano (...) es un rato porque (...)tenemos que pasar una paciente al box de parto y la pasamos obviamente	“Nunca, solo al final si el profesional lo autoriza (...)ellas están sin compañía familiar, en sala de parto cuando corona la cabeza del bebe se hace pasar al familiar. Y la cantidad de gente perteneciente al hospital que hay en esas salas depende de los curiosos del momento (hombres y mujeres).”	

		semidesnuda (...)"		
¿Le ofrecen a la mujer diferentes tipos de posiciones en el momento del parto o le dan la libertad de cambiar de posición?	"Generalmente de cubito lateral o sentada (...)otro tipo de posición que por ahí toman más algunas mujeres de otro país, como por ejemplo las bolivianas que se ponen en cuclillas pero de todos modos si ellas lo hacen tampoco se les prohíbe, al menos en nuestra guardia(...)en otras guardias le pueden decir: "no camines, te quedas en la cama sentada o acostada.""	Siempre es la misma(...)la paciente recostada con la camilla semielevada(...)he hechos 2 o 3 partos en cuclillas en mi vida, porque la mujer ha querido(...) a ponerse los guantes y a tratar de maniobrar como se pueda porque uno no está acostumbrado(...) tratar de ubicarla en la camilla de parto para que ella pueda parir sosteniéndose bien de los hierros(...)me da justo la posición para que yo no me agache tanto (...) pero son pocas las veces que uno hace parto en cuclillas"	"No, solo se utiliza la más cómoda para el profesional."	
¿Cuántas mujeres en la sala de dilatantes?	"En donde hacen el trabajo de dilatantes, con trabajo de parto hay 5 camas, en las dos." "Y en la sala de parto tenés 3 box que cada una tiene una camilla de parto."	"tienen 2 salas de dilatantes, en cada sala tenés de 5 a 6 camas."	"La sala de trabajo de parto tiene 5 camas y depende de eso cuantas mujeres hay puede ser de una a cinco, si hay mas se reparten en otras salas(...)"	
¿Hay practicantes o residentes que revisan a la mujer o presencian el	"Si porque es un hospital-escuela, siempre hay estudiantes, practicantes, o residentes."	"Si, lo he visto mucho en enfermería sobre todo y en medicina cuando vienen los internos, que viene el docente	"Si hay."	

parto en grupo?		con 15 o 20 estudiantes.”		
¿Les piden autorización?	“No, no he visto.”	“No(...)Las pacientes se quejan... piden que no haya tantos estudiantes.”	“No piden autorización.”	
¿La atención a la mujer es de manera personalizada?	“Si, depende de que guardia, en mi guardia si, cada uno toma a una paciente y la sigue, en otras guardias no, van rotando, la revisa uno, otro.”	“Entre las obstétricas es personalizada(...)mis colegas no intervienen, salvo un consejo externo(...)En mi caso que soy docente de la universidad, trabajo con las estudiantes, entonces yo voy me presento(...) Eso depende de cada profesional, yo me manejo de esa manera pero veo que los residentes, a lo mejor, examina uno y dice: “ay no se cómo esta”, examina la otra que está en la misma situación que ella y termina llamando al residente superior (...)”	“Depende del profesional. Y de la demanda del servicio (...)”	
¿Se dirigen a las mujeres de manera personalizada?	“Si, en mi guardia en otras no, le dicen gordita.”	“Si, si, se presenta (...) cuanto mucho a veces le decís mamita, gordita... pero también hay veces que hay médicos que la nombran por la cama (...) pero eso feo eso para la paciente.”		
Cómo son tratadas las mujeres que	(silencio) “¿Cómo son tratadas? Siempre con anestesia, pero la	“Cuando vienen febriles, en mal estado ya, nos genera una	Como a todas las mujeres no he visto características distintas y esto por	

<p>viene con un aborto?</p>	<p>verdad mucho no sé porque no estoy en el área donde llegan con abortos.”</p>	<p>situación un poco brusca, atroz, porque sabes que es una paciente que se ha abortado y le preguntas y lo niega(...)y vos vas la examinas y terminás sacando a través del tacto vaginal restos del cuerpito(...)no puedes tratarlas bien.(...)Y si bien uno tiene que tratar de ser imparcial, pero a veces te supera, porque uno está a favor de la vida(...) Los legrados siempre con anestesia.”</p>	<p>supuesto depende del humor del profesional.</p>	
<p>Se respetan las costumbres, hábitos o prácticas culturales de cada mujer?</p>	<p>“Sí, pero depende de cada guardia.”</p>	<p>“(…)tuve una paciente que no quería que la tocara un hombre, quería que entrara el marido, era una chica gitana, tienen sus costumbres, (...) y justo estaba con un compañero de guardia así que se lo hice yo al parto. También hice el parto de una paciente boliviana que quería llevarse la placenta y la pusimos en un frasquito y se la dimos (...)”</p>		
<p>¿Ustedes han tenido casos acá de mujeres que hayan sufrido de</p>				<p>“Sí, yo he tenido más (...) de madres de adolescentes (...) que han visto ese maltrato hacia las niñas(...)”</p>

violencia obstétrica?				
¿En el área de Trabajo Social se hace alguna intervención concreta en Violencia Obstétrica? ¿Y Estudios?				“No, yo por lo menos yo no.”
¿En maternidad cual es la función del Trabajador Social?				“Tenemos que captar los factores de riesgo biológicos y sociales en las mamás, tenemos varias problemáticas(...)somos 3 trabajadoras sociales, una por cada piso(...)básicamente entrevistamos a las mamás (...)y trabajamos muchos con las menores(...) porque hay mucho embarazo adolescente y muy repetido(...) También se trabaja con el programa de alta conjunta(...)es un programa Nacional para disminuir la mortalidad materno-infantil (...) se trata de que la madre desde acá se vaya con el turno establecido para el centro de salud(...)”
¿Y de lactancia materna hacen				“Si, (...) se trabaja mucho, está el banco de leche (...) todo el personal de

alguna intervención?				maternidad (...) se ha capacitado en Lactancia Materna(...)cualquiera puede ir a la madre y enseñarle a dar de mamar al bebé, pero hay enfermeras (...)"
¿Algún trabajo de prevención en la temática se hace?				"No, en prevención no, acá se trabaja con la urgencia (...) trabajas el tiempo que se puede y la derivamos a los organismos de afuera que intervengan en la problemática que se ha detectado (...)"

INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A PROFESIONALES:

En función a cada pregunta realizada que a su vez remite a una categoría de análisis, es que realicé la siguiente interpretación de los resultados de las entrevistas. Las mismas se desarrollaron tranquilamente debido a la predisposición y solidaridad de los profesionales que brindaron su tiempo para responder a las preguntas.

¿Conoce el término Violencia Obstétrica?

Los dos Lic. en Obstetricia dijeron conocer el término, sin embargo no dieron una definición desarrollada del mismo. Como:

“Sí, es todo tipo de violencia, o sea en actos que realizas en tema de la obstétrica.”

La practicante de la Lic. en Obstetricia además de expresar que si conoce el término dió una explicación más desarrollada del mismo:

“Se refiere a las acciones que se realizan hacia la mujer en su estado de embarazo y momento del parto, que además de ser muchas de ellas innecesarias, pueden dañarla tanto física como emocionalmente, y donde también las consecuencias pueden perjudicar al recién nacido.”

Y la Lic. En Trabajo Social dijo no conocer el término pero sí entender que en el hospital existe.

“(…) porque bueno, las madres son tratadas como no corresponde por los obstetras, por los enfermeros, por cualquier personal del hospital, son maltratadas.”

¿Y las leyes que la regulan?

De los Lic. en Obstetricia uno el varón dijo no conocerlas y la mujer dijo que sí pero que no recordaba los números de las leyes.

La practicante de la Lic. en Obstetricia dijo conocer solo una ley, expresando: “Conozco la 25909”. Aunque ha querido decir 25.929.

Y la Lic. En Trabajo Social dijo no conocerlas.

¿Considera que en el Hospital existe Violencia Obstétrica?

Todos Dijeron que sí. Excepto el Lic. en Obstetricia que dijo de manera dubitativa:

“Puede ser que haya.”

¿De qué tipo?

El Lic. dijo:

“(...)intervenciones que se le realizan a las pacientes y no se le informan, por ahí en el trato, en la falta de información que reciben los familiares.”

La Lic. dijo:

“En la soberbia médica(...)gente que no trabaja muy bien (...) trabaja de una manera muy intervencionista(...)eso genera quizás temor en las pacientes(...)Está restringido el ingreso a los familiares (...)”

La practicante detalló:

De todo tipo. Trato directo (...) e indirecto (...) Actos (tactos, conducción del parto, higienización) maniobras (uso de fórceps innecesarios, presión del fondo del útero durante el pujo, rotura artificial de bolsa)(...) tactos reiterados, manipulaciones y una falta total de respeto a la familia(...)los residentes en gineco-obstetricia son los que mas hacen uso de técnicas invasivas(...)

La Lic. en Trabajo Social mencionó:

“Por cualquier personal del hospital (...) a veces hemos visto que un poco mas y las van perdiendo por el pasillo (...) Las dejan mucho tiempo en parto y no salen a dar información a la familia que está afuera (...) Han puesto horario para dar información y (...) si la madre está adentro no tiene un horario exacto para tener a su hijo...”

¿Cuáles crees que son las causas de este tipo de violencia? ¿Quién/es es/son responsable/s?

La Lic. en Trabajo Social mencionó como causa las políticas y como responsable a quien este a cargo de las guardias, dijo:

“(...)yo no sé las leyes (...) pero quizás a partir de esa ley podría salir una política pública para los hospitales y(...) que se regule esto y que se controle. “

“(...) el jefe de servicio y jefe de guardia que tiene a cargo a los demás,(...)según la guardia que haya es el tema,(...) no en todas las guardias se da, no todos la ejercen. “

La practicante señaló como principal causa el aprendizaje y como responsables a quienes enseñan, a los médicos:

“La causa principal(...)comienza con el aprendizaje En los hospitales-escuelas siempre el responsable es el que enseña, (...)otras causas(...) depende de cada uno, de la hora, el tiempo que pasa el profesional sin dormir (...) Te retan si no tiene suero "la paciente" te retan si no tienen 5 unidades de oxitocina (...)si la mujer toma agua, y siempre te amenazan que las consecuencias son las peores(...) desde ese miedo (...)nadie se siente seguro y prefiere hacer lo establecido por el médico(...)”

A ella pregunté: **¿Crees que podría solucionarse? ¿De qué manera?**

“ Si, claro. Reeducando al profesional. Y transmitiendo nuevas técnicas y formas. Difundiendo a la población en general y principalmente a la profesional basado en la salud(...)”

¿Cree que las mujeres son conscientes de la Violencia que se ejerce sobre ellas?

Hubo respuestas divididas. Por un lado, el Lic. en Obstetricia dijo que las mujeres no son conscientes:

“No, por el bajo nivel cultural (...) al no tener información no saben cómo son los procedimientos, no saben qué se debe hacer y que no se debe hacer (...)”

Por otro lado la Practicante dijo que cree que las mujeres si son conscientes en diferente medida:

Yo creo que todas las mujeres son conscientes de eso, en mayor o menor grado (...) todas tienen una experiencia que contar o algo que no las conforma. Lo que sí me parece que muchas ignoran sus derechos (...)

Y por último la Trabajadora Social sólo dijo que algunas lo dicen.

¿Han recibido alguna vez denuncias o quejas por Violencia Obstétrica?

Todos dijeron que no han recibido denuncias o no tienen conocimiento de ello.

Dos de ellos aclararon que sí se reciben quejas:

El licenciado dijo:

“(...) no. Pero si hay muchas quejas, por ejemplo (...) los mismos familiares se quejan porque no salen a dar información(...)”

Y la Trabajadora Social coincide con el anterior profesional expresando:

“No, denuncia no (...) han venido a quejarse (...) es más una queja informal (...) En lo que más se quejan es en eso, en la falta de comunicación que hay (...)”

¿Existe la infraestructura y recursos necesarios para cumplir correctamente con las leyes? ¿Qué sería necesario?

La mayoría coincidieron en que no hay infraestructura ni recursos necesarios para cumplir con las leyes pero que sí tiene solución.

El Licenciado dijo:

“No. Hay posibilidades de hacerlo, si quieren pueden (...) No porque no haya infraestructura no lo podes hacer(...) tenés dos dilatantes que lo más bien se pueden dividir con cortinas(...) para que haya más privacidad. Hay mucho personal por lo cual cada personal se puede dedicar a una paciente para que no sea revisada por varios (...)dilatantes esta como para 6 o 7 pacientes capacitado para recibir, ya si se te pasó esa cifra, ahí cambiaría (...) las camas están como enfrentadas(...) entonces estas revisando a una y la otra (...) está mirando todos los genitales (...) si bien son mujeres, pero creo que como mujeres también necesitan su respeto y tener su intimidad.

La Licenciada expresó:

“No. Un hospital nuevo, más grande, está el proyecto para hacerlo atrás(...) no sé cuándo se irá a hacer(...) donde vamos a tener salas grandes de bajo riesgo y de alto riesgo(...) las de bajo riesgo tendrían camas TPR(...) Son las salas individuales donde las camillas(...) se puedan adaptar para el parto(...) se transforman para que pueda parir la paciente ahí. Más cómoda (...) con intimidad y con familia, no se ha llegado a plantear el tema de un parto en cuclillas o en la silla, pero sí con la

contención de la paciente, por lo menos ir cambiando lentamente, porque un cambio brusco le va a costar a mucha gente, no solamente a los directores o a los encargados (...) sino también (...) a las colegas.”

La Licenciada en Trabajo Social dijo:

“(...) la otra vez el doctor, el jefe de parto dijo que iban a hacer 6 salas (...) Me parece, ¿no sé si escucharon en la televisión? 5 salas para el parto humanizado (...) yo creo que el jefe de parto tiene la idea y ha hecho muchos cambios (...)pero no hay infraestructura, hay que hacerlo(...) Después tendrían que ser un poco más independientes(...)porque el lugar es chico para la cantidad de partos que se producen a diario y al mes.”

Sólo la Practicante dijo que si están los recursos e infraestructura necesaria y explicó:

“Si porque no son inalcanzables, creo que lo que no existe es la creatividad como hacer que suceda por ejemplo, la intimidad de una mujer en su trabajo de parto. Y además creo que lo que no se cumple es por conveniencia profesional. La estructura del hospital es una excusa, tal vez en la internación conjunta al haber varias mujeres se inhibe el ingreso de todos los familiares, pero eso no es indispensable basta con solo un familiar del mismo sexo, se cumpliría una parte de la ley.”

¿Aquí han realizado estudios, estadísticas, o algún tipo de intervención respecto de esta temática?

Los cuatro entrevistados/as dijeron que desconocían o no existía nada de ese tipo.

¿Cree que este tipo de violencia tiene que ver con una posición machista? ¿De parte de los profesionales?

En cuanto a esta pregunta las respuestas fueron parecidas, en las cuales se trasladó inmediatamente la idea de una posición machista a una posición de poder entre el médico/a con la mujer.

El Licenciado dijo:

“No machista sino, una posición de decir: “yo soy el profesional y yo me la sé y voy a hacer lo que yo quiera”.

La Licenciada expresó:

“Sí, (...) es una posición, no sé si machista, pero si profesional de que el médico es... dominante sobre el acto espontáneo del nacimiento (...) en médicos más viejos (...)”

La practicante también expreso algo similar:

“No creo que sea machista para nada. Es una posición saber-poder, el que decide es el profesional, porque el/ella lo dice y punto.”

Y por último la Licenciada en Trabajo Social dijo algo diferente a los demás:

“No, me parece que no es una posición machista (...) sino que me da la idea de que a veces se desbordan, que tiene muchas mujeres que atender y (...) se focalizan en atender a la mujer (...) en que nazca el niño (...) y por ahí se ejerce cierta violencia pero no es maltrato (...)que le vayan(...)a golpearlas o dejar que se le pase el parto(...)”

¿Capacita, informan o empoderan a las mujeres embarazadas para el momento del parto?

Tres profesionales respondieron a esta pregunta contando que existe un curso preparto que dictan en el hospital.

El Lic. contó algo inseguro en la precisión de su información:

“Creo que hay un curso preparto pero no dictado por profesionales, ni obstetras ni médicos, me parece que son profesores de educación física y no sé si están capacitados para hacer una preparación para el parto.”

La Lic. agregó y completó la información sobre el curso diciendo:

“Si, en el hospital se da el curso de preparación para el parto(...) Tocan el embarazo en general, puntos específicos como la evolución de un parto, los signos de alarma para un trabajo de parto(...)donde les enseñan lo que son las modificaciones en el embarazo(...)respiración(...)se las lleva a la sala de parto para que conozcan lo que es la sala de parto y no genere una situación shockeante (...)”

La Trabajadora Social contó sobre el curso y el rol de la colega que participa en el mismo:

“Sí hay un curso preparto, que se dan los días sábados. Hay un equipo (...)me parece que hay clínicos(...) le explican las patologías en el embarazo (...) Después está el Obstetra, hay una profesora de Educación Física que les da la clase de gimnasia, la Trabajadora Social, hay una Psicóloga(...) Y entran a la sala de partos(...)

Trabajadora Social: (...)arma los grupos, los organiza, a veces algunas mamás tienen ciertos problemas y se los manifiestan(...)colabora con las charlas(...)de puericultura o dan de lactancia(...)ayuda en la recorrida de la sala de partos las lleva a las madres(...)

A diferencia de ellos, la practicante entendió que el empoderamiento y capacitación debería darse por parte de los profesionales que atienden a la mujer en el proceso de nacimiento, y contestó:

“Depende con que profesional esté la mujer y depende de lo que ella realizó durante su embarazo. Eso es muy relativo. Infelizmente eso casi nunca pasa.”

(Las siguientes preguntas se realizaron a los profesionales de la maternidad que presencian partos, por lo tanto no a la Trabajadora Social)

¿Ha percibido consecuencias, o algún tipo de secuela en las mujeres o el/la recién nacido/a en un acto de Violencia Obstétrica?

Todos mencionaron consecuencias. El licenciado explicó:

“(...) las consecuencias (...)tiene que ser a corto plazo porque(...) la paciente se le hace el parto y a las 2 horas se va (...)eso lo pueden ver mucho la gente que está en el piso, que es la que hace la evolución de las púerperas, que ven al recién nacido(...) podemos ver (...)por ejemplo una paciente que distocies un parto(...)una paciente que no necesitaba oxitocina que(...) estaba con buena dinámica y le pusiste un chorrillo de oxitocina, terminó en una distocia de contractilidad, entonces eso (...) produce sufrimiento fetal (...)”

La Licenciada dijo:

“No, yo cuando las vuelvo a ver en puerperio, que a veces me acerco, (...)y bueno, las pacientes sí se sienten medias molestas o con un mal recuerdo porque no parieron como querían, o sea no fue un parto feliz porque o la tactaron con mucha frecuencia o intervinieron muchos médicos en su

parto o notó que había mucha gente alrededor de ella, esas molestias sí vi...pero en el recién nacido, no, no porque no he tenido un seguimiento(...)"

La practicante contó.

"Sí. Lamentablemente son muchas las veces que fui testigo de esas consecuencias (...) he visto consecuencias terribles para el recién nacido. Incluido la muerte de un feto por una prueba a la contracción que indicó un médico a su residente para una mujer (boliviana que no hablaba español) con un embarazo de término sin contracciones (...)"

¿Realizan alguna de las siguientes intervenciones de manera rutinaria? :

¿Episiotomías?

Todos los entrevistados afirmaron que se hacen episiotomías de manera rutinaria en primigestas. Y dos de ellos explicaron que en multíparas también si parece que el periné puede desgarrar. La Licenciada en Obstetricia agregó que depende de cada profesional:

"Se hacen con frecuencia pero la rutina depende de cada profesional (...) porque si yo no le hago una episiotomía a una paciente se desgarrar y va a ser peor la consecuencia (...) es más peligroso suturar un desgarro o más complicado que una episiotomía (...) En las primigestas (...)"

¿Corte inmediato del cordón umbilical?

Hubo respuestas diferentes, remarcando que depende de cada profesional.

El licenciado dijo algo dubitativo:

"Depende de cada profesional, no te puedo decir si se hace frecuentemente (...) Pero, si sucede."

La licenciada explicó:

"No, yo hablo por mi guardia (...) Primero el contacto con la madre (...) esperamos, nos relajamos(...)hablamos con la paciente(...) favorecemos el vínculo con el niño, y después el cordón cuando te das cuenta ya ha pasado más de un minuto, tampoco esperamos 10 minutos porque capaz que se me hace el parto en la cama de la otra (...)"

Y la practicante aseguró:

“Generalmente es entre los 10 seg y 40 segundos post parto.”

¿Revisación y control de rutina al recién nacido inmediatamente después de haber nacido?

Los tres respondieron afirmativamente.

¿Utilización de fórceps?

Los dos Licenciados coincidieron en que se hacen si es indicado y no de manera rutinaria. La Lic. explicó:

“Siempre y cuando este indicado (...) si veo que no desciende la presentación, está sufriendo, la paciente no puede pujar porque se agotó, o consideramos que es una pelvis en la cual al feto le va a costar atravesar y comenzó con un sufrimiento fetal, no podemos esperar una cesárea (...) fórceps se hace.”

Y la practicante aseguró que se hacen más de lo que se necesita, y expresó:

“Si lo hacen para aprender. No son necesarios tantos como hacen.”

¿Colocación de la vía intravenosa?

Todos coincidieron en que se realiza la colocación de la vía intravenosa de manera rutinaria. El Lic. dijo:

“(...)te podría decir en el 100%.”

¿Colocación de Goteo con Oxitocina?

Los tres entrevistaron coincidieron en que se realiza esta intervención de manera rutinaria. El Lic. explicó:

“(...)casi en el 100%(...) hay médicos que te dicen pongámosle oxitocina a todas porque tienen que salir todas rápido (...) no depende mucho de nosotros (...)”

¿Colocación de peridural?

Todos contaron que no se coloca peridural de manera rutinaria.

El Licenciado expresó:

“No, muy pocos casos. En función de...” (Pidió que apague la grabación y dijo que se hace cuando un residente de anestesia tiene que practicar) “Puede ser si tiene mucho dolor y está muy asustada (...) para que se calme un poco y se tranquilice llamas al anestesista y si el anestesista esta de buena onda y tienen ganas, viene y te lo hace(...)”

La practicante contó que se usan otros tipos de medicamentos rutinariamente:

“(...)para reblandecimiento del cuello del útero.”

¿Rasurado genital?¿Colocación de enema?

La totalidad de los entrevistados negaron la realización de este tipo de prácticas.

¿Presión en el abdomen durante los pujos? (Maniobras de Kristeller)

Aquí hubo diferencias en las respuestas. La practicante afirmó que si se realizan este tipo de maniobras. Por otro lado la Licenciada dijo que al menos en su caso no lo realiza. Y el Licenciado explicó:

“Y, generalmente se realiza (...) depende, por ahí de los profesionales médicos (...) hay médicos que no están muy capacitados para los fórceps entonces dicen bueno hacemos un Kristeller.”

¿Rotura de la bolsa?

En los tres entrevistados se afirmó la realización de esta intervención. El licenciado explicó:

“(...) hay profesionales que lo hacen de forma rutinaria como para adelantar el proceso del trabajo de parto y hay otros que no (...)”

La Licenciada dijo:

“Sí cuando hay una dilatación estacionaria (...) más de 3 o 4 horas que no avanza la dilatación y la paciente tiene muchas contracciones y está cansada (...)”

¿Y piden autorización a las mujeres?

Todos explicaron que no se les pide autorización a las mujeres, en algunos casos se les explica.

El Lic. dijo:

“No, según lo que el profesional considere necesario.”

La Lic. Explicó:

“Yo le explico,(...), tratamos de respetar un poco, pero (...) los médicos más viejos dicen: “vacía ya la sala de parto”(...)”

Y la Practicante afirmó:

“Jamás se pide autorización a la mujer, en algunos casos se les avisa lo que se le va a hacer, y hasta muy excepcionalmente se le llega a explicar.”

Se le permite a la mujer:

¿Tomar agua?

Todos coinciden que no se les dá agua. La practicante expresó que ha visto una sola Licenciada que les da. Y los Licenciados dijeron dar gasitas o algodones humedecidos argumentando que los anestésistas no se lo permiten. La Lic. Explicó:

“Restringido, yo (...) pero yo analizo la situación, porque si la paciente no avanza y necesita una cesárea de urgencia ese líquido me puede jugar en contra (...)le damos siempre un algodón o una gasita embebida que pueda tomar una mínima cantidad de líquido o si no tenemos eso le doy un vasito mínimo no más de 10 cm(...) pero si estoy convencida de que la paciente va a terminar en parto normal le doy, no le doy medio vaso pero si le doy mayor cantidad, un cuarto de vaso(...)”

¿Bañarse?

Los tres entrevistados contaron que las mujeres en trabajo de parto no tienen duchas. Si tienen en la sala de internación antes o posterior al parto. La Lic. explicó:

“No tiene donde bañarse(...) en sala de partos (...)ahora en la sala donde tenés 40 camas con embarazadas hay 3 duchas nada más, tienen que hacer cola(...)Después tenés 2 salas de puerperio con 40 camas cada una y tenés 2 o 3 duchas.”

¿Comer?

Los tres entrevistados contaron que las mujeres en trabajo de parto no pueden comer. Si posterior al parto. El Lic. explicó:

“No(...)supuestamente tiene que tener el estómago vacío por indicación de los anestesiistas sino no la pueden operar.”

¿Ir al baño?

Los Licenciados entrevistados afirmaron que las mujeres tienen acceso al baño las veces que consideren necesario, con algunas limitaciones estructurales. La Lic. contó:

“Si tenemos 10 camas con un solo baño(...)pueden ir las veces que quieran (...)siempre y cuando no tenga una indicación de reposo absoluto, pero (...)la mayoría puede(...)”

A diferencia de la Practicante que dijo que:

“Si(...) depende de la dilatación que tenga la madre.”

¿Pueden deambular en la sala de parto libremente?

Los dos Licenciados en Obstetricia dijeron que sí pueden pero con algunas limitaciones.

La Licenciada:

“Sí, pero con el suero al lado, a veces lo hacen a veces no... depende mucho de cada guardia.”

El Licenciado:

“Si, (...)no puede caminar (...)saliendo de sala de partos(...)”

¿Las veces que considere necesario?

Respecto a esta pregunta entre los licenciados hubo diferencias:

La Licenciada dijo:

“Si, tiene la libre demanda, ella domina su situación...en ese aspecto sí.”

El Lic. mencionó:

“Si, por ahí vas a hablar con otra chica (...) y seguramente te va a contestar todo al revés (...)yo te estoy diciendo algo muy amplio (...) no como yo trabajo... en mi guardia por ahí se maneja el tema del parto respetado, tratamos de informar, de que deambule(...)

¿La mujer puede estar acompañada en todo el proceso de parto?

Todos coincidieron en que no siempre se le permite la compañía de un familiar. No solo por razones estructurales sino también por decisión de algunos médicos.

El Obstetra dijo:

“En el parto solamente, en algunas guardias en otras no(...)hay guardias en donde los mismo profesionales médicos te dicen que no puede entrar nadie a la sala de parto y ellos son los jefes de la guardia(...)”

La Obstetra contó:

“Según la situación(...)También tenemos gente en el hospital que está totalmente en contra de la atención del parto con familiares(...)cuando las condiciones no se dan la paciente entiende, y se tranquiliza, pero cuando realmente no se le permite por una cuestión egocéntrica de otra persona, ahí se genera conflicto (...)las pacientes, las 5 están semidesnudas si permito el ingreso a un familiar me va a ver a la paciente(...) a veces tenemos paciente hasta en el pasillo (...)cuando están en buenas condiciones pasa a la sala de puérperas si es que hay camas(...)a veces se quedan 4,5,6 horas(...) Entonces ahí secretaría se encarga de dejar pasar al familiar más cercano (...) es un rato porque (...)tenemos que pasar una paciente al box de parto y la pasamos obviamente semidesnuda (...)”

Y por último la practicante aclaró:

“Nunca, solo al final si el profesional lo autoriza (...)ellas están sin compañía familiar, en sala de parto cuando corona la cabeza del bebe se hace pasar al familiar. Y la cantidad de gente perteneciente al hospital que hay en esas salas depende de los curiosos del momento (hombres y mujeres).”

¿Le ofrecen a la mujer diferente tipos de posiciones en el momento del parto o le dan la libertad de cambiar de posición?

Los tres coinciden en que es la misma posición siempre, salvo raras excepciones.

El Licenciado opinó:

“Generalmente de cubito lateral o sentada (...)otro tipo de posición que por ahí toman más algunas mujeres de otro país, como por ejemplo las bolivianas que se ponen en cuclillas pero de todos modos si ellas lo hacen tampoco se les prohíbe, al menos en nuestra guardia(...)en otras guardias le pueden decir: “no camines, te quedas en la cama sentada o acostada.””

La Licenciada relató:

“ Siempre es la misma(...)la paciente recostada con la camilla semielevada(...)he hechos 2 o 3 partos en cuclillas en mi vida, porque la mujer ha querido(...) a ponerse los guantes y a tratar de maniobrar como se pueda porque uno no está acostumbrado(...) tratar de ubicarla en la camilla de parto para que ella pueda parir sosteniéndose bien de los hierros(...)me da justo la posición para que yo no me agache tanto (...) pero son pocas las veces que uno hace parto en cuclillas”

Y la Practicante aseguró:

“No, sólo se utiliza la más cómoda para el profesional.”

¿Cuántas mujeres en la sala de dilatantes?

Todos coincidieron en que el hospital tiene 2 salas de dilatantes cada una con 5- 6 camas.

¿Hay practicantes o residentes que revisan a la mujer o presencian el parto en grupo?

En los tres hubo respuestas similares, todos respondieron afirmativamente, agregando el Lic. que se debe a que el Lagomaggiore, es un hospital- escuela. La Lic. aclaró que se da más en practicantes de enfermería y residentes de medicina internos, afirmando: “(..)viene el docente con 15 o 20 estudiantes.”

¿Les piden autorización?

Todos dijeron que no se les pide autorización y la Licenciada agregó que las mujeres se quejan cuando hay muchos estudiantes.

¿La atención a la mujer es de manera personalizada?

Todos coincidieron en que la atención personalizada depende del profesional. La Lic. dijo que entre las obstétricas si lo es, pero no entre residentes. Y la practicante agregó que depende también de la demanda del servicio.

¿Se dirigen a las mujeres de manera personalizada?

En este caso los Licenciados contaron que en sus casos si se dirigen a las mujeres de manera personalizada, con su nombre, pero que depende de las guardias. La Licenciada explicó:

“Si, si, se presenta (...) cuanto mucho a veces le decís mamita, gordita... pero también hay veces que hay médicos que la nombran por la cama (...) pero eso feo eso para la paciente.”

¿Cómo son tratadas las mujeres que vienen con un aborto?

Hubo respuestas diferentes. El Licenciado hizo un largo silencio y dijo que el no sabe porque no trabaja en esa área. La practicante dijo que igual que todas las mujeres y agregó que “depende del humor de cada profesional”. Por último la Licenciada explicó:

“Cuando vienen febriles, en mal estado ya, nos genera una situación un poco brusca, atroz, porque sabes que es una paciente que se ha abortado y le preguntas y lo niega(...)y vos vas la examinas y terminás sacando a través del tacto vaginal restos del cuerpito(...)no podes tratarlas bien.(...)Y si bien uno tiene que tratar de ser imparcial, pero a veces te supera, porque uno está a favor de la vida(...) Los legrados siempre con anestesia.”

Se respetan las costumbres, hábitos o prácticas culturales de cada mujer?

El Licenciado respondió que ese respeto depende de la guardia. Y la Lic. contó:

“(...)tuve una paciente que no quería que la tocara un hombre, quería que entrara el marido, era una chica gitana, tienen sus costumbres, (...) y justo estaba con un compañero de guardia así que se lo hice yo al parto. También hice el parto de una paciente boliviana que quería llevarse la placenta y la pusimos en un frasquito y se la dimos (...)”

(Las siguientes son preguntas respondidas únicamente por la Lic. en Trabajo Social por su especificidad)

¿Ustedes han tenido casos acá de mujeres que hayan sufrido de violencia obstétrica?

La Licenciada mencionó solo haber recibido quejas de madres de las embarazadas adolescentes:

Sí, yo he tenido más (...) de madres de adolescentes (...) que han visto ese maltrato hacia las niñas(...)

¿En el área de Trabajo Social se hace alguna intervención concreta en Violencia Obstétrica?¿Y Estudios?

La Licenciada respondió: “No, yo por lo menos yo no.”

¿En maternidad cual es la función del Trabajador Social?

La Trabajadora Social de Maternidad explicó:

“Tenemos que captar los factores de riesgo biológicos y sociales en las mamás, tenemos varias problemáticas(...)somos 3 trabajadoras sociales, una por cada piso(...)básicamente entrevistamos a las mamás (...)y trabajamos muchos con las menores(...) porque hay mucho embarazo adolescente y muy repetido(...) También se trabaja con el programa de alta conjunta(...)es un programa Nacional para disminuir la mortalidad materno-infantil (...) se trata de que la madre desde acá se vaya con el turno establecido para el centro de salud(...)”

¿Y de lactancia materna hacen alguna intervención?

La Lic. explicó:

“Sí, (...) se trabaja mucho, está el banco de leche (...) todo el personal de maternidad (...) se ha capacitado en Lactancia Materna(...)cualquiera puede ir a la madre y enseñarle a dar de mamar al bebé, pero hay enfermeras (...)”

¿Algún trabajo de prevención en la temática se hace?

La entrevistada dijo que no se realiza prevención en violencia obstétrica y explicó:

“(...) acá se trabaja con la urgencia (...) trabajas el tiempo que se puede y la derivamos a los organismos de afuera que intervengan en la problemática que se ha detectado (...)”

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN SALA DE DILATANTES Y SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL LAGOMAGGIORE.

A continuación se detallarán los datos obtenidos durante la observación participante realizada. La misma pudo realizarse gracias a la autorización de una de las profesionales entrevistadas para ingresar a la sala de trabajo de partos (llamada comúnmente por el personal como sala de dilatantes) y sala de parto (o box de parto).

Fue un aporte interesante para la investigación debido a la percepción de ciertos elementos que quizás de otra manera no podrían haber sido obtenidos. Esto debido principalmente a que estamos frente a una problemática poco visibilizada y concientizada ya sea en mujeres como en profesionales.

Cantidad de mujeres en una sala:

De parto: 3 box con una cama

De trabajo de parto: 2 salas de 5 camas cada una, y un baño para las 2 salas.

1° sala 2 mujeres con trabajo de parto.

2° sala 5 mujeres con diferentes causas de internación (aborto incompleto, cesárea programada, amenaza de aborto)

Pos-parto inmediato: una sala de 3 camas y en el pasillo.

3 mujeres en la sala y 6 en el pasillo.

Presencia de practicantes y residentes:

6 practicantes, 2 residentes.

Trato:

-Algunas enfermeras tuvieron comentarios y gritos agresivos e inadecuados hacia las

mujeres.

-Personalización en pocas situaciones, por lo general "gordita" "mamita", y el número de cama(sobre todo en médicos)

-Atención personalizada: en algunos casos.

*Momentos importantes que pude observar sobre el trato, tiene que ver con las siguientes situaciones:

- Una médica residente estaba tomando de la bolsa de plástico que contiene el suero a la mujer, que llevaba al quirófano para realizarle cesárea, y la médica tiraba de la misma y apuraba con frases como "dale, apurate", a las mujer embarazada, la que le pedía por favor, mientras lloraba, que esperara con su brazo extendido por los tironeos de la médica.

- Una mujer que llegó con un aborto incompleto, espero por lo menos una 1 hr sola en la sala de parto, donde hacen también los legrados. Estaba solo con la típica bata verde que le ponen antes de ingresar al quirófano. Luego, cuando vinieron los médicos que estaban en una habitación(donde solo ellos pueden estar, comer, charlar, descansar, etc) le hicieron el legrado y una enfermera de manera muy brusca y agresiva la cruzo de la cama de parto a la camilla, la mujer estaba algo dormida, y no tenía fuerzas para moverse, la enfermera la deja en el pasillo, casi cayendo de la camilla y vomitando. Un médico le gritó a la enfermera que la mujer se estaba cayendo y advirtió que ponga barrales a las camillas. Nadie le preguntó a la mujer, cómo estaba, cómo se sentía, si necesitaba algo.

- Otra mujer que llegó con una infección, por un aborto incompleto. La llevaron caminando de la sala hasta el box de parto para realizarle un legrado, si bien la distancia no es mucha, la manera fue humillante. La mujer era muy delgada, llevaba (algo mal puesto) solo una remera y pañales, con mucha sangre, hasta corriendo por sus piernas. Ella caminaba muy lento como adolorida.

- La otra chica en trabajo de parto, mientras paría su compañera de cuarto se quedó completamente sola en la sala, y se escuchaban los gritos de ella, nadie se acercó a preguntarle qué pasaba, y los demás profesionales estaban mirando el parto, otros

desayunando, etc.

Limpieza:

Por lo que pude observar había pocas almohadas, y sabanas. Además, algodones usados en algunas camas desocupadas.

Oxitocina:

Sí, desde el comienzo y luego del parto.

Además le colocaron un espasmódico.

No pidieron permiso ni explicaron lo que le ponían, solo le avisaron.

Maniobras de Kristeller:

No.

Rotura de la Bolsa:

Una llegó con bolsa rota.

La otra, fue la médica que pidió que le rompieran la bolsa, cuando la mujer estaba con 5 de dilatación.

Ingesta de líquido:

No. Las dos mujeres en trabajo de parto pidieron pero no les dieron.

Ingesta de alimentos:

No

Acceso una ducha:

No.

Acceso al baño las veces que consideraban necesario:

Si. Aunque solo hay un baño para todas. Y en algunas ocasiones no acompañaban a la mujer hasta allí, y para ellas resultaba incómodo por la vía intravenosa y suero.

Deambulaban libremente:

No. le piden que se queden acostadas, y con el suero nunca podrían hacerlo libre y cómodamente.

Realización de preguntas por parte de las mujeres:

Prácticamente nada. Algunas veces sobre su situación o la evolución de la dilatación. Las respuestas fueron sumamente cortas, sin una retroalimentación.

Entorno:**Sala de trabajo de parto:**

Mucha luz, personas conversando a alto volumen de voz, haciendo chistes y comentarios de todo tipo frente a las parturientas, diferentes personas que entran, pasan, miran, la puerta está abierta, no que no genera un ambiente íntimo.

En sala de partos:

Las puertas las dejan abiertas, ingresan diferentes personas, otras solo se asoman de la puerta para mirar. Mucha luz. Poco aire, la sala no tiene ni una ventana. Varias

personas hablan a la vez, dándole indicaciones a la mujer.

Pasillos:

Mujeres esperando luego del parto, o legrados, en los pasillos. Donde pasan continuamente diferentes personas, hay diferentes sonidos y conversaciones, y ninguna comodidad.

Parto:

Libertad de posición:

No. La camilla, esta horizontal, sin ni siquiera una almohada para levantarse. la mujer parió acostada boca arriba con las piernas arriba, sobre soportes.

Episiotomía:

Quiso realizarse por ser una mujer primigesta, se preparó el instrumental, cuando iban a colocar la anestesia, el bebé ya estaba saliendo, no alcanzaron a realizar la episiotomía, solo realizaron una sutura de 3 puntos en un desgarró.

Corte del cordón umbilical:

La practicante rápidamente quiso cortar el cordón, pero la partera la detuvo y le pidió que espere unos segundos. Esos segundos la madre miró a su bebé y el enfermero de neonatología tomó el bebé, allí tuvieron que cortarlo inevitablemente para que se lo lleve.

Revisión del Recién Nacido:

Inmediato, la madre lo tuvo unos pocos segundos.

Al nacer aspiraron con una perita su nariz y boca, sobre la madre.

En neonatología pude ver que introdujeron gran parte una sondita por su boca, el bebé lloraba y hacía arcadas, estaba desnudo, lo pesaron, lo estiraron para medirlo,

lo vistieron y lo dejaron en una camita como de incubadora llorando, durante 1 hora 40 minutos por lo menos, porque luego me fui y nunca se lo llevaron a su mamá.

Uso de fórceps:

No

Otras Observaciones:

Al llegar, la partera que me permitió el acceso al piso , me presento a alguna de sus colegas, al comentar que estaba realizando mi tesis en Violencia Obstétrica, surgieron diferentes reacciones, una de ellas me llamó la atención, porque una practicante preguntó: ¿Violencia Obstétrica hacia quien? De nosotros hacia ellas o de ellas hacia nosotras? A lo que otra esta partera contestó: Supongo que de los dos lados.

CAPÍTULO IV:

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS



CONCLUSIONES.

A continuación expondré las conclusiones que fueron surgiendo durante el proceso de investigación.

Retomando en lo analizado en los primeros planteos, objetivos, preguntas de investigación y supuestos puedo esbozar algunos resultados.

En cuanto al planteamiento del problema, he podido confirmar que existen insuficientes aportes desde el Trabajo Social y falta de estudios específicos sobre la existencia o no de Violencia Obstétrica desde la perspectiva de género en general. Lo cual ha sido observado no sólo en esta rama profesional sino también en aquellas más cercanas y específicas de la salud de las mujeres.

Asimismo, las 10 preguntas de investigación planteadas se lograron contestar, si bien es un aspecto positivo y un avance en esta temática, considero que la amplitud y complejidad del tema hace necesaria su profundización. Sobre todo debido a una necesidad inevitable que surgió durante el proceso de ir más allá sobre diferentes aspectos que aparecieron como nuevos en el recorrido y que generaban a su vez nuevos cuestionamientos.

Respecto de los objetivos, considero que han sido logrados exitosamente, a pesar de los obstáculos que pueden haberse presentado en el transcurso de la investigación, éstos han sido resueltos en la medida que este tipo de tarea lo permitió. Se ha podido indagar sobre la existencia y relación de la Violencia Obstetricia y la Violencia de Género en el hospital público más importante de Mendoza, como así también conocer los factores que intervienen en este tipo de violencia (las formas de manifestarse, las personas que la ejercen y el nivel de conocimiento de los/as profesionales y las pacientes en relación con la temática de estudio); y también los objetivos específicos que surgieron de estos generales.

Sería interesante recorrer cada una de los supuestos planteados y analizar si han sido contrastados con la realidad en el transcurso de esta investigación.

1. En el Hospital Lagomaggiore de Mendoza hay violencia obstétrica de diversa manifestaciones.

Desde la primera instancia de las encuestas realizadas surgieron muchos datos que dieron cuenta de la existencia real de violencia obstétrica en el Hospital y de la diversidad de prácticas que la componen. Ante la improbable excepción de que los demás hospitales tengan una atención, estructura y trabajo profesional totalmente diferente, se puede suponer que en estas otras instituciones también está sucediendo esta forma de violencia hacia las mujeres.

2. La violencia obstétrica en el Hospital tiene relación directa con la desigualdad de género.

Más allá de la situación en Mendoza, es imposible separar estos dos conceptos para comprender esta porción de la realidad. La Violencia obstétrica históricamente sufrida por las mujeres tiene una relación directa con la desigualdad de género que es causa de nuestra estructura social patriarcal y la indudable posición machista de los profesionales. Tales concepciones de las mujeres, su sexualidad y su lugar en la sociedad llevan tantos años de legitimación que se encuentran sumamente naturalizados en estos espacios recorridos por la investigación. Resultó imposible que algunos de los profesionales y mujeres expresaran esta relación explícitamente. Aunque en el desarrollo de las conclusiones que a continuación se esbozarán sobre cada aspecto de este tipo de violencia, podremos comprender esta relación indefectiblemente.

3. La mayoría de las mujeres que transitan el proceso de nacimiento en el Hospital no conoce sus derechos, ni la ley que los respalda.

Fue en su totalidad percibido que las mujeres no conocen muchos de sus derechos, si bien se percibe que algunos son reconocidos por ellas, la gran mayoría no. Y mucho menos las leyes que los respaldan.

4. La mayoría de los profesionales no admite o no conoce el ejercicio de la violencia obstétrica y su relación con la desigualdad de género, por lo que, la naturalizan como parte de su rutina.

Respecto a este supuesto los profesionales entrevistados si reconocieron la existencia de violencia obstetricia, sin embargo no establecieron relación con la desigualdad de género o con las posiciones machistas. Aunque en el desarrollo de los diferentes aspectos de este tipo de violencia que más adelante se presentan, se puede percibir con más claridad la relación con la realidad de este supuesto.

5. El hospital no cuenta con la suficiente infraestructura y recursos para el cumplimiento de los derechos que establecen las leyes específicas del tema.

Además de los relatos de los profesionales, la observación participante permitió responder a este supuesto. Si bien hay limitaciones para el respeto de los derechos que tienen que ver con aspectos de infraestructura y recursos, es certero aclarar que no siempre en todas las manifestaciones de la violencia obstétrica esto es una limitación. Y aún así son los profesionales quienes en reiteradas ocasiones justifican sus prácticas rutinarias, que no respetan los derechos haciendo referencia a estos elementos materiales.

6. Los/as profesionales del ámbito de salud no han realizado investigaciones ni intervenciones específicas sobre la violencia obstétrica desde una perspectiva de género.

Se pudo conocer claramente a través de las diferentes técnicas utilizadas que no hay investigaciones, ni intervenciones específicas en relación a la temática, de ningún profesional médico del hospital ni de los/as Trabajadores/as Sociales.

7. Una de las causas de violencia obstétrica son los supuestos machistas y la cuestión de género que subyacen en las prácticas de los/as profesionales.

Este supuesto es claramente percibido en los diferentes actos y acciones llevadas a cabo por los profesionales. Además en los discursos son fácilmente perceptibles los diferentes conceptos machistas que indudablemente legitiman y causan prácticas violentas hacia las mujeres.

8. Algunos encuadres legales sobre violencia obstétrica no están siendo cumplidos en cuanto a los derechos de las mujeres durante el proceso de nacimiento.

Desde el momento en que se reconoció la existencia de violencia obstétrica en el hospital, también se confirma el no cumplimiento de las leyes, que se supone si fuesen respetadas y cumplidas correctamente no habría lugar a muchas de las formas más frecuentes de este tipo de violencia.

Luego del análisis realizado y habiendo estudiado algunos aspectos relacionados con la temática planteada, se puede destacar y desarrollar varias reflexiones que fueron surgiendo a lo largo del proceso de investigación. Las cuales se desarrollarán a continuación.

Naturalización de la Violencia Obstétrica:

He notado en la mayoría de las personas entrevistadas y en diferentes conversaciones a las que me llevó este trabajo, una gran invisibilidad, es decir, la violencia obstétrica no es percibida como tal. Y esto es claramente producido por la naturalización de los hechos, que han sucedido históricamente y que los convierte en incuestionables y "normales".

Llama la atención como procesos de desigualdad, discriminación, exclusión, descalificación y desvalorizaciones diversas, se encuentran invisibilizados y naturalizados, es decir son atribuidos a la "naturaleza" y no a las experiencias culturales.

Y esto se interpreta claramente de las encuestas y entrevistas. En el comienzo de las mismas, las mujeres expresaban en su mayoría sentirse conformes con la atención que recibieron en el Hospital. Pero en el transcurso de la entrevista a partir de ciertas preguntas surgían ciertos cuestionamientos y disconformidad acerca de como asistieron su parto.

Esto nos muestra que este tipo de violencia es naturalizado a tal punto de ser invisibilizado por las mujeres. Acentuado por la el nulo conocimiento de sus derechos, de las leyes y de las diferentes prácticas que se realizan, y por supuesto del parto como proceso natural del cuerpo femenino.

Comentarios comunes como: "A mí por suerte me fue bien" con la que se expresan al comenzar, abre a varias significaciones: por un lado evidencia el no reconocimiento de sus derechos y por otro lado el "por suerte" señala que es casual el que les pueda "ir bien".

En cuanto a los aspectos llamativos una mujer mencionó haber sido bien atendida por tener una conocida allí adentro. Esto nos da un indicador de desigualdad entre las mismas mujeres, por el solo hecho de brindar mejor atención si la mujer es conocida por quien la asiste. Es decir, que aquellas que tuvieran algún contacto tendrían el "privilegio" de ser respetadas y las que no lo tienen, no.

También sorprendió que la mayoría pensara que lo que vivieron fue mejor que sus expectativas, porque en diferentes oportunidades otras mujeres de su familia dijeron que en el hospital las mujeres no eran bien tratadas. Lo que significa que las mujeres van a parir al hospital con temores, inseguras y con la idea de que van a vivir una mala y dolorosa experiencia, lo que hace que la situación que viven aunque violenta, sea sentida como buena atención o al menos mejor que sus expectativas. De alguna manera esto se debe a una mitificación y hasta “demonización” del momento del parto.

Esto sucedió con el parto del cual fui observadora participante, la mujer luego de un parto y atención en general violenta, en cuanto a mi percepción, dijo que no había sido tan fea la atención como le habían dicho, aproveché para preguntar quién se lo dijo, y ella respondió: "otras chicas que tuvieron su bebé acá".

Pareciera que la "buena" o "mala" atención depende de algo así como el azar, o suerte de la parturienta y no de un derecho reconocido y respetado por la totalidad de los profesionales, y mucho menos, reclamado y exigido por las mujeres; quienes toman una actitud de sumisión a la espera de recibir sin objeciones aquello que les toque.

Por otro lado una de las historias relatada por una joven puede verse, la incertidumbre, desconocimiento y dudas sobre el proceso de nacimiento con el que llegan las mujeres al hospital y con el que se van del mismo. Y es importante mencionar la responsabilidad de los servicios públicos sanitarios en este sentido. La mujer mencionó haber empezado con contracciones a los 5 meses de embarazo y a los 7 haber tenido a su bebé al no poder retenerlo, porque no había sido medicada a tiempo, expresando: “estuve desde los 5 meses con dolores y no me dieron medicación porque todos me decían que era normal, y yo no sabía”. En este relato se muestra una especie de descreimiento y subestimación por parte del profesional respecto de la palabra de la mujer en el momento en que ella explica lo que le sucede y no es solucionado a tiempo. Y lo que es peor aún el hecho de que su hija falleció y ella no supo la razón, remarcando la coincidencia de haber sido el día siguiente de haber recibido una vacuna y la suba de temperatura “normal”,

producida por la misma; lo que explicó: “le pusieron una vacuna y le agarró fiebre, me decían que era normal (...) y al otro día me levante y no se despertaba.”

La gravedad de lo que implica esta relación de poder entre los/as profesionales y mujeres puede llevar a la muerte, en este caso de una niña. Además esta relación de poder y también de subordinación y dominación, cuesta la vida de muchas mujeres.

Recepción de Denuncia por violencia obstétrica:

Todos los profesionales dijeron que no han recibido denuncias o no tienen conocimiento de ello. Dos de ellos aclararon que sí se reciben quejas, pero en su mayoría solo por la poca comunicación de los profesionales hacia los familiares que esperan a la mujer embarazada. Lo que demuestra y reafirma que la violencia obstétrica se encuentra invisible para los ojos de los/as ciudadanos/as, que no expresan sentirse violentados/as por tantas prácticas que se les impone autoritariamente.

Violencia obstétrica en relación a la violencia de género:

La mayoría de los profesionales entrevistados coincidieron en reconocer la idea de que la violencia obstétrica se debe a una posición dominante profesional y por ende, de poder sobre la mujer, distinguiéndolo de la relación con cuestiones de género y posiciones machistas. Con expresiones como: “No creo que sea machista para nada. Es una posición saber-poder, el que decide es el profesional, porque él lo dice y punto.” Lo cual considero es uno de los aspectos de las relaciones de poder en las que son sometidas las mujeres a decisiones autoritarias, además de la determinante cuestión de género que coloca a las mujeres en una posición desigual respecto de los hombres.

La Lic. en Trabajo Social al contrario expresó que desde su lugar este tipo de violencia tiene más que ver con una situación de desborde de actividades en la atención de los profesionales y no con una cuestión de género.

Esto tiene que ver también con la naturalización del lugar que en una sociedad patriarcal se le da a la mujer en todos los espacios sociales. Lo que genera que no sea fácilmente visualizada esta relación.

Maltrato verbal:

Comentarios, opiniones, dichos:

En este aspecto un número importante de encuestadas (44, 4%) dijo que si recibió algún comentario, dicho u opinión que la hiciera sentir mal, mencionando maltrato verbal de forma directa y muy violenta, hasta con insultos hacia ellas. Otras mujeres entrevistadas, dijeron que no en su caso pero sí lo han visto hacia otras mujeres, lo que confirma la diferencia en el trato entre profesionales y la desigualdad dentro del mismo hospital entre las embarazadas.

Una de las mujeres entrevistadas mencionó haber recibido un comentario que la hiciera sentir mal, el mismo que fue expresado como un “reto”, impidiéndole a la mujer expresarse, manifestarse, por lo que estaba sintiendo. Este “reto” recibido por la embarazada nos demuestra que ellas son infantilizadas, y no respetadas como mujeres, sujetos de derechos. Incluso la joven manifestó haber sentido que lo que le dijeron implicaba una orden de soportar el dolor que sentía como un castigo por haber tenido relaciones sexuales.

De alguna manera está instalado en el pensamiento machista y es claro el discurso patriarcal hasta en el propio personal femenino del Hospital. El hecho de reprimir el placer y la sexualidad de la mujer, tiene una relación directa con aquellos actos violentos en el parto, entendido como acto sexual fundamental en la vida de una mujer.

Me pregunto: ¿A un hombre se lo castigaría por esto? los hombre son presionados con este tipo de comentarios a sentir culpa por la realización de su sexualidad? No lo creo, entonces esto, inevitablemente me lleva a pensar en la existencia de prácticas naturalizadas y discriminatorias en razón del género dentro

del hospital. El derecho a no sufrir discriminación por razón de género es un derecho humano fundamental, consagrado en todos los tratados internacionales incorporados con jerarquía constitucional en nuestro país.

Por otro lado, desde mi observación, no escuché algún comentario que hiciera sentir mal a alguna mujer por parte de las obstetras y médicos, pero sí de parte de algunas enfermeras. En este aspecto entiendo que quizás en algunos/as profesionales mi presencia pudo haber influenciado en que esto no suceda.

Asimismo, en las entrevistas quizás no muchas mujeres mencionaron malos tratos porque se visualiza al maltrato verbal como el insulto o los comentarios agresivos, sin embargo por los relatos y también por mi observación no hay una gran contención, amabilidad y comprensión en la comunicación con las mujeres y siempre hay una clara infantilización de la misma.

Críticas e impedimento a las mujeres para expresarse libremente (gritos, llanto):

Cuando se indagó sobre si fueron criticadas por llorar y gritar la mayoría dijo no haber pasado por algo así, sobre todo expresando que nunca lloraron ni gritaron y solo una entrevistada dijo que la dejaron gritar. Desde mi observación pude observar lo mismo. La mayoría de las mujeres mantiene un silencio hasta asombroso, muy pocas veces piden algo, preguntan o se expresan. Con una clara percepción y sensación de que tienen temor a expresarse. También vi que la única joven que gritó no se le impidió, hasta el punto de la indiferencia total de ella, que gritaba pidiendo ayuda y que habían dejado absolutamente sola en la sala de trabajo de parto.

En este sentido interpreto un disciplinamiento impuesto que se potencia con la orden de "pórtese bien", "no grite". Algunas reconocían que ya su familia las habían "preparado" para este "comportamiento adecuado"; "si no gritás te tratan bien". Y con algunas situaciones violentas por parte de algunos/as profesionales, que dan la impresión de desear el castigo de las mujeres por haber tenido relaciones

sexuales, expresado, entre otras cosas, con una falta absoluta de respeto: "nadie te mandó a abrir las piernas".

Pude darme cuenta que la mujer va al hospital con una sensación de que ingresa a una institución de disciplinamiento, donde "tiene que portarse bien" y por lo tanto no gritar ni llorar. Es decir, de alguna manera no hay un clima de libertad de expresión necesaria para que la mujer pueda dejar fluir su proceso natural del parto. Al contrario hay una represión de la libertad de expresión, de movimiento, de decisión, etc. Lo que inevitablemente obstaculiza la evolución del proceso de parto, donde la mujer necesita confianza, libertad, relajación, buen clima, entre otras cosas para anular aquel lugar del cerebro encargado de la racionalidad (neocortex) y así ayudar a que las hormonas necesarias para el parto se segreguen correctamente.

Por otro lado dos mujeres mencionaron situaciones en las que fueron advertidas de no gritar, y en las que recuerdan haber escuchado que a otra mujer, en la misma sala de parto, la "retaban". Esto sigue demostrando la infantilización de la mujer en este tipo de instituciones, buscando ser controladas y disciplinadas como niñas.

Una de ellas llamativamente recordaba haber sido "retada" por caminar, deambular durante el trabajo de parto, algo que es recomendado y derecho de toda mujer. Prohibieron eso y le impusieron quedarse acostada. En este sentido, todos los conocimientos y necesidades de las mujeres quedan anulados por el "saber" profesional. Que muchas mujeres necesiten caminar y lo deseen tiene que ver con un respeto a su propio cuerpo, además de que son innumerables las recomendaciones (OMS, Guía de atención de parto normal...) sobre este aspecto que afirman su importancia para la dilatación del cuello uterino.

Respuesta de los/as profesionales a las preguntas realizadas por las mujeres:

La mayoría mencionó que fueron bien contestadas sus preguntas (40 % de las encuestadas) y algunas no preguntaron nada. Lo que tiene que ver con una entrega total de la mujer al profesional, sumado al poder médico impuesto y legitimado por las mujeres que sienten que ellos son los “poseedores del saber absoluto.” Por lo tanto, si ellos lo indican y lo deciden es lo correcto, lo mejor. Desconectándose del saber de su propio cuerpo. A pesar de que demostrado esta, que no siempre estos profesionales toman las mejores decisiones sobre nuestros cuerpos.

Una de ellas mencionó que no pudo hacer preguntas aun teniendo dudas porque la dejaron sola, causa que quizás sea porque los profesionales tendrían mucho trabajo y no podrían dedicar el tiempo necesario a cada una, pero esa posibilidad desaparece cuando conocí la sala de dilatantes y pude apreciar que prácticamente están todas las mujeres juntas en 2 habitaciones conectadas, donde trabajan un grupo grande de profesionales que no siempre están con las mujeres por razones diferentes a las laborales. También observé que las respuestas a las preguntas son sumamente cortas, con un tono voz y con palabras distantes y que infantilizan a las mujeres.

Por otro lado resultó llamativo cuando una de ellas relató una serie de preguntas bien contestadas según lo que ella consideraba como tal. Pero que resultan demostrar un total desconocimiento del proceso y además contestaciones autoritarias. Estas preguntas eran referentes a intervenciones, que dan la idea de la escasa información con la que las mujeres van a parir y también reafirman que nadie anteriormente le preguntó a esa mujer si aceptaba dicha intervención por expresiones como: "en el momento del parto pregunté lo que me estaban haciendo y me dicen: "nena te estamos cortando porque sino no sale"".

Despersonalización e infantilización de las mujeres:

La manera en que se las nombra a las mujeres está relacionada inevitablemente con la manera en que se las trata.

En este sentido, hay una clara división, una mitad recordó al menos haber sido nombrada con su nombre, y la otra sólo con apodos. En las encuestas hubo un 73% de mujeres que dijeron ser mencionadas con apodos. De alguna manera, este trato tiene que ver particularmente con quien atiende a la paciente. Con la singularidad de cada profesional y no con una generalidad en la atención. Pero esto me lleva a preguntarme pues, ¿si varios profesionales pueden lograr esa mínima personalización porque no todos?

Esta despersonalización de alguna manera y por lo observado es como una costumbre, un hábito, poco cuestionado y pensado, que inevitablemente lleva a una “cosificación” de las personas, sobre todo cuando son nombradas con los números de camas y no como mujeres con nombre, identidad, poder de decisión y con derechos.

En mi día de observación, nunca escuché que se las tratara personalmente con su nombre a cada una, siempre con apodos y por número de cama sobre todo en médicos/as. Más allá del nombramiento o no, considero que la despersonalización tiene que ver con un distanciamiento del profesional respecto de la mujer, con la indiferencia, con la falta de empatía, la falta de voluntad de vincularse y comprometerse con la atención de cada mujer, y así poder entender a cada una y su proceso.

A mi entender este aspecto demuestra una identificación de las mujeres con meros objetos de intervención, de estudio, y no con sujetos. Lo que inevitablemente lleva a no tener una intención de escucharlas, de conocerlas "humanamente", porque entendido como objeto, este ser humano es pasivo, y no activo protagonista de su salud y en este caso, de su parto. En muchos casos esta despersonalización lleva a una deshumanización de la atención inevitable.

La posibilidad de la mujer de estar acompañada en el proceso de parto:

En este tipo de maternidades las mujeres esperan largas horas, sin derecho a la compañía de sus parejas o familiares más cercanos y cercanas, inclusive lo que ello significa para adolescentes primerizas, quienes conforman una población importante en este hospital.

En este sentido, una de las formas de violencia más importante que reciben las mujeres es la negación al derecho de estar acompañadas por alguien que ellas quieran durante el proceso de nacimiento.

A pesar de que el Hospital Lagomaggiore es reconocido por la UNICEF como una “Maternidad Centrada en la Familia” las evidencias demuestran algo opuesto. Por los resultados de encuestas y entrevistas, es uno de los derechos más vulnerados. El 80% de las encuestadas afirmó que se le negó la posibilidad de estar con alguien de confianza. Al igual que en las entrevistas, sólo una mujer dijo que pudo pasar un acompañante pero únicamente en el momento del parto. Otra sólo antes y después del parto estuvo acompañada, las demás manifestaron la negación de los profesionales a este pedido.

Este derecho reconocido en la ley 25.929, implica el reconocimiento de la necesidad de cualquier persona de estar acompañada por un ser querido en un momento tan importante de la vida. El proceso de nacimiento es fundamental para una mujer y muchas veces la compañía hace ese momento más placentero y hasta menos doloroso.

Uno de los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor en la mujer es la presencia de quien le de confianza, y seguridad. Los masajes, que puede realizar esta persona, los besos, etc. La negación de este derecho produce en ellas todo lo contrario, queda demostrado en las expresiones de las mujeres durante las entrevistas, como: " No dejaban que entrara nadie, eso me puso más nerviosa...". Que una mujer durante el trabajo de parto se ponga nerviosa no es algo sencillo,

implica que ese trabajo sea más lento, y se detenga en cierto momento, como explica Michel Odent por la liberación de adrenalina que como antagónica a la oxitocina inhibe su secreción natural.

Desde mi observación, sentí que la situación de las mujeres es muy desolada en los hospitales, ellas llegan y desde ese instante son separadas de sus seres queridos, esperando largas y dolorosas horas en una cama, donde diferentes personas las tactan, las miran, se ríen a su alrededor, etc. Ellas lloran, gritan y preguntan: "¿falta mucho para que nazca?". Las respuestas son cortas, no reciben cariño, un beso, ni una caricia, que seguramente aliviaría mucho ese miedo y dolor característico de cualquier parturienta. Más aun, teniendo en cuenta que en su mayoría las que asisten al hospital son niñas y jóvenes, a quienes nadie les explicó ni siquiera qué es un parto.

El perceptible el necesario cambio inmediato de la estructura hospitalaria, tanto física como mental en los/as profesionales. Las salas son muy chicas y las mujeres son muchas. Las camas están muy juntas, no tienen privacidad y su intimidad no se respeta, lo cual además se acrecentaría si ingresara un familiar ajeno.

De todas formas, como explicaron algunos profesionales aunque que no existan los recursos no quiere decir que sea imposible, siempre y cuando exista voluntad de respetar ese derecho.

Desde la mirada de los profesionales, tanto ellos y como la practicante coincidieron en que este derecho es respetado en función de quien esté a cargo de la guardia. Lo que demuestra el poder, e impunidad con la que actúan algunos profesionales que creen que su decisión es más importante y fuerte que la de una mujer; y por lo tanto que una ley nacional y otra provincial que lo regulan.

Esto fue demostrado con expresiones como: "solo al final si el profesional lo autoriza"; "tenemos gente en el hospital que está totalmente en contra de la atención del parto con familiares".

Me pregunto, ¿con que autoridad un/a profesional pasa sobre un derecho y modifica para siempre de manera negativa un momento tan importante para la vida de una familia entera?

Ingesta de líquido durante en trabajo de parto:

Es llamativo como prácticas que hace años se han dejado de recomendar por diferentes estudios y organismos, se reproduzcan sin cuestionamiento alguno una gran cantidad de médicos/as y obstetras.

En cuanto a los líquidos, de las encuestas un 24% no pudo porque se lo impidieron, y 3 mujeres no pudieron de las cuales a 2 sólo le humedecieron sus labios.

En mi observación las dos mujeres pidieron agua, a una le dieron unos una pequeña cantidad en un vasito y a la otra se lo negaron. Tengamos en cuenta que ellas llevaban horas con trabajo de parto, sin ningún tipo de ingesta, ni de alimento ni de líquido, lo que inevitablemente genera más cansancio, menos tolerancia al dolor, más impaciencia, más debilidad, con la cual llegarán al momento del parto y se les hará seguramente todo más difícil.

Éstas como otras, son ese tipo de prácticas médicas innecesarias que se realizan de manera rutinaria sin reflexión o cuestionamiento alguno.

Según los/as profesionales, se justifica prohibir la ingesta de líquidos y alimentos por indicación de los anestésistas y a fin de prevenir consecuencias en una posible cirugía. Sólo en caso de líquidos aceptan la posibilidad de humedecer los labios de la mujer con un algodón o gasita. Ellos dijeron que la razón de la prohibición de la ingesta de líquido es: "por el tema de que si toma agua los anestésistas dicen que por la anestesia se pueden aspirar."; "yo analizo la situación, porque si la paciente no avanza y necesita una cesárea de urgencia ese líquido me puede jugar en contra".

Y respecto de los alimentos: "tiene que tener el estómago vacío por indicación de los anestesiólogos ", "cualquier intervención programada te piden un ayudo mínimo de 6 horas".

Como percibimos en las respuestas, esta prohibición rutinaria se debe al temor de que si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico, denominado, Síndrome de Mendelson. Cuando en realidad una reducción de la ingesta no garantiza una reducción del contenido gástrico (Crawford 1956, Taylor y Pryse-Davies 1966, Tettamtel 1983, McKay y Mahan 1988) y además la anestesia general es usada excepcionalmente en las intervenciones obstétricas.

Esto nos da el indicativo que muchos profesionales no actualizan sus conocimientos y que tienen muy poca autocrítica y replanteamiento de las rutinas, lo que quizás tiene que ver con que el ambiente médico tiene características de "reino " del saber, de saber incuestionable, y absoluto. Pero sigue resultando retrógrado que se sigan realizando estas prácticas, hasta en jóvenes médicos/as recién recibidos/as, que evidentemente reproducen prácticas porque no creo que no hayan recibido en su formación conocimientos de estudios actuales.

Además se visualiza que la "Guía de atención de parto normal..." realizada por el Ministerio de Salud y que debería ser cumplida por los hospitales, en algunos casos ni siquiera ha sido leída y es ignorada completamente.

Rasurado Genital y Colocación de Enema:

El 100% de las entrevistadas y encuestadas, al igual que los profesionales negaron la realización de estas intervenciones. Algunos mencionaron que antes se hacían pero ya no.

Llamativamente una mujer mencionó otra intervención que si le realizaron, y es la colocación de una sonda en la uretra para desagotar la vejiga. Otra posibilidad de intervención hospitalaria innecesaria hacia la mujer, que además de molestar "pisotean" las decisiones de ellas.

Es importante en este sentido la incorporación en cada profesional de este avance en la eliminación de estas prácticas invasivas que generan más consecuencias negativas que mejoras. Por lo tanto es necesario que de la misma manera lo hagan también con las otras que se realizan rutinariamente día a día con cada una de las mujeres que son atendidas por ellos/as, y se deciden más allá de sus consentimientos.

Indicación de permanecer acostada o posibilidad de deambular libremente durante el trabajo de parto:

En las encuestas el 90% de las mujeres respondió afirmativamente cuando se le preguntó si recibieron la indicación de permanecer acostada durante el trabajo de parto. Y en las entrevistas sólo una mujer mencionó la posibilidad de levantarse y caminar en el trabajo de parto, el resto afirmó tener que permanecer acostada o sentada, por lo que algunas sintieron comodidad pero otras no. Diciendo: "por ahí te sentís incómoda, porque es mucho estar acostada y te dicen: no, acostate, ponete de costado (...) no me dejaron caminar, me retaron y me mandaron a acostar."

Podemos entender que además de una autoritaria imposición de acciones y la falta de respeto a las decisiones de la mujer hay una infantilización cuando la mujer expresa "me retaron y me mandaron a acostar". Una vez más nos encontramos frente a las concepciones paternalistas que ubican a las mujeres en condición de niñas, destinadas al tutelaje, en este caso del saber médico. A la desvalorización o invalidación de la palabra de la mujer, de su conocimiento o creencias sobre su propia salud, le sigue la imposibilidad de respetar las decisiones que involucren su cuerpo, salud o proyecto de vida.

Desde los profesionales: dos de los entrevistados manifestaron la posibilidad de deambular de la mujer, uno de ellos resaltó un aspecto muy importante: "Sí, pero con el suero al lado..." Esto significa que aunque se les permita deambular, su

libertad de movimiento se encuentra obstaculizada por el suero, lo que agrava el aspecto negativo de la colocación de la vía intravenosa de manera rutinaria.

La otra profesional remarcó: "no puede caminar saliendo de sala de partos...". Lo que de alguna manera da la sensación de institución cerrada, donde hay límites físicos que una vez adentro no se pueden cruzar. Nuevamente se percibe la sensación de institución autoritaria y estructurada que impone reglas a las mujeres que están dentro.

Desde mi observación noté que implícitamente es "lo que se debe hacer", ninguna mujer preguntó e intentó caminar pero también, ningún profesional le brindó información sobre los beneficios de deambular para darle la posibilidad de elegir esa opción.

Y esto, considero, tiene que ver con que ni siquiera se da la posibilidad de pensar en la idea de que la mujer decida, porque el derecho a la información supone también el respeto por la decisión de la mujer, libre de presiones, de actitudes paternalistas y de juicios valorativos basados en las creencias del profesional, y eso quizás sea un aspecto que los profesionales no quieren enfrentar, porque seguramente es más "cómodo" que ellos decidan y las mujeres obedezcan.

Acceso al baño y ducha durante el proceso:

Desde los profesionales y practicantes se interpreta que las mujeres tienen la posibilidad de acceder libremente al baño, teniendo en cuenta algunas limitaciones estructurales, debido a que hay un solo baño para más de 10 mujeres (en trabajo de parto, e internación posparto inmediata). Además las embarazadas están allí sin la posibilidad de ducharse en ningún momento del proceso debido a que no hay ducha en este piso. Pero sí en las otras salas de internación de las madres (puerperio, o antes de pasar a sala de trabajo de parto).

Entiendo que esta imposibilidad implica una falta de respeto a la integridad de la mujer y una vulneración de los derechos de higiene y de satisfacción de sus necesidades más fundamentales.

En una de las mujeres volvió a aparecer un discurso paternalista cuando relató lo que le sucedió en la sala antes de pasar a la sala de dilatantes: "me mandaban a bañarme toda la noche (...) yo no deseaba ellos me mandaban". Y otra, recibió indicaciones de no bañarse hasta que pasaran 2 horas como mínimo luego del parto. Ni siquiera en estos aspectos básicos de la vida como son la higiene del propio cuerpo es realizado con libertad. Tanto por los obstáculos físicos como por los mandatos médicos.

Yo misma pude observar que respecto a la higiene las comodidades para las mujeres son mínimas hasta nulas. Las mujeres son tactadas reiteradamente, y cada vez se les coloca "pervinox" pero los/las profesionales no tienen el cuidado de limpiarlas o no ensuciarlas tanto. Ellas tienen manchadas sus piernas, genitales y vestimentas; con sangre, "pervinox" y otros fluidos biológicos que puedan tener las mujeres debido al proceso por el cual transitan. Además de la incomodidad, la contaminación que implican esas condiciones alertan sobre lo peligroso que puede ser para una mujer y para su hijo/a en ese proceso vulnerable.

Colocación de vía intravenosa, suero y oxitocina:

La totalidad de los profesionales entrevistados admitieron que se realiza tanto la colocación de la vía intravenosa como la de oxitocina de manera rutinaria casi en todas las mujeres.

Los Lic. en Obstetricia en numerosas oportunidades hacen notar su situación, no grata para ellos/as, de subordinación por los Médicos. El Licenciado lo expresó diciendo: "hay médicos que te dicen pongámosle oxitocina a todas porque tienen que salir todas rápido (...) no depende mucho de nosotros". En este sentido, entiendo que las relaciones de poder impuestas por esta profesión no son solo hacia

las mujeres parturientas, sino también para el personal que trabaja en el área de salud.

Más allá de los numerosos estudios que demuestran las consecuencias de la colocación de suero y oxitocina, he podido comprobar que son prácticas muy rutinarias en el hospital. En las encuestas, entrevistas a mujeres y profesionales casi la totalidad de las respuestas fueron afirmativas al uso de esta intervención. (96% de las encuestadas 62% de las entrevistadas, el 100% de los profesionales). No olvidemos que la “Guía para la atención del parto normal...” dice que la oxitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal. Lo cual constituye una de los tantos aspectos que no están siendo respetados.

Por lo general la mayoría de las mujeres no interpretan como algo negativo a este tipo de intervención, debido a que no conocen en profundidad las consecuencias de la misma, y podríamos decir que algunos médicos tampoco debido a la defensa de estas prácticas.

Cuando presencié estas intervenciones en la observación participante, noté que las mujeres sienten no saber lo que les sucede y por lo tanto tampoco saben aquello que los/as profesionales hacen con ellas. Mientras una Licenciada le colocaba en el suero además de oxitocina un antiespasmódico le explicaba que lo hacía para acelerar el proceso del parto y la joven contestaba que lo hiciera con tal de parir rápido. La Licenciada aprovechó ese momento para mostrarme que ellos/as ayudan a las mujeres con intervenciones de este tipo y que las embarazadas lo aceptan. Lo que no dijo es que las mujeres no conocen las consecuencias y los beneficios de las drogas administradas, porque no lo saben y porque no se las informa, lo que inevitablemente hace que esta posibilidad de elegir no sea honestamente respetada. Nadie puede decidir sobre algo que desconoce.

Si les explicaran que la oxitocina le provocaría mas contracciones y más dolorosas y que esto no asegura la dilatación, que puede provocar consecuencias en su hijo/a como sufrimiento fetal, y que su cuerpo libera esa hormona naturalmente

si está tranquila, relajada y segura; y tantas cosas más de estas drogas, dudo que todas las mujeres acepten la intervención tan pasivamente.

Notamos una vez más la indiferencia y falta de respeto sobre la decisión y saber de una mujer, en la siguiente frase de una mujer entrevistada: "Si, aunque dije que no me lo pusieran, me lo pusieron igual (...) yo dije que no hacía falta porque las contracciones me daban cada 30 segundos, y me dijeron que igual era para acelerar el proceso". La desvalorización de la palabra, el saber y las experiencias aparecen recurrentemente.

La Episiotomía.

Esta práctica se realiza sin información amplia y suficiente, ni consentimiento previo de las parturientas.

Tengamos en cuenta que la episiotomía es una incisión quirúrgica siendo recomendado por la OMS el no uso sistemático de la misma, y considerada por Según Mardsen Wagner como una mutilación genital.

Vemos como claramente se ejerce violencia por el personal de salud al implementar una práctica tan dañina e innecesaria en muchos casos sobre el cuerpo de las mujeres. Generando consecuencias de todo tipo sobre una mujer. Además con la negativa connotación que no se respeta la decisión de la mujer, ni siquiera existe en las mentes de estas personas la posibilidad de preguntar a la mujer que desea.

El 73% de las encuestadas dijo que le han realizado la episiotomía. Y la mayoría de las mujeres entrevistadas (5 de las 8) mencionó que se la realizaron sin que le pidieran autorización, y una incluso habiéndose negado con anticipación.

En cuanto a los profesionales ellos coinciden y reconocen hacer uso de este procedimiento de manera rutinaria en primigestas sobretodo. Aclarando que esa decisión recae sobre el profesional por lo tanto depende de lo que cada uno de ellos desee realizar en el momento o acostumbre. Lo que resulta injusto y

autoritario cuando estas elecciones debería hacerlas la mujer, dueña de ese cuerpo, que está siendo maltratado.

En mi experiencia de observación, noté que se preparan los elementos necesarios para realizar una episiotomía, sin ni siquiera antes analizar la situación ni observar la flexibilidad del periné. En este caso la mamá pujó y el bebé salió rápidamente por lo que la partera no tuvo tiempo de concretar dicha intervención. Confirmando que su uso es plenamente rutinario y no reflexivo ni consciente.

Presencia, observación y realización de tactos reiterados, de diferentes personas:

En los llamados Hospitales-Escuelas como el Lagomaggiore la existencia de practicantes es frecuente y hasta masiva. Hay practicantes y residentes de todas las ramas de la salud. Y es parte de una representación social pensar que en este tipos de hospitales todos/as nos arriesgamos a ser observados/as, "tocados/as", diagnosticados/as, etc. por ellos. Como si las personas fuéramos animales, o lo que es peor objetos, sin sentimientos, sin decisión, y por lo tanto pasivamente tenemos que aceptar este tipo a atrevimientos y "atropellos".

Recordemos que como sujetos de derechos podemos decidir, tenemos la posibilidad de elegir y existen derechos legalmente reconocidos que nos resguardan en estas prácticas incómodas, muchas veces innecesarias y hasta humillantes.

Un 63% de las encuestadas contaron haber pasado por la violenta situación de haber sido tactadas de manera frecuente por diferentes personas. En las entrevistas varias mujeres relataron una situación así. Todas explicaron haberse sentido incómodas pero ninguna se negó, sólo en una pudo intervenir su madre que estaba allí, y pidió que no la tocaran más.

En ninguna situación se les pidió permiso. Con expresiones como: "a cada rato me metían mano"; "sí sobre todo residentes"; " discutí con una partera porque me manoseaba demasiado".

Lo mismo pasa con la presencia de practicantes y residentes en el momento del parto, 6 de las 8 entrevistadas contó haber sido observadas por muchas personas sin su autorización. No sólo profesionales y estudiantes, sino también personal de limpieza. Todas sintieron, como es de esperar, incomodidad y vergüenza pero el momento en que sucedió las llevó a pensar solo en pujar, y no negarse (según cuentan). Una dijo que no le molestó y otra mujer dijo: "no me incomodaba porque sé que son médicos". Quizás si se les preguntara o pidiera permiso a todas, algunas personas como estas últimas lo aceptarían, pero sería su elección y no una imposición.

Algo de lo que decían es: "habían muchos muchos chicos (...)me re molestó(...)en sala común le decía a mi marido: "me vieron todo". Me dio vergüenza."

En mi observación hubo 2 residentes, que no solo observaban sino también imponían sus decisiones a las parteras sobre las intervenciones que ellas debían realizar. Había 3 practicantes de Obstetricia que revisaban con supervisión de una Licenciada a las mujeres, y unas 4 de enfermería que sólo observaban las intervenciones y el parto. Llamativamente en el momento del parto llegaron muchas más personas de las 3 que ya estábamos acompañando a esa mujer, llegaron enfermeros, licenciadas, las practicantes de enfermería. La puerta estaba abierta y quien pasaba se quedaba mirando. Nunca se le preguntó a la mujer si podíamos (me incluyo) estar allí, observando SU parto.

Por su parte los profesionales entrevistados admitieron este tipo intromisiones de la siguiente manera: "Si porque es un hospital-escuela, siempre hay estudiantes, practicantes, o residentes." y " lo he visto mucho en enfermería sobre todo y en medicina cuando vienen los internos, que viene el docente con 15 o 20 estudiantes (...) las pacientes se quejan." Esto parece que son las reglas del uso de la salud pública.

Es claro que el cuerpo de la mujer no es valorado y respetado como realmente merece. Que los estudiantes necesiten estudiar y que este sea un Hospital- Escuela no justifica esta vulneración de derechos avasallante sobre las

mujeres, que sumisas y resignadas, aguantan su molestia, su humillación y no se oponen a tal falta de respeto y deshumanización del trato.

Trato luego de un aborto:

Las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha por parte del personal de salud, se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad.

Cuando quise indagar sobre este aspecto, tanto mujeres como profesionales mostraron incomodidad de hablar del tema. Lo que nos muestra las representaciones y prejuicios con los que se carga esta problemática. Esta razón de ignorar el tema y no hablar ha sido la causa de años de abortos clandestinos y muertes maternas.

En las entrevistadas dos mujeres de las 8 dijeron haber tenido un aborto pero no haber asistido al hospital. Puede suponerse que arriesgan su salud no yendo al hospital por temor y para no tener que pasar por situaciones humillantes o de castigo.

Yo particularmente pude observar dos situaciones muy humillantes a mujeres con aborto incompleto, una de ellas "abandonada" en una sala de parto, con solo una bata de vestimenta, esperando durante más de 1 hora que algún/a médico/a se acercara para hacerle el legrado, que luego fue violentamente ubicada en el pasillo sobre una camilla. Y otra mujer también de manera muy humillante era trasladada de la sala de internación hasta la sala de parto, llevaba solo una remera puesta, pañales con mucha sangre hasta en sus piernas. Al ver esas situaciones las sensaciones fueron de falta de respeto y de trato indigno a estas personas. Una sensación de tristeza y dolor en sus caras genera inevitablemente mucha impotencia por el sufrimiento de esas mujeres en el hospital.

Por parte de los profesionales hubo opiniones diversas, la practicante señaló que estas mujeres eran tratadas igual a las demás. Lo que a mi modo de ver no implica que sea "bien", "correcto" y respetuosamente. El obstetra, después de

muchas dudas, dijo que él no sabía porque no estaba en esa área ni se ocupada de esos casos y por último la Obstetra luego de un largo silencio dio su opinión sobre el tema: "Cuando vienen febriles, en mal estado ya, nos genera una situación un poco brusca, atroz, porque sabes que es una paciente que se ha abortado y le preguntas y lo niega (...) Y si bien uno tiene que tratar de ser imparcial, pero a veces te supera."

Esto nos muestra un claro posicionamiento sobre esta situación, de prejuicio y de juzgar sin conocer la realidad de esas mujeres. Lo que lleva a un mal trato o una atención no muy agradable "justificada" para esta profesional a partir de su juzgamiento. Esta postura sólo genera discriminación hacia estas mujeres y prolongación del sufrimiento, lo que hace más la difícil situación que ya están viviendo. Y como profesionales no deberían emitir juicios de valor y menos aún sobre una visión de la realidad parcializada.

Lo descripto vulnera, entre otros, el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a la salud, a la vida, el derecho a la intimidad. Desde diferentes puntos de vista en los casos de abortos los malos tratos revisten una crueldad muy grande.

Rotura de bolsa artificial (Amniotomía temprana):

Como resultado de las entrevistas a las mujeres y a la observación realizada, se concluye que en el hospital se realiza de manera rutinaria la rotura artificial de la bolsa, ya que la mayoría de las mujeres contaron que les habían realizado esa intervención en el proceso. Además pude observar y presenciar un momento en donde una médica indicaba a una Obstetra que realizara la maniobra a una mujer que llevaba varias horas con trabajo de parto, sin justificativo alguno. En este caso se demuestra que se realizan intervenciones innecesarias sin consentimiento de la mujer, que la ponen en riesgo y sin justificativo ni reflexión alguna.

Por otro lado, dos de las ocho mujeres entrevistadas contaron que esta intervención la realizaron al comienzo del proceso. Lo que aumenta las

consecuencias y posibilidades de septicemias, siendo en los países en desarrollo las septicemias puerperales la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, por lo tanto son necesarios todos los esfuerzos posibles para prevenirla.

Por ello no se aconseja realizar rutinariamente esta práctica entre otras cosas, teniendo en cuenta que el tiempo que transcurre entre la rotura de bolsa amniótica y el parto es un factor de riesgo de infecciones graves en el bebé.

Esta intervención interrumpe el proceso natural del parto y pasa sobre la decisión de una mujer, debido a que la misma se realiza generalmente por decisión única y exclusivamente de los profesionales.

Los profesionales admitieron la realización de la misma, en uno de los casos dependiendo de la persona y en otra según una evaluación de la evolución del trabajo de parto. Es llamativo ver como en función de los profesionales se llevan a cabo las intervenciones de diferente manera, y no en función de lo que la mujer decida. Esto refuerza una vez más que el derecho y el saber de la mujer es depositado en un segundo plano en el Hospital y en estas elecciones tan importantes y decisivas para la vida y la salud integral de una mujer y su hijo/a.

Realización de maniobras de Kristeller.

Considero que es una de las prácticas más violentas y directas sobre el cuerpo de una mujer, no sólo por lo que a simple vista significa una maniobra de este tipo sino también por las consecuencias que tiene sobre la mujer y su hijo/a.

Evidenció que en el Hospital a pesar de los aspectos negativos que implica esta maniobra se realiza de manera frecuente. El 50% de las encuestadas y 4 de las entrevistadas que representan la mayoría afirmaron que sí se la realizaron.

Una de ellas relató: “Sí...y después me tuvieron que hacer un legrado, porque había quedado restos de placenta, me sentía mal(...) eso fue después al mes tuve que volver, no me durmieron, sentí todo, sin anestesia me lo hicieron, y después estuve como una semana sin poder moverme,(...) tenía sangre y fiebre, no me

durmieron y les dije pero dicen que no podían porque ya habían empezado”. La hemorragia e infección que tuvo esta mujer es probablemente consecuencia de estas “malas prácticas”. Ya que como se mencionó en el marco teórico de esta investigación estas son posibles consecuencias de las maniobras de Kristeller.

Y no olvidemos que estas consecuencias son una de las principales causas de mortalidad materna. Lo que es necesario problematizar por la complejidad del tema y la necesaria reflexión, crítica y revisión de prácticas rutinarias. Esta mujer además de sufrir esta infección a causa de los errores profesionales, tuvo que soportar el dolor de un legrado sin anestesia, según lo que ella cuenta.

Por otro lado los/as profesionales admitieron su realización, solo la Licenciada dijo que no, pero aclaró que sólo en su caso. Se vuelve a hacer visible la diferencia de actuación de los profesionales lo que genera desigualdad entre las mismas mujeres dentro del hospital. Las mujeres quedan “libradas al azar” del profesional que les toque en la atención.

Deberían unificar criterios, actualizarse y avanzar en la realización de dichas prácticas y en el respeto al momento del parto.

Normalmente, la maniobra de Kristeller se realiza para acabar antes con el parto, pero no por razones de verdadera emergencia. Si éste fuera el caso, estarían indicadas otro tipo de intervenciones. En lugar de realizar esta maniobra, los asistentes deberían respetar los tiempos de la mujer, animarla a adoptar posturas que favorezcan el descenso del feto (verticales), permitirle beber para que reponga líquidos y evitarle situaciones o intervenciones que pudieran estar aumentando su cansancio, procurándole confort físico y psicológico.

Cualquier intervención médica requiere el consentimiento previo del paciente. Para recabar este consentimiento los profesionales sanitarios están obligados a informar a las usuarias, como mínimo, de las indicaciones, efectos adversos y alternativas existentes, para que puedan elegir.

Utilización de Fórceps:

Por lo que podemos concluir con la investigación realizada el fórceps no es una práctica muy usada en el hospital, pero si se sigue realizando en determinadas situaciones.

Solo una entrevistada respondió afirmativamente y contó muy descontenta su opinión: “Sí, cuando veo la bebe, detrás de las orejitas y en toda la cabecita tenia morado y lastimado...y las secuelas de la bebe es que hasta los 5 años de dio espasmo sollozo (...) mi mama dice que me tendrían que haber hecho cesárea.” Por lo que relata ella ni siquiera supo que utilizaron fórceps hasta el momento de ver a su hija, lo que demuestra un desconocimiento de lo que le pasa y de lo que “le hacen”.

Se entiende que la mujer en el momento que más conexión debe sentir con su cuerpo (parto) más alejada, aislada y desconectada esta del mismo. En este sentido, también se ha visualizado una expresión llamativa de una mujer que dijo no recordar si utilizaron fórceps en su parto.

Los dos Licenciados coincidieron en que se hacen si es indicado y no de manera rutinaria.

Es importante que esta práctica se realice lo menos posible y se comiencen a incorporar otras formas de atención y asistencia del parto donde se respeten los tiempos de la mujer y se les dé la posibilidad de tomar posiciones que favorezcan el descenso del/a bebé. Además de hidratar y permitir consumir algunos alimentos cuando la mujer lo demande para que al momento de los pujos la misma no pierda las fuerzas y energías necesarias.

Respecto a esta intervención la practicante mencionó algo que asombra, dijo que lo realizan cuando tienen que practicar. Lo que además de lo violento que significa el método, se suma este aspecto que lo torna más peligroso aun. Es decir se pone en riesgo la vida y la salud de la mujer y su hijo/a por una práctica de estudiantes.

Me pregunto ¿alguien puede pensar que el aprendizaje justifica esta atropello a la mujer y su hijo/a? ¿No se tiene en cuenta, en este caso ni en otras situaciones de este tipo, la ética del profesional?

Posición en el momento del parto:

Como explica el marco teórico de esta investigación la posición de litotomía para el momento de parto es la menos recomendada por sus diversas consecuencias, y lamentablemente es la posición que se puede decir en su totalidad impuesta a las mujeres en el hospital Lagomaggiore.

La única variación en la posición es que algunas mujeres expresan inclinarse un poco para realizar los pujos. En su mayoría manifiestan comodidad y no desear cambiar de posición ni conocer otra opción. Lo que algunas expresan diciendo: “la camilla estaba así”. Dando a entender que no existe otra posibilidad. Ésta es la única forma de parir, “la correcta”, la forma en que la realizan todas, como vemos, en innumerables películas modernas, novelas y en anécdotas de la mayoría de las mujeres de nuestras familias. Menciono esto porque son las lamentables opciones que tienen la mayoría de las mujeres de aprender qué es un parto,

Estas formas de aprender se dan porque lamentablemente la educación sexual en las escuelas no incorpora este momento tan importante de la sexualidad de la mujer (ni muchos otros), porque de alguna manera este ámbito pertenece al médico, al hospital, a otros espacios, y no a los cotidianos, naturales, comunes y a los familiares como realmente debería ser.

Cuando escuchamos una que otra anécdota de mujeres que paren en cuclillas o sentadas como por ejemplo con casos de mujeres de nacionalidad boliviana, como los profesionales entrevistados expresaron, la primera sensación que la mayoría expresa es de rareza, de algo primitivo, anticuado, peligroso o de mujeres locas y arriesgadas. Es este sentido ¿cómo podemos pretender encontrarnos en los hospitales con otra posibilidad de posición para parir?

Es evidente que primero es necesario romper con estructuras culturales y patriarcales impuestas, con prejuicios y comprender la naturaleza del cuerpo femenino para conectarnos con él y dejar que algo tan humano y natural como es un parto fluya con libertad.

Pero por supuesto además incorporar esto en academias, cursos, posgrados porque son los profesionales también quienes deben recuperar esta parte de nuestra historia biológica y respetarla, transmitiendo sus conocimientos y ejerciéndolos en ese sentido.

Otras dos mujeres expresaron incomodidad en la posición y necesidad de cambiarla pero expresaron que los profesionales no se lo permitieron: "no me dieron otra posibilidad, me quise enderezar y no me dejaron." Lo que además de autoritarismo en el parto, demuestra infantilización en el dicho de la mujer: "no me dejaron". Muestra un sometimiento a las decisiones de los profesionales que además de molestar a la mujer generan consecuencias en la evolución del parto y hasta en casos más extremos complicaciones de salud para ella y su hijo/a.

Fue clara e interesante para recalcar la manera en que se expresó ante la pregunta sobre este tema la practicante, ella dijo: "No, solo se utiliza la más cómoda para el profesional." Evidentemente es más importante la comodidad de los mismos (de lo cual deriva el origen de esta posición para parir) que cualquier avance científico y recomendación de organismos internacionales, y por supuesto que el saber del propio cuerpo de la mujer, que está subestimado y anulado por completo.

Asistencia permanente a la mujer en el proceso de nacimiento y sensación de miedo, inseguridad y mal estar.

Contradictoriamente en lo que aparenta, a lo que anteriormente mencionábamos respecto a la presencia masiva de personas, y a tactos reiterados, hay mujeres que cuentan haber estado en diferentes momentos del proceso solas, sin ninguna asistencia.

La mayoría de las mujeres entrevistadas, unas 6, dijeron haber estado solas en algún momento del proceso y se mostraron disconformes con eso, algunas expresaron haber estado muchas horas solas, y otra “parece que se olvidan que una está ahí con los dolores”. Se demuestra sensación de abandono en un momento tan importante de la vida, que indudablemente las hace sentir desprotegidas y con temores.

Dos relataron historias vividas interesantes para analizar, que en resumen dijeron: “Si(...)me habían puesto de un lado la nena y del otro lado las cosas con sangre, de la transfusión, y no podía moverme, porque tenía miedo que se cayera la bebe, así que como a las 2 horas hicieron pasar mi mama, la bebé lloraba y no le podía dar la teta.” En este caso además de la sensación de desolación hay un claro sentimiento de temor, porque evidentemente la situación fue peligrosa y violenta para esa niña que no pudo recibir la teta de su madre cuando la necesitaba.

Y la otra dijo: “Después de que tenía, se iban todos y me dejaron solita (...) y me sentía mal a la única que veía siempre es a la chica de limpieza (...) le preguntaba que si veía un médico, que como estaba mi bebe (...)”. En este caso se muestra una sensación de angustia que la mujer ha tenido con el agregado de que tampoco estaba con su hijo que acababa de parir, teniendo en cuenta la necesidad que toda mujer siente en esos momentos posteriores al parto de estar cerca de su bebé. También esto ha generado la incertidumbre, a causa de la desinformación, del estado de su hijo/a, lo cual es un derecho importantísimo que no le fue respetado en absoluto.

Y por supuesto que esto no se debe a escases de profesionales porque lo anterior mencionado supone que a veces “sobran”, sino que se refiere a un “abandono”, desinterés e indiferencia de las necesidades de las mujeres.

En mi observación, entendí que la soledad y más aun en adolescentes, les da una sensación grande de inseguridad, temor, que provoca sufrimiento en ese momento y que no puedan relajarse para que ese proceso se desenvuelva naturalmente.

Por otro lado la mayoría de las mujeres dijo haber tenido algún sentimiento de mal estar. Sobre todo miedo, preocupación e inseguridad provocada por la incertidumbre de no saber que les estaban haciendo a ellas o sus hijos/as. Algunas expresiones en este sentido fueron: “Sí, porque no sabía cómo era todo eso, las cosas que le ponían, le ponían sangre, la pinchaban mucho(...)” ; “Porque yo veía esos fierros grandotes como cucharas (...) me decían:”mira ya te vas a dormir”, un hombre le estaba poniendo al suero algo (...)y después me despertaba y preguntaba por la bebe y me decían no hables ya te la vamos a traer...”

Esto nos lleva a referirnos al consentimiento informado, que en su ausencia provoca estos sentimientos como podemos percibir en los ejemplos anteriormente mencionados.

Consentimiento informado:

El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho de toda persona a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo.

Este derecho es muy importante y en este ámbito de salud es muy mencionado, debido a que implica un componente sobresaliente para el debido respeto al paciente en cualquier tipo de intervención y tratamiento.

En el hospital a ninguna mujer le preguntaron y le pidieron autorización previa explicación, para realizarle alguna de las intervenciones de las que fueron objeto.

Y los mismos profesionales admitieron que nunca se les pregunta quizás se les explique. La practicante explicó claramente esta situación diciendo: “Jamás se pide autorización a la mujer, en algunos casos se les avisa lo que se le va a hacer, y hasta muy excepcionalmente se le llega a explicar.”

En la observación en ningún momento escuché algún profesional explicando algo de todo lo que les hacen a las mujeres, ni siquiera a sus hijos/as. Esto les quita

la posibilidad de elegir, las intervenciones son impuestas por los médicos/as y Obstetras.

Capacitación o empoderamiento de las mujeres embarazadas para el momento del parto:

Más allá de la información y el consentimiento que en el momento del trabajo de parto y parto que no se lleva a cabo en el hospital, hay un momento previo en donde tampoco se interviene para la capacitación y empoderamiento de las mujeres.

Tres de los profesionales entrevistados mencionó como capacitación un curso pre-parto que brinda el hospital para toda la comunidad, durante 4 sábados. Ellos no conocían con demasiada precisión lo que se realiza en este curso pero entre lo que mencionaron se entiende que se les brinda a las mujeres la siguiente información: Gimnasia pre-parto, lactancia, evolución del parto, signos de alarma, modificaciones en el embarazo, respiración, patologías en el embarazo y se hace un recorrido por la sala de parto.

A diferencia de ellos, la practicante entendió que el empoderamiento y capacitación debería darse por parte de los profesionales que atienden a la mujer en el proceso de nacimiento, y contestó: “Depende con que profesional esté la mujer y depende de lo que ella realizó durante su embarazo. Eso es muy relativo. Infelizmente eso casi nunca pasa.”

Se percibe que son pocas las mujeres que acceden a ese curso, de lo cual se desconocen las causas, quizás sea por desinformación, imposibilidad de acercarse al hospital, poco interés, etc.

Además en cuanto a los temas que se tratan, considero que son aspectos que deben ser charlados en los controles, y que para que las mujeres logren un importante empoderamiento es necesario e indispensable que se realice dando a conocer sus derechos, permitiéndoles que conozcan las leyes que los respaldan,

para de esa manera, poder defenderse, decidir sobre sus cuerpos y prevenir la violencia obstétrica y sus respectivas consecuencias.

Consecuencias, o algún tipo de secuela en las mujeres o el/la recién nacido/a en un acto de Violencia Obstétrica.

No se hizo posible desarrollar y profundizar sobre las consecuencias y secuelas que se pueden producir por actos de violencia obstétrica, debido a la limitación del tiempo, la complejidad del tema y la ausencia de antecedentes sobre el mismo aquí en Mendoza.

Pero en función a algunas anécdotas y a la opinión de los profesionales podemos concluir lo siguiente.

Es clara la desvinculación humana de los profesionales con las mujeres, debido al desconocimiento de la existencia algún tipo de consecuencia por el parto en ellas. La intervención de los mismos es parcializada y fragmentada, por lo tanto no hay un abordaje integral de la embarazada.

Como ejemplos mencionados por los profesionales de consecuencias podemos mencionar los siguientes dichos: “por ejemplo una paciente que distocies un parto(...)una paciente que no necesitaba oxitocina que(...) estaba con buena dinámica y le pusiste un chorrito de oxitocina, terminó en una distocia de contractilidad, entonces eso (...) produce sufrimiento fetal (...)”; “las pacientes sí se sienten medias molestas o con un mal recuerdo porque no parieron como querían, o sea no fue un parto feliz.”

La practicante por su lado, dijo que lamentablemente presencié muchas consecuencias sobre todo en recién nacidos, hasta incluso la muerte de uno. Y relató: “Incluido la muerte de un feto por una prueba a la contracción que indicó un médico a su residente para una mujer boliviana, que no hablaba español, con un embarazo de término sin contracciones (...)”

En cuanto a los relatos de las mujeres, hubo situaciones de sepsia, hemorragia, consecuencias por fórceps en un niño, como ejemplo de lo mencionado.

Posibilidad de la mujer de permanecer con su hijo/a inmediatamente luego del nacimiento y para dar de mamar.

El 100% de las mujeres dijeron que se llevaron inmediatamente a su hijo/a después del parto, solo se las/os mostraron y en algunos casos se la/o colocaron en su pecho por unos segundos.

Al igual que los profesionales, los tres respondieron que las mujeres no tienen la posibilidad de permanecer con sus hijos/as.

Todas las entrevistadas relataron de diferente manera su experiencia pero todas coincidieron en que no tuvieron la posibilidad de tener a sus bebés más que unos segundos consigo y mucho menos darle de mamar en esas primeras horas. En algunas que tuvieron complicaciones esa separación es mucha más larga.

En mi observación participativa, sentí que es de una manera muy cruel como se la separa a la mujer de su hijo/a, sin necesidad, se hace un daño muy grande para el desarrollo de ese vínculo que determina el futuro de esa relación. Luego de parir la mujer demostró una gran desesperación por tomar a su bebé pero inmediatamente se acercó un enfermero de neonatología y se lo llevó. Desde ese momento pasaron 1 hora con 40 minutos y la bebé estaba solita llorando en una camita de neonatología y la mamá por otro lado en la sala, llena de sangre, con su camión manchado, pidiendo una almohada y por su hija, por supuesto agotada. Yo me fui del lugar y aun no le llevaron su hija a la mujer.

Este tipo de aspectos son los que van más allá de los recursos e infraestructura que usan como escudo generalmente los/as profesionales, tiene que ver con la humanización de las practicas, con la sensibilidad de los profesionales,

con la empatía hacia las mujeres y con el respeto hacia esas personas que se necesitan (madre-hijo/a).

Corte del cordón umbilical.

En este tema se va visualizado que el corte del cordón umbilical en el hospital es inmediato. Sólo la practicante se animó a arriesgar un número de segundos que tardan en cortarlo y dijo que es entre 10 y 45 segundos después del nacimiento. Lo que sí queda claro es que esta práctica también depende el profesional que la realiza, una de ellas mencionó esperar unos minutos. Pero ninguno explicó la importancia de dejar que el cordón deje de latir para cortarlo.

Se entiende que “el apuro” por realizar este corte tiene que ver con una rutina y hábito de hacer todo rápido en el menor tiempo posible, lo que lleva únicamente a prácticas innecesarias que generan una serie continua intervenciones una tras otra. Dando como resultado partos muy intervenidos que terminan siendo violentos indefectiblemente.

Es percibido que esto se realiza sin el mínimo cuestionamiento de las consecuencias o de la importancia de dejar más tiempo el cordón, si se actualizara el conocimiento de los profesionales en función a estas recomendaciones y avances podrían evitarse consecuencias a largo plazo sobre la salud del bebé, como la anemia. La sangre del cordón es del bebé y él/ella tiene derecho a recibirla.

Si bien en algún momento se creyó y pensó que no era conveniente dejar que esa sangre pase al bebé, ya hace varios años en numerosas investigaciones y guías de atención del parto que se desmienten. Vuelvo a repetir que para el respeto de este derecho no hacen falta recursos solo la buena voluntad, paciencia y respeto del profesional en cumplir con estas recomendaciones. Eso implica un cambio de las rutinas y cuestionamiento de las mismas. Por el poder que implica el ámbito médico resulta difícil que esto se genere en los espacios sociales de los diferentes hospitales y clínicas.

Conocimiento de Leyes de protección de los derechos en el proceso de nacimiento:

El %100 de las encuestadas dijo no tener conocimiento de las leyes.

Solo una mujer entrevistada dijo haber leído alguna antes del parto pero que no las recordaba.

Por parte de los profesionales no hubo grandes diferencias respecto de las mujeres, solo algunos dijeron conocerlas. Otros admitieron no conocerlas como el Obstetra y Trabajadora Social.

Se percibe una debilidad ciudadana en este sentido. Las personas por lo general no conocen sus derechos y por lo tanto, aunque existan leyes, no los reclaman. El desconocimiento permite el avasallamiento de los poderosos sobre los ciudadanos y ciudadanas.

Es de suma importancia que desde que somos niños y niñas nos eduquen en derechos, y así poder construir grupos de cuidanos responsables, respetuosos y menos violentos.

Información a los familiares sobre la mujer y su hijo/a.

Teniendo en cuenta la cantidad de horas que una mujer pasa en sala de parto, parto y luego en puerperio es importante mencionar que constituye una forma de violencia el mantenerlas totalmente aisladas de sus seres queridos, y a ellos sin ninguna información sobre la mujer y su hijo/a.

En este sentido dos mujeres entrevistadas dijeron que no les informaron a sus familiares. Otras dijeron que sí, pero en determinado momento y porque algún familiar se encargaba de preguntar.

Por otro lado los profesionales coincidieron en que eso es una de las razones por las que reciben más quejas informales. Tanto el Licenciado en Obstetricia como

la Trabajadora Social cuando se les preguntó por algún tipo de denuncia dieron cuenta de esto.

Trabajo Social de la Maternidad:

Por parte del área de Trabajo Social se observa que no hay una actividad importante respecto a la Violencia obstétrica. Hay poco conocimiento del término y desconocimiento total de las leyes.

La licenciada mencionó en este sentido, solo haber recibido quejas de madres de las embarazadas adolescentes.

En ésta área no se ha realizado ningún tipo de intervención o estudios respecto de este tema, y cuando se indagó sobre posibles abordajes preventivos de este tipo de violencia, la encargada del área de maternidad explicó que ellos trabajan con la “urgencia” y una vez detectado algunos factores de riesgo en mujeres se hacen derivaciones.

En cuanto a la función de estos profesionales en el Hospital, se refiere a captar factores de riesgo como actividad principal a través de entrevistas a las mujeres. Además acompañar a las adolescentes embarazadas y en la prevención de la mortalidad materno-infantil que llevan a cabo sólo a través del programa de alta conjunta, es decir asegurándose que la mujer realice los controles posteriores al parto. Sería interesante que se haga hincapié en la prevención en el momentos anteriores al posparto que considero es un momento crucial para prevenir la mortalidad materna.

Se mencionó que se realizan capacitaciones e intervenciones en lactancia materna pero no luego del primer momento de nacido/a, que es el principal para propiciar una buena lactancia, sino por el contrario con indicaciones a las mujeres días después de haber nacido su hijo/a. Considero el trabajo incompleto si no se hace de manera integral dándole importancia a todos los momentos del proceso de nacimiento para la prevención de las problemáticas.

Parece ser que desde el Trabajo Social se deja el ámbito de las salas de parto para otros profesionales, como si allí no se pudieran realizar actividades, intervenciones y estudios que promuevan derechos, los protejan, empoderen, prevengan, y fortalezcan vínculos. Al contrario las salas de maternidad, de trabajo de parto, y parto son espacios a ganar por esta profesión para poder llevar adelante un Trabajo Social integral en el área de maternidad, para evitar la violencia obstétrica, para la detección de otros factores de riesgo, para la prevención de mortalidad materno-infantil y la promoción de la lactancia materna y sus beneficios.

CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS:

El parto es el acontecimiento que marca un antes y un después en la vida de las mujeres y hombres que tienen su primer/a hijo/a, y que los transforma socialmente en madre y padre. Además, puede tener implicaciones físicas y psicológicas importantes en su experiencia de forma que, quienes lo asisten o están presentes debieran considerarlo. Las manifestaciones de violencia institucional son difícilmente reconocidas tanto por las propias mujeres como por la sociedad y la medicina.

A lo largo de toda la investigación he venido comprobando que el nacimiento hoy, en el contexto de este estudio, se inscribe en la ideología del modelo de atención del sistema médico hegemónico, lo que puede dar a primera vista la percepción de homogeneidad tanto en las representaciones como en las prácticas.

En mi opinión, la lectura patologizadora y medicalizadora de los procesos reproductivos que se suceden en el cuerpo de las mujeres y el intenso control médico que se ejerce sobre ellas, además de llevar implícita una importante carga de jerarquización y de inferioridad para éstas, les genera sentimientos negativos como la inseguridad y desconfianza en su propio cuerpo ,logrando así que “las mujeres se sientan inválidas, dependientes del médico” ,de quien se espera que “cure” o dé solución a unas manifestaciones físicas que, aunque normales y naturales, se viven como irregulares y amenazantes.

Sumidos en la vorágine mediática de información, violencia, preocupaciones domésticas y económicas, falta de proyectos, etc., poco tiempo hay para reflexionar sobre el parto y el nacimiento, sobre el carácter fundacional en la aparición de un nuevo ser y en las implicancias emocionales y físicas para la madre y su nuevo/a hijo/a.

He notado que estas instancias esenciales en la vida de toda persona, que conllevan transformaciones profundas en la subjetividad, sobre todo en la

subjetividad femenina, no suelen ser acompañadas con una estructura de asistencia y atención que valore especialmente los aspectos afectivos, vinculares, familiares y de compromiso de la sexualidad que envuelven al parto y al nacimiento.

La naturalización del problema que involucra tanto la dificultad o falta de percepción por parte de las propias mujeres de haber experimentado situaciones de maltrato, como la idea de que siempre existieron esos comportamientos y actitudes, y que seguirán existiendo.

Dentro de ese consenso de habitual aceptación del maltrato como parte del proceso de tener un/a hijo/a, se destacan algunas mujeres que reconocen en su intimidad algo del abuso al que se someten y son sometidas

Esto, sumado a que las políticas neoliberales vincularon a las personas con intereses de mercado, con una cultura individualista y con la aceptación y naturalización de la injusticia, las desigualdades y la opresión.

Ahora bien, es necesario un cambio urgente en los diferentes espacios y aspectos de esta temática para garantizar los derechos de todas las personas involucradas en este proceso tan importante de parto y nacimiento.

Para ello, considero que es muy importante la presencia y participación de las mujeres a la hora de debatir el tema de la violencia de género. Se trata de una problemática de derechos humanos, de educación, de salud pública, de desarrollo social, de seguridad ciudadana. Tiene que ver con volver a poner la centralidad de la acción en el sujeto de derecho que somos las mujeres y los varones.

Los procesos de debate, movilización y lucha en torno a las leyes que protegen los derechos en el proceso de nacimiento, revelan que se mejora la capacidad de reflexión, la toma de posiciones, y el resurgimiento de la política como herramienta de transformación.

Entiendo que la tarea más importante es “desnaturalizar” estas prácticas, mostrar cómo afectan el derecho a la salud de las mujeres, su dignidad y autoestima. Teniendo como desafíos futuros que respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos.

En este sentido, soy consciente y se ha demostrado la crisis por la que pasa el sistema de salud, de la carencia de infraestructuras adecuadas, de la escasez de recursos, de la exigüidad de los presupuestos, de la insuficiencia de personal y de la insuficiencia del apoyo tecnológico, pero pienso que su extrema gravedad no justifican los malos tratos en un régimen basado en el respeto a los derechos humanos ya que ninguna miseria da derechos a dañar y menos a lesionar por el género en lo sexual o reproductivo.

Por lo expuesto se puede concluir que, si las mujeres no confían en sus saberes y en sus cuerpos, si durante la gestación temen estar en peligro, serán los/as profesionales quienes tendrán el poder y quienes a partir de él, podrán seguir generando la ideología en la que éste se mantenga y aumente. Afirmo esto porque se ha comprobado la desconfianza general de las mujeres hacia la gestación, en base al discurso de un miedo que se retroalimenta desde la ideología y la praxis médica.

Coincido con Laura Gutman en que “ahora nos toca a las mujeres hacer algo al respecto, si nos interesa recuperar el placer orgásmico de los partos y si asumimos el poder que podemos desplegar en la medida que los partos vuelvan a ser nuestros.”

Junto con una mayor participación y toma de decisiones de las mujeres respecto a sus deseos de cómo quieren realizar su parto y el nacimiento de su hijo/a se hace necesaria una fuerte desmedicalización, lo que implica una reducción de estas intervenciones innecesarias. Se trata pues de que las mujeres que así lo deseen, puedan recuperar en sus partos parte del protagonismo e implicación, compartido con quien le presta atención.

Es evidente que el cuerpo de las mujeres había sido expropiado por la medicina, esto es, definido y tratado sin considerar su voz y experiencias, y las activistas feministas veían que el desconocimiento e ignorancia en las que se mantenía a las mujeres, era una forma de control al servicio del poder patriarcal.

Desde diferentes ámbitos se han levantado voces denunciando la excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres pero, sobre todo, proponiendo alternativas para

proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna, en la que, aparte de reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho.

Resalto que el cuerpo de una mujer en el parto es aún más propio que nunca, sin embargo, durante el siglo XX la medicina se apropió del cuerpo de la mujer en el parto e interpuso a los médicos entre las mujeres y sus hijos e hijas. No se puede negar que la ciencia permitió la baja de la mortalidad materna. Pero, en nombre de la salud, se cometieron y cometen abusos que dejan, en muchos casos, a las mujeres pasivas y sin participación en sus propios cuerpos, en sus propios partos, y hasta en sus propios hijos.

Ahora, desde diferentes movimientos por la humanización del nacimiento se intenta revertir esta tendencia para que las elecciones las tomen las mamás y para utilizar los adelantos científicos cuando la necesidad lo requiere o la mujer lo decide.

“Hay que cambiar el sistema para que las mamás puedan acceder a un parto más humanizado”, dice la antropóloga norteamericana Robbie Davis-Floyd, investigadora y profesora de la Universidad de Texas, especialista en antropología de la reproducción y autora de varios libros.

Algunas propuestas son:

Las sugerencias que planteo se relacionan con el objetivo de prestar una atención sanitaria en la que las mujeres puedan ser partícipes activas del mantenimiento de su salud; pero no sólo como receptoras de consejos y cuidados, sino en una dinámica de relaciones orientada hacia la escucha, co-participación y establecimiento de toma de decisiones. Esto supone introducir cambios tanto en el sistema médico como en la sociedad en general de forma que las mujeres sean consideradas sujetos capaces y de pleno derecho en todos los aspectos de sus vidas y en cualquiera de las circunstancias en las que, como en el embarazo o parto, se

pueden encontrar. Se trata de evitar relaciones en las que desde una protección paternalista de buena voluntad, se las infantilice limitando su capacidad de actuar

Puesto que embarazo y parto tienen lugar en el cuerpo y la vida de las mujeres, en condiciones de salud y sin necesidad de intervención médica, se debería promocionar el uso del “plan de parto” o acuerdo entre el equipo de profesionales y la planificación de las decisiones de la mujer implicada respecto a cómo quiere llevarlo a cabo. En situaciones de normalidad, el respeto a sus opiniones, ser informada, considerar sus deseos y pedir su consentimiento ante las intervenciones, llevaría a una mayor satisfacción en la experiencia del nacimiento que creo influiría también en una menor presión legal de los/as profesionales, puesto que parte de la responsabilidad a la que se sienten sometidos/as quedaría compartida.

Otro aspecto sería el acercamiento entre profesionales implicados/as en las diferentes formas de asistencia: promover encuentros en los que compartir los saberes, los resultados de las prácticas e incluso llevar a cabo investigaciones conjuntas, daría como resultado un enriquecimiento por ambas partes, del que también se beneficiarían las mujeres usuarias de estos servicios.

Esto significa que los Estados deben garantizar:

- Incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer.
- La capacitación de los/las trabajadores/as de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género. Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas, por personal debidamente capacitado, de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva. Por lo tanto que se

implemente la formación obligatoria, regular y continua del personal médico y no médico involucrado en la salud materno infantil en calidad de atención desde la perspectiva de género promoviendo la humanización del nacimiento. En este sentido, diseminar la información científica y capacitar al personal de salud en la lectura crítica de la literatura. La medicina basada en las evidencias brinda las herramientas necesarias para alcanzar estos objetivos.

- La necesidad de supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención.
- Que las instituciones de salud pública realicen investigaciones y estudios para actualizar el conocimiento específico de su institución, y así generar cambios, mejorar y avances en los servicios.
- Propiciar espacios de reflexión y crítica sobre el Modelo Médico Hegemónico con participación de todos los actores sociales, recuperando saberes de las mujeres para pensar alternativas de capacitación e intervención. Buscando entre otras cosas el rediseño de las formas de comunicación hacia el interior de la Maternidad. Además fortaleciendo el vínculo institución - parturienta-familiares, y estableciendo una relación más personalizada;
- Rediseño de la infraestructura edilicia y descentralizar la atención de asistencia ginecológica y partos que se hacen en un número imposible de atender en forma saludable, por lo tanto, además aumentar el número del personal, mejorar la atención en los centros periféricos, realizar una política de prevención que llegue en forma eficaz a todos los sectores. Lo que mejoraría con la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, instalando en la comunidad “Casas de Parto” como centros de segundo nivel para la atención del embarazo y parto sin riesgo.

- Realizar en las diferentes instituciones talleres de sensibilización y capacitación para todo el personal de la institución. Deben ser talleres participativos, donde los participantes puedan desnaturalizar prácticas y creencias, cuestionar su forma de trabajo institucional, y proponer instancias superadoras.
- Resulta necesario también implementar programas de educación sobre salud sexual y reproductiva para grupos de mujeres, para abrir espacios que posibiliten una mirada diferente, liberada de estereotipos limitantes, generando instancias superadoras. Es decir, articular políticas educativas y de salud que promuevan la incorporación de la educación sexual desde el nivel inicial.
- Una tarea muy importante y urgente del Estado es reglamentar la legislación vigente en cuanto a violencia obstétrica y lograr su cumplimiento.
- La conformación de una comisión interinstitucional que elabore los protocolos de actuación, reciba denuncias, difunda y regule la atención en las maternidades.
- Comunicar esta información(leyes, derechos, resultado de investigaciones) a la población utilizando los medios de comunicación masiva, como radio y televisión, promoviendo que las mujeres tomen conciencia sobre su derecho de participar en la toma de decisiones de las prácticas médicas que se realizan sobre sus propios cuerpos.

Quizás muchas de estas propuestas, se han empezado a implementar, pero es probable que cueste modificar actitudes ya estereotipadas, ya instaladas, por lo que se debe apuntar por un lado, al empoderamiento de las mujeres, que, conocedoras de sus derechos, sean capaces de defenderlos, y a una humanización progresiva de la atención en salud, que no sólo humaniza, deja de cosificar a las personas

asistidas, sino que simultáneamente humaniza a los profesionales, que podrán así recuperar su autoestima y dignidad

Finalmente me pregunto, ¿es posible pensar que el movimiento por la humanización del parto represente nuevas formas de feminismos: feministas adeptas a la maternidad? Esta pregunta coloca sobre la mesa toda una controversia a la interna de los feminismos sobre la concepción y función de la maternidad.

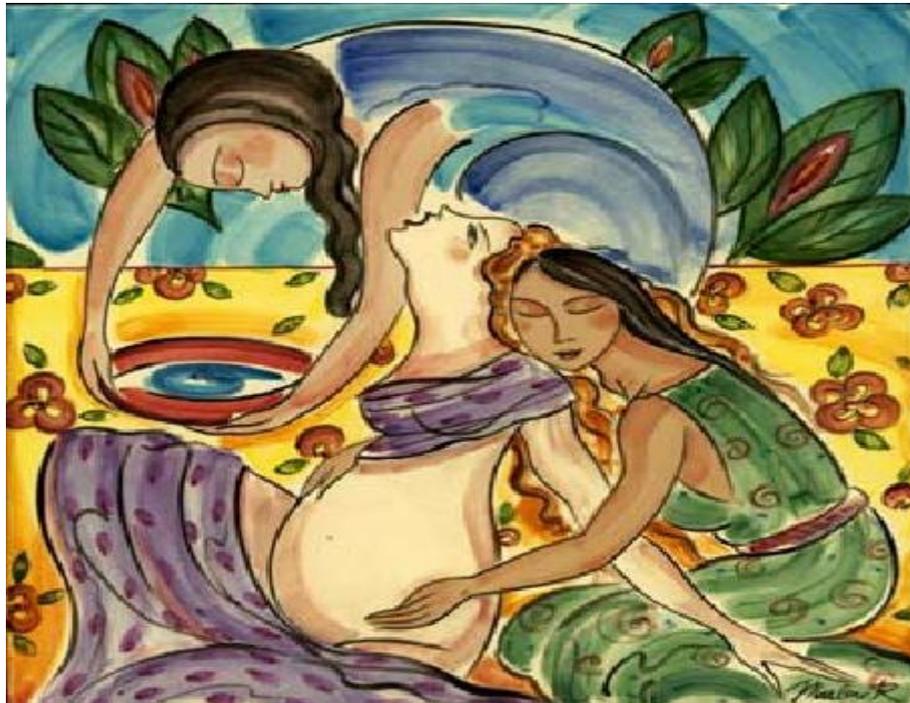
Creo que concebir y efectuar el parto en el paradigma de Humanización aumenta los derechos humanos de las mujeres y afirma una lucha por la autonomía y liberación en uno de los escenarios del control misógino por excelencia: el ámbito obstétrico.

Considero que una hipótesis importante para seguir profundizando, sería que para mantener el actual sistema de dominación patriarcal y capitalista es necesario controlar socialmente el parto; ya este contiene elementos transformadores de las relaciones de poder actuales. Porque si el parto se libera se liberarán otros muchos aspectos de la vida individual y colectiva que redundarán en nuevas lógicas basadas en derechos y libertades.

Creo que el movimiento feminista debería discutir más profundamente la categoría Maternidad. Y no sólo desde el punto de vista de las maternidades mandatadas o impuestas que conllevan a un desempoderamiento de las mujeres como sujetos históricos. Sino incorporando a sus investigaciones y luchas la reivindicación por el respeto al embarazo y parto elegido y vivido en libertad, pues aporta al cambio social y político necesario para la tan deseada transformación en las relaciones de poder entre los géneros y de la sociedad toda.

Para Robbie Davis-Floyd, lo único que puede devolver a las mujeres la posibilidad de reapropiarse de su cuerpo y sus capacidades durante el parto es el activismo. Y considero que esto es posible desde aquellos espacios de organización ya conformados, como son los movimientos feministas.

ANEXOS.



INSTRUMENTOS:

Encuesta a Puérperas.

Nombre:

Lugar de parto:

Fecha de último parto:

Cantidad de hijos:

Lugar donde se realiza la encuesta:

1- Mientras estabas internada en la clínica u hospital, con contracciones de trabajo de parto:

a- ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?.....

b- ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?.....
.....

c- ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?.....
.

d- ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?.....

e- ¿Se te impidió tomar agua?.....

f- ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

Rasurado de genitales:

Enema:

Indicación de permanecer acostada todo el tiempo:

Rotura artificial de bolsa:

Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto:

Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas:

Compresión del abdomen en el momento de los pujos:

Episiotomía:

Cesárea:

Raspaje del útero sin anestesia:

2- En el momento del parto:

- a- ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad _____ en _____ esa posición?.....
- b- ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones _____ según _____ tus necesidades?.....
- c- ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?.....
- d- ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.).....
-

3- Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba _____ (que _____ no _____ habías “colaborado”)?.....

4- Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, _____ culpable _____ o insegura?.....

5- ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio que no haya

mencionado?.....
.....

Guía de entrevista:

Nombre:

Edad:

Lugar de parto:

Último parto:

Cantidad de Hijos:

(Siempre que la respuesta sea negativa preguntar su justificación)

1. ¿Cómo consideras que fue la atención de tu parto en el Hospital?
2. ¿En algún momento realizaron algún comentario que te hiciera sentir mal, humillada, incomoda?
3. ¿Lloraste o gritaste y te criticaron por ello?
4. ¿Realizaste preguntas durante el proceso de trabajo de parto, parto y posparto? ¿De qué tipo? ¿En algún momento se negaron a responder? ¿Cómo respondieron?
5. ¿Se dirigían hacia vos de manera personalizada? Es decir, ¿con tu nombre?
6. ¿Pudiste estar acompañada por algún familiar, alguien de confianza, durante el proceso? ¿Lo pediste? ¿Qué respuesta te dieron?
7. ¿Te permitieron tomar agua?
8. ¿Te realizaron rasurado genital o colocación de enema?
9. ¿Te indicaron permanecer acostada durante el trabajo de parto? ¿Estabas cómoda?

10. ¿Te colocaron medicamentos, goteo? ¿Te explicaron para que era?
¿Pidieron tu autorización?
11. ¿Te hicieron episiotomía? ¿Te preguntaron o explicaron para que era?
12. ¿Te realizaron tactos reiterados? ¿Diferentes personas? ¿te negaste?
13. ¿Tuviste algún aborto? ¿Cómo te trataron?
14. ¿Te rompieron la bolsa?
15. ¿Te apretaron el abdomen mientras pujabas?
16. En el momento de los pujos, ¿estabas acostada en la cama? ¿te lo pidieron o lo decidiste vos? ¿te explicaron y dieron la posibilidad de tomar otras posiciones?
17. ¿Cuándo tu hijo/a nació pudiste estar con él inmediatamente? ¿le diste de mamar? ¿estuviste más de 1 hora con él/ella antes de que se lo/a llevaran para los controles de rutina?
18. Durante el proceso, ¿sentiste mucho miedo, inseguridad, mal estar?
19. ¿Te dejaron sola sin asistencia en algún momento?
20. ¿Pudiste bañarte, o acceder a otro tipo de necesidad de higiene, antes o después del parto?
21. Además de lo que hablamos, ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio?
22. ¿Usaron Forceps?

Entrevista a profesionales:

1. ¿Conoce el término Violencia Obstétrica?
2. ¿Y las leyes que la regulan?
3. ¿Considera que en el Hospital existe Violencia Obstétrica?
¿De qué tipo? ¿Cuáles cree que son las causas? ¿Quién es responsable?
¿Podría solucionarse? ¿De qué manera?

4. ¿Cree que las mujeres son conscientes de la Violencia que se ejerce sobre ellas?
5. ¿Han recibido alguna vez denuncias o quejas por Violencia Obstétrica?
6. ¿Ha percibido consecuencias, o algún tipo de secuela en las mujeres o el/la recién nacido/a en un acto de Violencia Obstétrica?
7. ¿Existe la infraestructura y recursos necesarios para cumplir correctamente con las leyes?
¿Por qué? ¿Qué sería necesario?
8. ¿Aquí en el Hospital algún profesional o las mismas autoridades han realizado estudios, estadísticas, o algún tipo de intervención respecto de esta temática?
9. ¿Cree que este tipo de violencia tiene que ver con una posición machista?
¿De parte de los profesionales?
10. ¿Capacita, informan o empoderan a las mujeres embarazadas para el momento del parto?
¿En qué aspectos o temas? ¿Qué resultados producen?
11. ¿Realizan alguna de las siguientes intervenciones de manera rutinaria? ¿Y piden autorización a las pacientes?:
 - ¿Episiotomías?
 - ¿Corte inmediato del cordón umbilical?
 - ¿Revisación y control de rutina al recién nacido inmediatamente después de haber nacido?
 - ¿Utilización de fórceps?
 - ¿Colocación de la vía intravenosa?
 - ¿Colocación de Goteo con Oxitocina?
 - ¿Colocación de peridural?
 - ¿Colocación de otro tipo de medicamento?
 - ¿Rasurado genital?
 - ¿Colocación de enema?
 - ¿Presión en el abdomen durante los pujos?
 - ¿Rotura de la bolsa?

12. Se le permite a la mujer:

- ¿Tomar agua?
- ¿Bañarse?
- ¿Comer?
- ¿Ir al baño?
- ¿Las veces que considere necesario?

13. ¿La mujer puede estar acompañada en todo el proceso de parto?

14. ¿Le ofrecen a la mujer diferentes tipos de posiciones en el momento del parto o le dan la libertad de cambiar de posición?

15. ¿Cuántas mujeres hay en la sala de trabajo de parto?

¿Y en la sala de parto?

16. ¿Hay practicantes o residentes que revisan a la mujer o presencian el parto en grupo? Les piden autorización?

17. ¿Se dirigen a las mujeres de manera personalizada?

18. ¿Cómo son tratadas las mujeres que vienen con un aborto?

Guía de Observación Participante en sala de dilatantes y sala de partos del Hospital Lagomaggiore.

Cantidad de mujeres en una sala:

.....
.....

Presencia de practicantes y residentes:

.....
.....

Trato:

.....
.....
.....
.....

Limpieza:

.....
.....
.....

En el parto presenciado:

Colocación de Oxitocina:

.....

Maniobras de Kristeller:

.....

Rotura de la Bolsa:

.....

Ingesta de líquido:

.....

Ingesta de alimentos:

.....

Acceso una ducha:

.....

Acceso al baño las veces que consideraban necesario:

.....

Deambulaban libremente:

.....

Realización de preguntas por parte de las mujeres:

.....

Entorno:

Sala de trabajo de parto:

.....
.....
.....

En sala de partos:

.....
.....
.....

Pasillos:

.....
.....
.....

Parto:

Libertad de posición:

.....
.....
.....

Episiotomía:

.....
.....
.....

Corte del cordón umbilical:

.....
.....
.....

Revisión del Recien Nacido:

.....
.....
.....

Uso de forceps:

.....
.....
.....

Otras Observaciones:

.....
.....
.....

LEY PROVINCIAL:

EL SENADO Y LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA SANCIONAN CON FUERZA DE

LEY N° 8130-Promulgada el 24 de diciembre 2009

Maternidad y Familia

Artículo 1º: La presente ley será de aplicación tanto en el ámbito público como privado de la atención de la salud en la provincia de Mendoza. Todas las entidades provinciales que presten servicios médicos asistenciales deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en la presente ley.

Artículo 2º: Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

A ser considerada como persona sana, respecto a la situación de su embarazo, parto y puerperio.

a) A tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo acompañada por su familia así como durante el trabajo de parto, parto y cuidados de la persona recién nacida.

b) A ser tratada con respeto en su tránsito por la maternidad, de modo individual y personalizado que garantice su intimidad durante todo el proceso asistencial y teniendo en cuenta sus condiciones psico-socio-afectivas, intelectuales, ambientales y en la diversidad de cultura y creencias.

c) A no ser marginada a causa del embarazo, parto o puerperio.

d) A recibir educación e información sobre:

- Salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

- Embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales en los cursos de preparación tanto para la mujer como para su acompañante (preparto).

- Efectos adversos del tabaco, alcohol, drogas y otras adicciones sobre el niño o niña y ella misma.

- Sobre los cuidados para el crecimiento y desarrollo biológico, psíquico, social y emocional del bebé así como de su plan de vacunación.

- Riesgo de enfermedades infecto contagiosas que puede contraer

- e) A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el control de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto siempre que no requiera de cuidados excepcionales.
- f) A recibir información adecuada sobre los procedimientos y avances tecnológicos tanto diagnósticos como terapéuticos aplicables durante el embarazo, parto y puerperio. En todo momento debe tener acceso a los procedimientos disponibles que se consideren más seguros.
- g) A una nutrición adecuada durante el embarazo, recibiendo todos los nutrientes necesarios para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.
- h) A ser asistida en su embarazo por un sistema de salud adecuado y con las medidas de protección que le garanticen una asistencia sanitaria apropiada para evitar riesgos innecesarios.
- i) A un parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados para su salud o de la persona por nacer.
- i) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- j) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifiesto y por escrito, bajo protocolos aprobados por el Comité de Bioética de la institución que la asiste.
- k) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que la persona recién nacida no requiera de cuidados especiales.
- l) A tener a su hijo o hija en contacto piel a piel inmediatamente al nacimiento en condiciones saludables, durante la primera hora de vida, sin interferencias, facilitando la lactancia materna y el inicio del vínculo temprano madre-bebe-familia, organizador y soporte de la crianza.
- m) A ser animada, sostenida y ayudada a iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto.
- n) A recibir información sobre el uso de la Libreta de Salud Infantil para optimizar la relación entre padres y servicios de salud así como de la referencia-contrarreferencia, cuando se requiera la participación de los distintos niveles de atención en el cuidado de la salud infantil.

Artículo 3º.- Toda persona recién nacida tiene los siguientes derechos:

A no ser discriminada por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras causas.

- a) A su inequívoca identificación.
- b) A ser tratada en forma respetuosa y digna y a recibir los cuidados sanitarios y afectivos que le permitan un óptimo desarrollo físico, mental, espiritual, psíquico, moral y social en edades posteriores de la vida.
- c) A una adecuada asistencia sanitaria. A disfrutar el más alto nivel de salud posible y a tener acceso a los servicios sanitarios y de rehabilitación, especialmente los relacionados con la atención primaria de la salud, cuidados preventivos tanto prenatal como postnatal y a niveles de complejidad creciente según las necesidades de su asistencia.
- d) Al vínculo temprano con su madre a través de un contacto precoz piel a piel en la sala de partos y luego a una interacción continua sin interferencias en internación conjunta y que la misma sea lo más breve posible teniendo en consideración su estado de salud y el de la madre.
- e) A una correcta nutrición que garantice su crecimiento.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifiesto y por escrito de sus representantes legales, bajo protocolos aprobados por el Comité de Bioética de la institución que lo asiste.
- g) A ser acompañada y consolada por sus padres, su familia o adulto competente a cargo.
- h) A tratamientos compasivos cuando no existan alternativas curativas.

Artículo 4º: El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

A recibir información comprensible, suficiente y continua acerca del proceso o evolución de la salud de su hijo o hija incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Dicha información debe ser brindada en ambiente adecuado que respete la privacidad de la circunstancia.

- a) A tener acceso sin interferencias al cuidado de su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita así como a ser partícipe de su asistencia.
- b) A prestar su consentimiento por escrito cuando se pretenda someter al niño o niña a exámenes o intervenciones con fines de investigación. La solicitud deberá

realizarse bajo protocolos aprobados por el Comité de Bioética de la institución que lo solicita.

c) A que se facilite la lactancia materna para la persona recién nacida en riesgo, siempre que no incida desfavorablemente en su salud, previéndose los recursos y servicios necesarios para mantener la producción, conservación y disponibilidad de la leche materna.

d) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña y al seguimiento y soporte necesario para la continuidad de su asistencia en su evolución por la infancia temprana.

Artículo 5º: El Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza será autoridad de aplicación de la presente ley.

Artículo 6º: El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales, de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º: Deróguese la Ley N° 7302 a partir de la vigencia de la presente.

Artículo 8º: La presente ley entrará en vigencia a partir de los 180 días de su promulgación.

Artículo 9º: De forma.

Mendoza, 2008

Cont. DANIEL VILCHES
Diputado Provincial

Artículos Periodísticos:

Mendoza se prepara para poder garantizar el parto humanizado

A partir de la promulgación de la ley N°8.130, todos los hospitales públicos y privados tienen 180 días para ofrecer servicios de Maternidad donde el nacimiento sea más natural y en familia.

19-05-2011

Carina Luz Pérez

cperez@diariouno.net.ar

Sentir al bebé sobre el pecho apenas sale del vientre materno, dejar que la dilatación del canal de parto se produzca en los tiempos que el cuerpo necesite o permitir que el papá asista al alumbramiento son algunos de los derechos que busca garantizar la Ley de Parto Humanizado N°8.130 en hospitales públicos y privados.

La normativa fue aprobada en diciembre del 2009 por la Legislatura, pero comenzó a ser reglamentada por el Ejecutivo provincial desde hace un par de semanas, junto a los autores del proyecto, el diputado Daniel Vilchez, la neonatóloga Susana Lucero y Claudia Majul, miembro del Comité de Lactancia del Lagomaggiore.

Entre las obligaciones que impone la ley, se encuentra la adecuación de los espacios internos para dar lugar a la participación de la familia, como por ejemplo, un sitio específico donde la mamá espere su dilatación acompañada de un ser querido o tener la opción de parir a su hijo sentada en un sillón, en lugar de usar la tradicional camilla horizontal. Por eso, todos los hospitales deberán presentar un plan de refuncionalización dentro de 6 meses, a partir de la promulgación de la norma.

Aunque todavía faltan algunos aspectos que definir en la reglamentación, como por ejemplo quiénes recibirán las quejas por la falta de cumplimiento de esta ley y qué sanciones aplicará el Ministerio de Salud, algunos obstetras del sector público plantean dudas respecto de las posibilidades efectivas de aplicación, sobre todo por el tema costos.

“Qué médico seguirá un trabajo de parto de 12 o más horas, qué lugar vamos a tener para que las mamás puedan estar con sus familias, si las camas se ocupan constantemente”, razonan desde el Lagomaggiore.

Ricardo Landete, subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud, aseguró que en los hospitales públicos no necesitarán de grandes inversiones, sino un cambio de mentalidad de los profesionales.

“No es tanta la inversión edilicia, sino el cambio de mentalidad de los profesionales. Por ejemplo, la anestesia peridural es bárbara, pero si el médico le explica a la mamá las ventajas de tener al niño de forma más natural, seguramente no será necesario colocarla siempre”, explicó. También afirmó que “la reglamentación estará lista en 30 días”.

A la par, la jefa del Departamento de Obstetricia, Mirella Pizeolo, opinó que la ley es el resultado de un proceso que en las maternidades mendocinas venía dándose desde hace tiempo, sólo que ahora fija la obligatoriedad de respetar los deseos de la mamá de forma más categórica.

Otro aspecto más sutil de los nacimientos está relacionado con el uso de sustancias químicas para acelerar el parto como la oxitosina. En este caso, la ley se refiere “a un parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados para su salud o de la persona por nacer”.

El hecho de su incorporación es importante, ya que Argentina tiene una de las tasas más altas de nacimientos inducidos de América Latina, el 80% del total, mientras que lo recomendable según la Organización Mundial de la Salud indica que lo normal es tener sólo 10% .

Página 12

Viernes, 23 de octubre de 2009

LAS 12

Viernes, 23 de octubre de 2009

Peor el remedio

La segunda edición del estudio *Con todo al aire* –impulsado por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar) y Cladem–, que monitorea las buenas (y malas) prácticas en salud reproductiva en hospitales públicos, recoge testimonios sobre la violencia que se ejerce cotidianamente sobre las pacientes, a la vez que hace hincapié en una máxima: un trato respetuoso no es un favor, es un derecho humano.

Por Sonia Tessa



“Una paciente llega a una consulta ginecológica (por derivación) y éste la remite al servicio de salud mental con un grito: ‘Lo que a vos te pasa es que estás vieja y quejosa, andá al psicólogo’.” El testimonio recogido en un seminario realizado en Posadas, el año pasado, se suma a otros del mismo tenor y distinta gravedad. “Acompañé a una vecina ya mayor a la consulta ginecológica y escuché que el médico, después de revisarla, les dijo a otros colegas y estudiantes: ‘Vengan a ver una especie en extinción, una mujer virgen’. Mi vecina no regresó más al médico.” Recogidos en *Con todo al aire 2*, Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos, éstos son sólo botones de muestras de las violaciones a los derechos que se producen todos los días, casi siempre naturalizados por quienes los sufren. Desde la tapa, el libro toma algunas frases que escucharon usuarias de los servicios. “Si te gustó lo dulce, aguantate lo amargo”, le dijeron a una mujer que estaba pariendo. “Yo soy la doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atendete sola”, escuchó otra. Por eso, se acuñó la consigna “un trato respetuoso no es un favor, es un derecho humano”.

El trabajo en esta temática del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar) y Cladem se inició en 2001, y generó un primer informe, *Con todo al aire*, que se presentó en 2003. A partir de aquel trabajo y luego de distintas acciones, en octubre de 2006 se creó el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos, con el apoyo de IWHC (Internacional Women Health Coalition) y Unfpa (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

Aquel primer informe nació por una llamada telefónica a Insgenar para denunciar malos tratos a Romina, una adolescente de 16 años, en el hospital Ganem, de Villa Gobernador Gálvez, una localidad ubicada al sur de Rosario. La chica había llegado al centro de salud luego de dispararse un tiro en el vientre. La joven estaba en su séptimo mes de embarazo, fruto de la relación con un hombre de 33 años que tenía otra familia y le había prometido separarse para formar un hogar con ella. Al enterarse del embarazo, su pareja le dijo que no iba a cumplir con su promesa, ni reconocer la paternidad. Así, la chica volvió a su casa y se disparó. En el hospital, “el personal de la institución se convirtió en juez y verdugo. El relato daba cuenta de insultos, humillaciones y malos tratos por parte de camilleros, mucamas, médicos, enfermeras”, relata el libro presentado la semana pasada en Rosario y Santa Fe. Semanas después, el médico que la había atendido se quejaba de que Romina no había vuelto a los controles. Lo atribuía a la desidia y el abandono. “En ningún momento se le ocurrió conectar el trato que recibió con su decisión de no volver al hospital”, sigue el primer capítulo del libro.

“Creemos que estos malos tratos pueden ser una de las causas del aumento de la mortalidad materna en nuestro país. Los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva limitan la asistencia y consulta de las mujeres y, en algunos casos, la borran del mapa de posibilidades”, continúa la publicación. El Observatorio también difunde volantes que consignan los derechos de las usuarias. “En el ámbito de la salud, ningún trabajador/a tiene derecho a realizar comentarios ofensivos, agresivos, burlones o humillantes”, dice el volante que incluye entre los derechos de las usuarias el “tomar en cuenta las necesidades, dudas y temores, así como los saberes de la mujer sobre su propio cuerpo”.

Lo cierto es el reporte elaborado durante un año y publicado en 2003 fue sólo el punto de partida. La presentación académica del libro era acompañada de una representación teatral, que permitía acercarse al material de una manera más sensible. Enterada del contenido del informe, y ante la inquietud de Insgenar, la decana de entonces, Raquel Chiara, propuso la creación de la cátedra de Salud y Derechos Humanos, todavía vigente en la Facultad de la Universidad Nacional de Rosario. Esta cátedra se convirtió en una de las herramientas del Observatorio, y ahora la intención es que se multiplique en otras universidades del país, en distintas carreras ligadas a la salud.

“En 2004 empezamos con la cátedra, y luego convocamos a un seminario nacional, al que invitamos a trabajadores/as de la salud, referentes de programas y miembros de organizaciones sociales”, indicó Susana Arminchiardi, integrante del Observatorio junto a Susana Chiarotti, Gloria Schuster, Emiliano Casal y Viviana Della Siega. “La propuesta fue ir a distintas provincias. Elegimos a Neuquén y Mendoza por su trabajo en salud sexual y reproductiva, y a Santiago del Estero y Tucumán porque justamente no había nada”, relató Arminchiardi, que es trabajadora social del hospital Roque Sáenz Peña de Rosario.

Una de sus estrategias fue valorar las buenas prácticas, y para eso se ideó el premio Cecilia Grierson, que este año tuvo su segunda edición, en la participación de 69 trabajos de toda América latina (ver en página 11 la entrevista a una de las ginecólogas ganadoras por el trabajo del Hospital Provincial de Neuquén).

Además, el Observatorio cuenta con una página web (www.insgenar.org.ar/observatorio), donde pueden dejarse denuncias, aunque no es una herramienta de uso masivo. Por eso, a las profesionales que integran el Observatorio les quedó picando la experiencia que se realiza en Venezuela, donde hay un 0800 destinado a recibir este tipo de denuncias.

Es que los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva están naturalizados, tanto por las pacientes como por las y los profesionales. En los seminarios, una vez finalizada la obra de teatro o el video, lo primero que aparece es un largo silencio. Después, llega el alivio de poner en común experiencias silenciadas. “Es muy fuerte, pero lamentablemente es la realidad”, dijo una asistente el año pasado, en Posadas. “Yo me reía, pero me pasaban muchas cosas acá (señalando el pecho y la garganta), en verdad yo quería decir muchas cosas, en primer lugar que todo lo que se mostró es verdad y me ha pasado”, fueron las palabras de otra asistente, en Corrientes, en 2007. Para Arminchiardi, una de las expresiones más llamativas fue la que escuchó de las supervisoras de Enfermería del Baigorria. “Pensar que nosotras hacemos esto”, dijeron al terminar de ver el video. Por eso, la apuesta es convocar a alumnos de las carreras de salud, a usuarias y a trabajadores/as de la salud. “Este es un trabajo entre todos. No sirve sólo que las usuarias reconozcan sus derechos, si en los centros de salud, los que deben brindar el servicio no están sensibilizados y cambian sus prácticas”, consideró la trabajadora social, y apuntó que “se produjeron algunos cambios, pero tenemos que seguir trabajando. Si hay una mujer vulnerada en sus derechos, maltratada cuando concurre al servicio de salud, el trabajo debe continuar”.

- Artículo Página/12.

21 de Diciembre de 2003

Sociedad

UN INFORME REVELA LA VIOLENCIA QUE SUFREN LAS MUJERES EN LA MATERNIDAD DE TUCUMAN, LA MAS GRANDE DEL PAÍS

Parir en el infierno

Les gritan, las humillan y hasta las manosean, relatan pacientes y estudiantes que allí hacen prácticas. A veces, las parturientas tienen que compartir la cama. Las tratan, literalmente, como un número. En ese contexto, nacen por día 40 chicos de sectores populares de Tucumán y provincias aledañas, según un impactante estudio al que tuvo acceso exclusivo Página/12.

Por Mariana Carvajal

La Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, de la ciudad de Tucumán, la más grande del país por cantidad de partos, donde nacen 40 chicos por día de todo el noroeste argentino, esconde una cara siniestra: violencia física, verbal y simbólica hacia las parturientas; una superpoblación que lleva a que, en ocasiones, dos mujeres tengan que compartir una cama; una estructura edilicia de 6 pisos sin señalización clara, que obliga a las pacientes a deambular, subiendo y bajando escaleras, con la panza a punto de estallar; y un régimen deshumanizado que prohíbe a las mujeres parir acompañadas por un familiar y llega a tal extremo que las trata literalmente como un número: sólo en un servicio se atiende a las pacientes por su nombre.

Además, está superpoblada y tiene apenas una enfermera por cada 15 niños internados en la guardia. La descripción surge de una impactante investigación, financiada por el Consejo Nacional de la Mujer, a la que tuvo acceso Página/12, sobre una Maternidad que es sede de cátedras universitarias y a la vez, el centro de mayor complejidad en el área tocoginecológica y neonatal del NOA y de América latina. “Me trataron como a una vaca”, sintetizó una mujer de un barrio tucumano su experiencia en la Maternidad. “Una vez me levanté al baño y cuando volví la cama se la habían dado a otra señora (...)”, contó otra a las investigadoras.

Las parturientas no son las únicas que reflejan la violencia institucional. La misma visión dieron estudiantes de Medicina que hicieron allí sus prácticas en el último año: “El maltrato que se brinda a las pacientes es injustificable”, afirmó uno de los jóvenes. “Aprendí mucho en Obstetricia pero me dolió ver cómo los médicos insultan, gritan y se burlan de las pacientes ...”, denunció otro y un tercero, concluyó: “Aquí se hace mala praxis, nos enseñaron lo que no hay que hacer”. En

este contexto inician su vida la mayoría de los chicos tucumanos. El futuro que les depara no será mucho mejor: uno de cada 4 menores de 6 años hoy sufre algún grado de desnutrición.

Una mujer que fue paciente de la institución dio su testimonio para la investigación y contó:

–Yo estaba por tener y la enfermera me dijo: ‘espere estoy merendando’, bueno yo espero (...) al rato iba y me decía: ‘espere, que va a tener a las 12’. Yo estaba enojada porque yo sé cuándo lo tengo que parir. Lo tuve sola. No tuve ayuda de nadie, en la cama lo tuve, hasta que llegó otra enfermera y me higienizó. Cuando volvió la primera enfermera, que estaba sentada por los pasillos, me dijo: ‘pero (...) vos tenés que avisar, ¿vos qué pensás? ¿cómo vas a ensuciar la cama así?’”.

Otra usuaria de la institución señaló:

–Al menos te atienden cuando gritas...

Saturada

La investigación tuvo como propósito analizar los procesos de producción y reproducción de la violencia institucional en la Maternidad más grande del país: allí se practican anualmente alrededor de 14.000 partos, “con escasa estructura edilicia como de recursos humanos y técnicos”, según concluye el informe. La cantidad de partos duplica el número de la Maternidad Sardá, la más concurrida de la ciudad de Buenos Aires, donde diariamente un promedio de veinte parturientas dan a luz.

El flujo de pacientes supera ampliamente la capacidad de la Maternidad tucumana. “Tres mil partos al año sería lo ideal.

Con 4000 ya está excedida. Es una institución saturada. La superpoblación, sin dudas, atenta contra las prácticas médicas y también entorpece la vida cotidiana en la institución”, señaló a Página/12 la antropóloga Patricia Arenas, de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). La Maternidad es, por otra parte, sede de una residencia de tocoginecología, y de cátedras de ginecología y de obstetricia de la Facultad de Medicina de la UNT.

El estudio fue realizado por un equipo encabezado por Arenas y Rosa Isac, trabajadora social de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, desde la ONG Nueva Ciudadanía, que preside Virginia Franganillo, en el marco de un proyecto del Consejo Nacional de la Mujer, financiado por el Banco Mundial. También trabajaron la psicóloga social Luisa Vivanco y María Eugenia Rodríguez. Del estudio surge que “los derechos sociales en general y los derechos particulares de las mujeres no son respetados en la Maternidad”, advirtió Franganillo en diálogo con Página/12.

“En ningún caso parece haber un espacio para que las mujeres ejerzan el derecho de decidir sobre su propio cuerpo”, puntualizó Arenas, quien es, además, coordinadora del Grupo Interdisciplinario de Arqueología y Antropología que colabora con la Justicia en la búsqueda de restos de desaparecidos en Tucumán.

Una internación traumática

Franganillo explicó que se trata de una investigación “cualitativa” basada en testimonios de usuarias, profesionales y autoridades de la Maternidad recabados durante este año. Las investigadoras realizaron grupos focales con unas 60 mujeres de 18 a 50 años de barrios populares de la ciudad de Tucumán y el Gran Tucumán que dieron a luz allí. También con psicólogas residentes del Servicio de Prevención del Embarazo, con trabajadoras sociales y con médicos de distintos servicios. Además, hicieron entrevistas en profundidad a 15 profesionales de distintas áreas, desde el director y la directora de la Maternidad, Manuel Pérez Gorena y Rosana Chala, hasta jefes de Salas de Partos, neonatólogos y obstetras.

Los testimonios de las mujeres que fueron pacientes de la Maternidad son coincidentes: describen su paso por la institución como “traumático”. En sus reflexiones y significaciones aparecen el maltrato, la incomunicación entre los médicos y ellas, la violencia física y simbólica que sufren y el temor de estar internadas allí.

Una mujer que tomó la decisión de desinternarse, describió:

–Era como un lugar (en el) que no había nadie y si te duele algo tenés que decirle al enfermero y tampoco te hacen nada y si jodés mucho ya te retan.

Otra mujer contó:

–Para llegar al baño es un tirón larguísimo, te levantan a las cinco de la mañana para higienizarte ... vos estás débil y tenés que ir hasta ahí... para llegar tenés que pasar por una sala, un pasillo, otro pasillo, la enfermería y recién ahí llegás al baño.

El testimonio de otra de las mujeres revela la anarquía reinante:

–Una vez yo me levanté al baño y cuando volví la cama se la habían dado a otra señora ...

En el informe final, las investigadoras describen que “constantemente” se ve a las mujeres deambular por los pasillos buscando algún médico o servicio. Esa situación se agrava si se tiene en cuenta que muchas de las mujeres son analfabetas o analfabetas funcionales a punto de parir y que la señalización es “confusa y heterogénea”, según denuncia la investigación. El edificio, ubicado en Mate de Luna y 12 de Octubre, a diez cuadras de la gobernación, tiene un solo ascensor que funciona.

Sólo un número

De acuerdo con el relato de las pacientes, el maltrato comienza apenas ingresan a la Maternidad:

–Llegás a la mesa de entrada, a la guardia, te dan la ficha... te preguntan para qué... a veces te dan el turno, a veces el de guardia está en el bar o durmiendo y tenés que esperar... a veces te vas sin tu ficha a la sala de parto y la partera la encontrás con todo su día... con toda su idiotez y te hace bajar para que la busques... tenés que bajar la escalera con el trabajo de parto que no aguantás más –relató una de las mujeres que participaron de los grupos focales.

Otro hecho considerado violento por las parturientas es el de “compartir la cama”:
–Una noche entró de urgencia una chica, la pusieron en mi cama... era de Amaicha, volaba de fiebre, me enojé mucho porque tenía fiebre... yo llamaba a la enfermera, me cansé de llamarla, pero no venía... por conciencia y por humanidad le di mi cama. Esa noche no pude dormir, me la pasé sentada. Nadie podía dormir de costado en las camas rechiquitas -relató otra mujer.

La relación entre las pacientes y el personal médico se caracteriza por “la falta de diálogo, por la asimetría, por el reforzamiento del poder médico”, señala el estudio, realizado desde la ONG Nueva Ciudadanía. Estos vínculos no dan lugar a la retroalimentación, ni a un reconocimiento de las necesidades cotidianas que tienen las mujeres. Las mujeres son miradas desde una concepción de “género convencional” como meros sujetos “biológicos”, apuntan las investigadoras. Un cartel colgado en una de las paredes de la Maternidad reafirma esta concepción. “A cada cual le toca su TE-TI/ La vaca alimenta al ternero/ La yegua al potrillo/ Y la mujer al bebé”. Otro cartel señala: “De la fábrica... al consumidor”. En este texto, hay una imagen de una mamá que representa la “fábrica” de lácteos y un “bebé” en posición de consumidor.

Las investigadoras destacan que cuando se le pregunta a una usuaria de la Maternidad qué médico la atendió, no sabe contestar. “No me mira”, “no me escucha”, “no me explica”, dijeron las mujeres sobre los médicos que las atienden. “Acá se las trata como un número”, reconoció una asistente social. Esta situación fue revertida en uno de los servicios en donde se identifica a las mujeres que se atienden por su nombre, destaca el estudio, pero se trata de “la estrategia de un servicio y no de una política consensuada en la institución, ni de una necesidad de los Equipos de Salud”.

“Bien que te gustó”

La violencia verbal de parte del equipo médico no es inusual y se ejerce especialmente con madres-niñas y jóvenes y con mujeres de edad adulta, describe la investigación. Para las mujeres entrevistadas, se trata de una forma de castigo. Son

corrientes frases del tipo: “abrí las piernas y callate... bien que te gustó”; “lo hubieras pensado antes”; o “eh, sucia, andá a bañarte que tenés olor...”.

Una mujer recordó:

–Yo era madre soltera, era un embarazo no deseado, no sabía qué hacer, estaba sola, preocupada, y las enfermeras te machacaban y ‘si te ha gustao no te vengas a quejar’. Yo me imaginaba que iba a estar sola, que me iban a maltratar.

Otra situación consideraba violenta por las usuarias de la Maternidad es el régimen de visitas, que es de 11 a 15.

Durante ese horario las mujeres están acompañadas por sus familias, pero, fuera de él, están solas. Es decir –dice la investigación–, si una mamá se interna a las 16 horas de un día, sus familiares podrán conocer sobre su estado de salud y/o si se ha producido el parto, recién al otro día a las 11.

–Lo feo es sentirse sola, es muy feo, uno necesita del otro, de la familia –confió una mujer.

–Se siente angustia de no tener a nadie... uno se siente abandonado -apuntó otra.

Una obstétrica admitió la existencia de abuso físico en la forma de “manoseo” sobre todo a pacientes jóvenes.

–Yo iba con miedo, era primeriza, me pusieron en una cama con goteo, todas las mujeres que iban llegando iban pariendo, yo veía todo. Los médicos y practicantes pasaban y enfrente mío, delante de mí, uno le cacheteó la pierna a una mujer y le metió la mano entera... no grites ... y le cacheteaba la pierna. Yo estaba muda, no me movía, quietita –relató una mujer en un grupo focal.

La violencia ejercida en diversas formas, descriptas por las mujeres atendidas en la Maternidad, coincide con la impresión que se llevaron estudiantes de Medicina que hicieron sus prácticas en 2003. Una médica de la institución los encuestó y entre sus respuestas aparecen las siguientes afirmaciones:

u “Es sucia. Me dejó la imagen de lo que no hay que hacer”.

u “El ambiente es hostil”.

u “La actividad que realizamos es buena pero maltrata mucho a las pacientes”.

u El maltrato que se brinda a las pacientes es injustificable”.

u La sobresaturación de la sala de partos hace que la atención no sea adecuada”.

u “Aprendí mucho en Obstetricia, pero me dolió ver cómo los médicos insultan, gritan y se burlan de las pacientes porque no los filman, nadie los controla”.

u “Deben humanizar a los residentes en el trato a las parturientas, ya que en la mayoría de los casos fue muy malo, llegando a tal punto que deben plantearse si realmente alguna vez atenderían así a algún familiar suyo”.

u “Aquí se hace mala praxis, nos enseñaron lo que no hay que hacer”.

Una violencia institucionalizada

Pagina 12 Viernes, 23 de septiembre de 2011

En Argentina existen experiencias con parteras tradicionales a quienes se les dan herramientas para que puedan convertirse en vínculo efectivo para el acceso a la salud integral. Sin embargo, la rutina habitual que se pone en práctica en la mayor parte de las instituciones públicas o privadas redundando en violencia contra las mujeres y sus hijos o hijas. Existen al menos dos leyes para prevenir esta violencia, pero su cumplimiento es prácticamente nulo.

Por Flor Monfort

En la Argentina, los partos respetados representan un porcentaje ínfimo de los partos totales que ocurren y en general se dan por fuera de la institución médica, donde el parto se reduce a un acontecimiento médico que debe apurarse, acallarse, resolverse con la premura con la que se cose una herida abierta o se frena una hemorragia. Frases como “callate mamita” o “si te gustó el durazno ahora báncate la pelusa” forman parte de un imaginario que se hace eco en hospitales públicos y clínicas privadas, casi como un mantra que implica el aprendizaje de la tarea. Para Raquel Schallman, partera con 27 años de experiencia, allí radica una de las trampas del sistema que reproduce la violencia obstétrica. Los y las médicos y las parteras aprenden el oficio en el hospital público. “Hace 70 años las mujeres parían en su casa o en la de la partera, eso de los partos institucionales apareció después. El parto era una instancia fisiológica, como hacer el amor, como menstruar, así que ir al hospital no tenía ningún sentido. En la institución se diluye todo: el deseo, el amor, el placer, pero la institución diluyendo eso te garantiza que si hay un ‘quilombo’, entre todos se van a ocupar de hacerlo desaparecer”, explica.

Pero no es el hospital público en sí el problema sino el modo en que se institucionalizaron ciertos protocolos de atención. El hospital podría (y debería, por ley ya sancionada) garantizar el espacio y el tiempo para un parto respetado. De hecho, las guardias se extienden por 24 horas y quienes las cumplen no se retirarán antes por más que aten a las mujeres a una camilla, les pongan suero o drogas para apurar el proceso. “Pero en el hospital el aprendizaje se da por uso y costumbre. Los médicos quieren aprender a hacer cesáreas porque saben que programar un día de agenda es mucho más fácil que esperar y asistir a un parto vaginal. Una obra social le paga a un médico una suma equis de dinero (no mucha) por parto, pero si ese médico tiene la posibilidad de agendarse tres cesáreas en un día, no tiene contratiempos, se asegura una cantidad de cesáreas por mes y hace una suma de dinero, pero para eso tiene que aprender a hacerlo, y eso lo hace en el hospital público, con las mujeres más vulnerables, menos informadas de sus derechos”, dice

Schallman. En los hospitales, el índice de cesáreas es del 35 por ciento, en instituciones privadas el porcentaje oscila entre el 70 y el 80 por ciento. La OMS establece que cuando una mujer ha tenido una cesárea lo más seguro es intentar un segundo parto vaginal, pero es muy común en nuestro país que después de una cesárea la mujer quede condenada a una nueva cesárea.

En cuanto a las parteras, ellas son profesionales de la salud con matrículas médicas que obtuvieron una licenciatura, el paso por la instancia formativa las provee de una cantidad enorme de información técnica, pero la información práctica, emocional de respeto a la fisiología del parto es mínima: se pone el acento en ser la ayudante del médico y se ignora el proceso que atraviesa una embarazada desde lo emocional. Los partos domiciliarios y los equipos que los llevan a cabo dan cuenta de las enormes diferencias, para empezar, en la cantidad de partos que atienden. Mientras una sola partera en un hospital puede atender entre 80 y 90 partos por mes, una partera que trabaja a domicilio no debería exceder los dos partos en el mismo lapso, por el nivel de entrega física, de tiempo propio y emocional que requiere.

El marco legal para este nivel de violencia está contemplado en la ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. La ley tiene un apartado sobre violencia obstétrica donde establece que es 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” en consonancia con la ley de parto humanizado, sancionada en 2004. Ambas leyes refieren que el incumplimiento de las obligaciones de respeto, información y cuidado merece sanciones civiles y penales, pero los procedimientos están tan naturalizados que ambas leyes no se cumplen. Vale destacar el caso de Perla Pascarelli, quien sufrió la amputación de sus cuatro miembros en el Hospital Durand en 2007 por una mala praxis durante una cesárea y fue sistemáticamente enviada a su casa durante tres semanas cuando refería dolores insoportables después de la intervención. Pascarelli tenía una gasa adentro del cuerpo, que provocó una infección que se diseminó en todo su cuerpo. Hasta que entró en coma y su marido tuvo que pedir la amputación para salvarle la vida. Todos los médicos procesados por esta causa siguen atendiendo partos todos los días en el mismo hospital. Ningún juez ni el Gobierno de la Ciudad tomaron cartas en el asunto de un caso absolutamente extremo. Todo lo demás que se pueda reclamar cae en el agujero de la exageración femenina, el reclamo absurdo, no contemplado, no escrito. La ley no se cumple ni se conoce.

Por supuesto que no todas las mujeres pueden tener partos domiciliarios (ni tienen por qué), sino solo una parte de población privilegiada económicamente.

Los procedimientos invasivos durante el proceso de parto y nacimiento no los sufren sólo las parturientas. La rutina con los bebés incluye pincharlos tres veces, ponerles gotas en los ojos, pesarlos en una balanza fría. “La mamá y el bebé tienen una producción de hormonas y un proceso metabólico tal que los va preparando para este momento de separación. Si hacés una cesárea programada, es como si a las 3 de la mañana te sacaran del cuello al aire de la Antártida, porque la diferencia de temperatura es brutal. Pero además todo el cóctel de hormonas que ambos tienen naturalmente para ese momento se frena, hay una ruptura terrible”, describe Schallman, quien reconoce que el caso de Juana Viale marcó un antes y un después en algunas pocas pero valiosas decisiones institucionales que se habían tomado, por ejemplo en el Sanatorio Anchorena. Desde hace algunos años, existía allí habitaciones para parir como en casa. “Nosotras nos pusimos muy contentas, pero el primer parto que hubo ahí de esas características fue complicado. Todo lo que hay en la sala de partos lo trasladaron a la habitación, con el ruido que eso significa, arrastrando cosas, charlando, etc. Sin clima de intimidad. Pero a partir de la historia de Juana Viale, cerraron el área de parto respetado.” En el Sanatorio de la Trinidad, los especialistas como Schallman saben que existía un mayor respeto y espacio para profesionales con otra mirada, pero luego del caso Viale, que justamente ocurrió allí, se determinó que a toda mujer que entra con contracciones o ruptura de bolsa se le pone un suero y un monitoreo: “Un suero implica que no te podés mover, y un parto es movimiento. Una mujer pariendo en movimiento es el poder más grande que existe. Una mujer que se mueve, grita, se agacha y para donde se le da la gana, tiene todo el poder. Yo creo que eso es lo que el patriarcado desde hace 4 mil años está tratando de aplastar. Cuando los médicos te hacen una cesárea te roban el parto, o cuando te encajan una peridural para que no sientas nada, también te roban el parto. Pero no se lo pueden apropiar, porque a ellos no les pasa en su cuerpo”, dice.

Sandra La Porta, la partera que iba a asistir el parto de Juana Viale, trabaja en el equipo de Schallman y asiste partos en la Trinidad. Ella, junto con el obstetra Guillermo Lodeiro, iban a atender el tercer parto de la actriz pero no de manera domiciliaria, como se dijo. Para Schallman el error se debió a que La Porta atendió un año atrás otro parto mediático, el de la actriz Carla Conte, quien se hizo militante del parto respetado y lo mencionó en las notas que le hicieron cuando nació su hijo. “Es interesante que los medios hayan unido todo cuando Juana Viale venía de un segundo parto muy complicado y nunca habló de un parto en su casa. Todo ese circo mediático hizo que se restrinjan las condiciones en estas dos instituciones, además de un montón de otras cosas que no se pueden calcular ni prever pero, sin duda, implican un reforzamiento de que el parto es un evento médico que debe tratarse como una cirugía mayor”, concluye.

Modelo de Plan de Parto

Buenos Aires, De..... de 2012

Al Director Médico del Sanatorio ...Dr.

Ó Al Director del Hospital.....Dr.

Cc. Al Jefe del Departamento de Salud Materno Infantil

al Jefe de Obstreticia

y al Jefe de Neonatología

Por medio de la presente, me dirijo a Ud. con el objeto de dejar constancia que: encontrándome embarazada de ..., con fecha probable de parto ... Por medio de la presente, me dirijo a Ud. con el objeto de dejar constancia que: encontrándome embarazada de, con fecha probable de parto, en pleno uso de mis facultades mentales y emocionales, y habiendo tomado conocimiento de las condiciones en que actualmente se desarrolla la atención y cobertura sanitaria del parto y el nacimiento, quiero exponer las condiciones en que deseo que se desarrolle mi trabajo de parto, parto y nacimiento de mi hijo y post parto.

Las siguientes condiciones no son sólo son el resultado de mis propias creencias y deseos sino que, como es de público conocimiento, son avaladas por nuestros derechos constitucionales: Constitución Nacional: Capítulo 1 Derechos (Art. 4, 7, 11 y 19), Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 19 y 25.2), Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Art. 2d, 12 1 y 2), Convención sobre los Derechos del Niño (Art. 24), Convención Americana sobre Derechos Humanos- Pacto de San José de Costa Rica (Art. 5, 11 y 19); así como también:

Ø La Ley Nacional de Derechos en el Nacimiento N° 25.929

Ø La Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud de la Nación Año 2004 con Resolución Ministerial N° 647/2003,

Ø Y cualquier otra Ley Provincial u Ordenanza Municipal

Y en el ámbito internacional por países como Francia (Decreto Ministerial 83-24, del 1 de agosto de 1983, sobre maternidad.), Italia (en la Ley del Consejo Regional del Lazio del 14 de Marzo de 1984, acerca de “Nuevo derechos de la mujer y el niño recién nacido”, por ejemplo.

Todas las condiciones que pasare a enumerar han sido publicadas y reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia Internacional de Fortaleza, Brasil, entre el 22 y 26 de Abril de 1985 en forma de 21 Recomendaciones, actualizadas en Cuidados en el Parto Normal: Guía Práctica de 1996 y Principios de Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto del año 2001

Teniendo en cuenta que la jurisprudencia actual valoriza la libertad del paciente respetando su voluntad y autonomía, asegurando a éste el derecho de auto-determinación cuando una decisión médica lo involucra, aún con riesgo de vida por su elección.

El consentimiento clarificado está contemplado en la Ley 17.132, Art. 19, inciso 3 de ejercicio profesional, que dice:

"Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por accidentes, tentativas de suicidio o delitos. En operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del paciente salvo cuando la inconsciencia o alienación o gravedad del caso no admita dilaciones. En los casos de incapacidad los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz".

A continuación paso a enumerar las condiciones en que deseo transcurra mi trabajo de parto, parto, nacimiento y post parto:

1. Deseo ante todo que se respete mi integridad física y que se contemple mi necesidad de intimidad y mi pudor.
2. Deseo no ser considerada una enferma. Un parto y un nacimiento son procesos fisiológicos para los que los seres humanos estamos capacitados innatamente.
3. Deseo estar acompañada por una persona de mis afectos, en este caso mi esposo o mi madre o una amiga (si ya sabemos quien es lo aclaramos), en todo momento

y que esta no sea demorada y separada de mi para realizar trámites de ingreso u otros requerimientos. Por lo que solicito que los mismos se realicen con anterioridad.

4. Desde el momento de mi ingreso hasta el alta solicito ser atendida y/o examinada únicamente por una única persona (partera ú obstetra) mientras dure su guardia. No quiero ser objeto de estudio de practicante alguno. (para Hospital Público ó Clínica Privada con Sistema Cerrado)

4. Desde el momento de mi ingreso hasta el alta solicito ser atendida y/o examinada únicamente por mi partera y/o mi obstetra. (para Clínica Privada con Sistema Abierto)

5. En cuanto a las prácticas y procedimientos rutinarios solicite que **NO SE ME REALICEN** los siguientes:

- El rasurado de mis genitales

- No se me administre enema alguno.

- No se me coloque una Vía Externa preventivamente.

- No se restrinjan líquidos y/o alimentos.

- No se realicen tactos varios y por distintas personas. Que estos sean los estrictamente necesarios. (para Hospital Público ó Clínica Privada con Sistema Cerrado)

- Se realicen monitoreos electrónicos continuos. Usar únicamente el estetoscopio fetal o Corneta de Pinnard para monitorear la frecuencia cardíaca fetal de manera intermitente (no continua).

- No se me administre Oxitocina Sintética ó Prostaglandinas Vaginales

- No se me realice desprendimiento de membranas para acelerar el trabajo de parto.

- No se rompan las membranas artificialmente para acelerar el trabajo de parto

- No se limiten mis movimientos
- No se me obligue a adoptar alguna postura en especial en la dilatación o el expulsivo.
- No ser colocada en posición de litotomía (acostada boca arriba).
- No se realice dilatación manual del cuello del útero.
- No se realice masaje ni estiramiento del periné.
- No se me administren anestésicos o analgésicos si no los solicito.
- No se me administre anestesia local preventivamente para una posible episiotomía
- No se me realice una episiotomía de rutina.
- No se me extraiga manualmente la placenta, esperar el tiempo necesario para que sea expulsada naturalmente.

6. En todo momento deseo que:

Se facilite mi participación activa como protagonista de mi parto y de mi acompañante.

Elegir libremente como transitar el trabajo de parto: caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, etc.

Se respete la posición que elija durante el trabajo de parto y el parto sin que se me imponga una postura determinada en la dilatación o en el expulsivo.

Poder expresar libremente mis emociones: jadeando, llorando, gritando, riendo, cantando, etc.

Utilizar métodos no farmacológicos de alivio del dolor como: masajes, relajación, respiración, acupuntura, etc.

Que se respete el tiempo que necesito para parir y del mi hijo para nacer, incluido si preciso una pausa entre dilatación y expulsivo (o si éste dura mas de 1 hora.)

El ambiente en sala de partos de intimidad, silencio y respeto por lo que sólo deseamos que ingresen los profesionales estrictamente necesarios, que la luz sea tenue, que la temperatura sea la adecuada para recibir a mi hijo (mayor a 26 grados), poner música si lo deseo, utilizar aromaterapia si lo deseo, etc.; y que se eviten todo tipo de interferencias visuales, auditivas o burocráticas respetando mi estado de introspección.

Se respete mi tiempo para la expulsión de la placenta y esta me sea entregada si así lo deseo.

En caso de Operación Cesárea, que mi acompañante y una partera estén en el quirófano conmigo.

Si es una cesárea que la incisión sea transversa suprapúbica (Pfanenstiel)

7. Respecto a la llegada de nuestro/a hijo /a a este mundo deseamos que:

Se respete su tiempo para nacer, y su capacidad de rotar y salir por sí mismo.

Una vez nacido se lo coloque inmediatamente encima de mí, se lo seque y se nos cubra a ambos con una toalla seca o manta para que no pierda calor.

El cordón umbilical sea cortado por uno de nosotros únicamente cuando éste haya cesado de latir.

No sea apartado de nosotros en ningún momento. Los controles se podrán realizar con el bebé encima de mi pecho.

No se le realice aspiración de la vía aérea ni exploraciones esofágicas ni rectales mediante la introducción de sondas.

No se le coloquen gotas de nitrato de plata en los ojos. sino un antibiótico "Eritromicina" que cumple la misma función y después de las primeras horas para no perturbar el contacto visual.

Le sea suministrada la vitamina k vía oral. Comprometiéndome a completar el plan una vez de alta.

No se le administre vacuna alguna sin nuestro consentimiento.

El baño se lo daremos nosotros cuando lo consideremos oportuno por lo que solicitamos se nos facilite gasas y agua tibia para limpiarlo.

Sea pesado y medido horas después del nacimiento siempre con nosotros presentes.

No reciba suministro alguno de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes. (si la madre desea que su hijo/a utilice chupete puede especificarlo para no recibir presiones en contrario)

Que se respete su tiempo para iniciar la lactancia naturalmente

En caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial por alguna complicación o patología nuestro hijo/a estará las 24 horas con alguno de nosotros dos. Sea cual fuere el procedimiento que deban realizarle. Y se lo alimentará únicamente con leche materna.

Si por algún motivo mi hijo/a debiera necesitar tiempo en incubadora deseamos utilizar el método “mamá canguro” y no la incubadora.

Sea identificado únicamente con las pulseras pues en ningún momento se separará de su familia.

Solicitamos que se le realice el examen del FEI a los 48 – 72 horas de nacido puesto que en Argentina es Ley.

8. Durante mi estadía en la institución deseo que se respete nuestra intimidad y necesidad de descanso.

Por último solicito se responda por el recibimiento de esta nota, por la misma vía que se ha recibido la presente y **LE SEA COMUNICADO TEXTUALMENTE AL PERSONAL DE LAS AREAS INVOLUCRADAS.**

Sin otro particular, y agradeciéndole desde ya su disposición y atención lo saluda a Ud. muy Atte.

Firma:

Nombre y Apellido:

Nº y Tipo Documento:

Obra Social ó Prepaga:

Nº de Afiliado:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono:

Domicilio:

Fecha actual:

Palabra de Mujer



Responsables: Teresa Sosa y Layisse Cuenca / teresosa@cantv.net / layisse@cantv.net / Año 19 Nro. 800
Colaboradora Especial: Dra. Gloria Comesaña Santalices.

Parir a su descendencia

El momento de mayor indefensión en la vida de una mujer

En las últimas décadas, Marbella Camacaro, profesora titular de la Universidad de Carabobo, ha investigado sin descanso sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Durante los últimos años ha recolectado e interpretado los datos sobre el parto de la mujer obtenidos mediante un trabajo de campo que recoge en su obra "La Obstetricia develada: otra mirada desde el Género", sobre la cual versa la edición de hoy

■ Gloria Comesaña Santalices*

Por primera vez en Venezuela, se plantea un trabajo de esta naturaleza, y desde la única perspectiva posible: la mirada feminista a través de la metodología de género. Y decimos la única perspectiva posible, porque obviamente, desde la profesión médica, un discurso y un análisis de esta naturaleza serían poco menos que imposibles, siendo la institución médica una de las más cerradas a toda crítica o autocrítica, lo cual rodea todos sus actos casi de una conspiración de silencio que nadie se atreve a romper.

Por eso este libro es tan importante, puesto que desmonta un discurso, el de la medicina obstétrica en este caso, y nos obliga a ver de frente algo que la mayoría prefiere soslayar: que el poder del que disfrutan los médicos/as, en este caso la rama de la obstetricia, se asienta y hace posible gracias al patriarcado.

De la experiencia de la mujer y de su conocimiento auténtico sobre lo que sucede en su cuerpo, la medicina oficial, patriarcal, hace caso omiso, puesto que a las mujeres sólo se les concede la palabra en este terreno, si son médicas, y si repiten a pies juntillas el discurso único autorizado.

Por otra parte, nos dice nuestra autora, desde la mirada científica y organicista del discurso médico obstétrico, las mujeres son vistas fundamentalmente desde una perspectiva biologicista como seres fundamentalmente sexuales, cuya función principal en este mundo, consiste en concebir y parir

Violencia obstétrica

Por otra parte, y si bien es cierto que los/as médicos/as en general, se consideran dotados de una autoridad absoluta que derivaría de su saber, razón por la que se sienten superiores a sus pacientes, y con derecho a tratarlos/as, con altanería, groseramente a veces, o como si fuesen infantes, esto se agrava en el caso de la relación entre el/la médico/a



Marbella Camacaro

y la mujer, que particularmente durante el embarazo, y sobre todo en el parto, se encuentra en una situación de absoluta vulnerabilidad. Todas conocemos historias de mujeres que han sido maltratadas verbalmente por su médico/a cuando no han sido agredidas incluso físicamente.

Camacaro muestra los avances que en materia legal ha habido en nuestro país, a pesar de los cuales, la situación de las mujeres en general, y muy en especial en el caso que nos ocupa, no ha cambiado mucho, porque, además de que las leyes o normas no se cumplen, por falta de medios, por desinterés, o por desconocimiento, en el campo de la atención obstétrica es preciso vencer siglos de comportamientos anquilosados, y deshacerse de una ideología patriarcal que ve a las mujeres como objetos pasivos del discurso omnisciente de la medicina, que según sus detentadores no amerita ningún cambio ni corrección.

Un punto culminante de la propuesta teórica de Camacaro es el que se refiere a la construcción socio-histórica de la identidad femenina por parte del discurso médico, académico y oficial. Haciendo un recorrido histórico, nuestra autora nos muestra cómo a mediados del siglo XIX, la atención del embarazo, del parto y del puerperio, les fue arrebatada a las mujeres para convertirlas en un acto medicalizado, que debe ocurrir dentro de la institución hospitalaria y bajo un control médico homogéneo, donde la mujer es además desposeída de su cuerpo y de su dignidad como persona.

Camacaro destaca cómo desde la consciencia adquirida a partir de la Teoría feminista, las mujeres investigadoras de estos temas, hacen un verdadero trabajo militante, al mostrar cómo en cada período histórico, apoyándose en la religión, o en la ciencia o en ambas, de lo que se ha tratado es de convencer a las mujeres de que son seres débiles, inferiores, destinadas a soportar la carga de la reproducción de la especie, y que además, deben estar agradecidas cuando las instituciones médico-hospitalarias, se apropian de sus cuerpos y de los de sus hijos/as, so pretexto de ayudarlas a llevar adelante eficazmente sus embarazos y partos, por el mejor bien de la humanidad, que es el señuelo con el cual elevan a la función maternal a un ritual en el cual ninguna humana real puede estar mucho tiempo.

Poder y medicalización

El punto álgido se alcanza en el capítulo titulado: "Deconstruyendo los simulacros hegemónicos", en el cual la autora muestra y demuestra lo que constituye el punto central de su investigación: la forma en que la medicalización excesiva de la vida humana, y particularmente de los procesos de las vidas reproductivas de las mujeres, que no sufren de ninguna patología (menopausia, menstruación, embarazo, parto, lactancia), las somete a procedimientos y tratamientos que traen consigo secuelas negativas para su salud, debido a los tratamientos en sí mismos, pero también porque, al tratarlas como enfermas, las mujeres ven reducidas sus posibilidades "de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica, y hasta cotidiana."

A partir de allí Camacaro va desgranando la terrible letanía de las entrevistas a obstetras, residentes y pasantes, que muestran cómo, en los hospitales públicos, las mujeres, desde que llegan a parir, son atrapadas en un protocolo en el cual son tratadas como meros cuerpos que son manejados y manipulados siguiendo unas normas estrictas.

En ellas, poco cuenta la identidad de la persona, sus necesidades, su propio proceso en el acto de parir, y su derecho a no sufrir tratamientos o prácticas innecesarias, en medio de los cuales, además, las mujeres no pueden ni siquiera ver a sus hijos/as una vez nacidos/as, y mucho menos sentir su calor y dárles el suyo.

Aunque en cantidad son menos, los testimonios de las mujeres son prácticamente todos horripilantes, corroborando de una manera terrible, porque lo han sufrido en carne propia, los testimonios del cuerpo médico de los que ya hemos hablado.

Con respecto a dichos testimonios, deja en claro la autora, que la fuerza de la razón tecnocientífica en este campo es tan grande, "que logra anular en ellos/as, la posibilidad de contestación, de considerar críticamente su actitud, mediante el afianzamiento de una mentalidad que califica como impropio el hacer científico el reconocimiento de todo aquello que no se haya inscrito en ese saber/hacer."

Incumplimiento a la ley

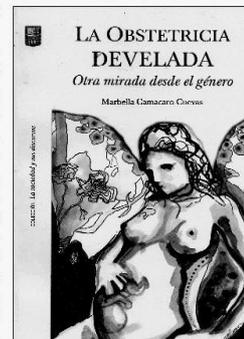
En la última parte de este capítulo, recoge la autora las quejas, rechazo e incompreensión de la gente médica (médicos/as, pasantes, residentes) con respecto a la nueva Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007), que incluye por primera vez la violencia obstétrica. En estas protestas queda ejemplificada la actitud prepotente e intolerante del cuerpo médico en general, frente a cualquier situación en la cual su práctica médica sea sometida a evaluación.

En las conclusiones, Camacaro expresa que con el apoyo de la nueva Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, es mucho lo que aún falta por hacer para que las mujeres se empoderen, para que las embarazadas no sean vulnerables y tomen conciencia de sus derechos frente al poder patriarcal y médico en particular, y para que la institución médica sea capaz de reconocer a las mujeres como sujetas y dueñas de sus vidas, de sus cuerpos y deseos, y pongan sus conocimientos en diálogo con los suyos, para proporcionarles una verdadera calidad de vida.

*Profesora Titular de la Universidad del Zulia. Doctora en Filosofía (Universidad de París I, Parteón-Sorbona)

■ No admiten sus errores y culpa

Jamás la práctica médica obstétrica se reconoce culpable de problemas causados a las pacientes. Cuando en numerosos casos, las complicaciones que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, o en todo caso, durante la solicitud de atención ginecológica, son consecuencia de intervenciones, tratamientos no necesarios, omisiones o diagnósticos incorrectos o agresivos.



Portada del libro

Testimonio compartido de una mujer que parió su hija en el Hospital Lagomaggiore.

Carta para su hija:

“Hace ya tiempo que quiero contar la historia de cómo naciste, Helena. Un tiempo que pasa rápido y que de pronto son días, semanas, meses, y ya acabas de cumplir 1 año.

Decidimos que iríamos tener otro hijo pues necesitábamos ampliar nuestra familia nuclear y tan simbiótica. Yo creía que con la llegada de otro ser en nuestras vidas, íbamos a abrirnos más. Estábamos en París cuando dejé de tomar las pastillas, tenía síntomas, inchazón, pero nada; la menstruación vino y siguió viniendo durante 6 meses más hasta que al fin confirmamos que estaba embarazada. Cuando comprobé el embarazo, ya habíamos decidido volver – desde Santiago de Chile- a vivir en Mendoza. Ya no podíamos echar marcha atrás. El plan ya estaba decidido y volver atrás hubiese sido muy doloroso para nuestra familia. Así entonces el embarazo fue también un período de mucha actividad y de procesos de cambios que se procesaban. Una vida crecía adentro mío al tiempo que el duelo de la separación del trabajo, amigos, casa y rutina se procesaban en mi interior. Cajas y maletas se hacían e iban llenando la casa mientras la panza crecía. Por los movimientos te sentía un ser lleno de vida, hasta soñé que tenía una caja de fósforos adentro de la panza. Yo decía a todos que era porque eras una valiente y una revolucionaria. Pero como yo también estaba en un momento muy vulnerable durante el embarazo y mis emociones estaban a flor de piel, también pensé que esa caja de fósforo podría ser yo misma lista a incendiarme...

Los primeros meses son de náuseas, ansiedad, angustia, pero por suerte se pasan y viene la parte más vital del embarazo. Creo que tenía mucha energía pues trabajaba, estaba en proceso de cambios, tenía a mi otra hija Luiza y dormía muy poco.

Cuando llegué a Mendoza en diciembre, un mes antes de que nacieras, me vine con Luiza. Tu papá se quedó en Santiago terminando de preparar la mudanza. Vivíamos en el depto vacío, con muy pocas cosas, las imprescindibles, hasta la llegada de nuestros muebles por los que teníamos que esperar aún muchos días: coincidieron tu nacimiento, la Navidad, fin de año, separación, pues tu papá estaba en Santiago, los calores del verano y así estuvimos un poco menos de un mes viviendo de una forma muy sencilla y medio gitana: durmiendo en colchones, con un ventilador, una heladera, algunos platos y vajilla...

Busqué una partera que me acompañara en el parto, pero no encontré nadie que se animara a hacer el parto en la casa, y la única persona con quien me topé no me llevé bien. Hasta que nos encontramos con Silvia Gobi, gracias a un papelito de

publicidad en una tienda de ropas en la calle San Martín... Ella nos acompañó y se comprometió a estar con nosotros hasta la hora que de ir a la maternidad en el hospital.

Los momentos de parto son inciertos y producen mucha inseguridad. Sumándose a esto cuando empecé con el trabajo de parto hacía apenas 2 o 3 días que había llegado la mudanza de Santiago (un verdadero trabajo titánico, el de subir centenares de bultos hasta el depto). Estábamos entre cajas, pero por suerte con la cama ya armada...

Una noche empecé un sangramiento de madrugada que me preocupó, llamé a Silvia a primera hora de la mañana, ella me vino a ver y juntas fuimos a la guardia del hospital para ver si estaba todo bien con la bolsa de aguas. Ella tenía dudas de si el sangramiento era por causa del proceso natural del parto, con el cuello que se empezaba a borrar o por algo que tuviera que ver con la placenta. En el hospital me explicaron que era el cuello de útero que se empezaba a borrar y que tenía 2 centímetros de dilatación, que fuera a la casa, descansara y quizás al día siguiente pudiera evolucionar el parto... Pasé todo el día bien y sin hacer ningún esfuerzo y a la noche siguiente empecé a sangrar nuevamente y mucho. Me asusté nuevamente y esperé por la mañana a que llegase Silvia para ya quedarse en casa. Estuvimos bien, tranquilas, ellas nos acompañaba, medía la dilatación, mientras Daniel aceleraba el arreglo de la casa para tener más espacio despejado. Cuando eran aproximadamente las 11 de la mañana me dice Silvia que ya tenía 6 centímetros de dilatación y que fuéramos a la maternidad.

Cuando llegamos a la maternidad con bolsos y demás, para nuestra sorpresa la médica de guardia dijo que tenía apenas 2 centímetros de dilatación, que volviera a la casa y regresara por la tarde. Mis dolores se intensificaban minuto a minuto y se me creó una situación rara de sentir que estaba entre 2 opiniones: la de la Silvia y la de la médica del hospital. No nos fuimos a la casa, porque pensé que iba a ser un ping pong de idas y vueltas. Quizás ese fue mi error. Lo cierto es ya empecé a confundirme y no sabía en qué atenerme, y, como sentía muchos dolores, decidí escuchar a mi cuerpo, que no quería alejarse del hospital. Me quedé 2 horas deambulando por pasillos y cafetería con Silvia que me acompañaba y medía el tiempo entre una contracción y otra. A eso de las 14 hrs. vuelvo al servicio de guardia para que vean cómo estoy porque las contracciones son muy fuertes y a cada minuto. Me dicen una vez más que tengo 2 centímetros de dilatación, que el sangrado es por el cuello de útero y que me van a internar sólo porque yo ya había vuelto 2 veces el mismo día... Qué falta de experiencia de mi parte y creo que de Silvia también. Era para haber salido corriendo de ahí y refugiarnos en mi casa!. Como sentía que ella no se bancaba un parto en la casa por falta de experiencia, ya no quise volver más a la casa. Estaba cansada y lo único que quería era estar en un lugar que tuviera por lo menos una cama. Pero en ese punto ya no dejaron que

Silvia me acompañara y fui Internada sola. Como era la hora de la visita (15hrs), ella y Daniel entraron; yo estaba muy nerviosa. La presencia de Daniel me dejaba más frágil pues sentía que con él podía llorar y perdía el control de mis emociones; me desesperé un poco, pero también me angustiaba ver su impotencia al no poder ayudarme en esa situación. Preferí que se fueran y que pidieran que una partera viniera a verme, y que no me mandaran más las médicas o estudiantes de medicina de la guardia.

Me quedé internada y dijeron que a las 17hrs pasaba el partero, era un hombre... Pasó, pero no me vio: según las enfermeras yo tenía muy poco de dilatación y no era un caso de urgencia y que en un tiempo más él volvería. Yo sentía dolores, gemía, reclamaba y las enfermeras decían que las que gritan más son las últimas que serán atendidas. Había una muchacha boliviana en la misma sala que no gritaba, no decía ni un ah, yo veía que peinaba lentamente sus largos cabellos negros, y tenía 7 centímetros de dilatación!... Yo le pregunté medio admirada si no sentía dolor. Me dijo que sí, pero que no era de demostrar lo que sentía. Ella sí estaba lista para ir a la sala de parto, pero yo no.

Intenté buscar en mi repertorio de experiencias formas de respirar, posiciones. Los dolores eran intensos, me sentía sola y pensando que todo era una locura: ¿cómo podía ser que no vieran que estaba en un trabajo de parto?. Les pedí una vez más que alguien viniese a verme. Al fin decidí tomar un baño para relajarme y ver si aumentaba la dilatación, ya que “según los médicos” yo no la tenía avanzada. En el baño empecé a sangrar más abundantemente, verdaderos coágulos de sangre bajaban, entonces salí del baño y le dije a la enfermera que por favor llamase a algún médico o partera para que me examinaran pues ya sangraba mucho. Al parecer esta vez me levaron en serio. Acaso fue mi cara o las innumerables veces que le había pedido lo mismo.

Llega la médica y me examina, dice que tengo 4 centímetros de dilatación y que me va a llevar a la sala de parto por el sangramiento. En una silla de ruedas me llevan a una velocidad digna de Ayrton Senna. Algo estaba cambiando. Cuando llego en la sala de parto están 3 médicas o estudiantes de medicina comienzan a examinarme. Examinándome; un hombre se acerca y me hace chistes por ser brasileña mientras me ponen suero. Yo alcanzo a decir que no quiero que me ponga el goteo, ni que me hagan la episiotomía. Me contestan lo mismo a las dos situaciones: sólo lo haremos si hace falta. Mientras me examinan con maniobras más dolorosas que las contracciones me dicen que tengo 8 centímetros. OPS! Qué pasó?! Fue acaso la carrera en la silla de ruedas la que me hizo dilatar 4 centímetros en menos de 15 minutos. Si es así hay que usar ese procedimiento más veces. O será que por fin aparece la verdad: mi cuerpo estaba dilatando normalmente pero las médicas no lo median bien.

Todo ocurría tan velozmente que no alcancé a entender lo que ocurría en esa sala. Finalmente paso a parir... En la salida de esa camilla hacía la siguiente (la del parto) veo la muchacha boliviana que todavía se pasea lentamente por la sala de parto esperando su hora.

Viene la hora de los pujos. Yo no quería. Mientras me dicen que puje, yo me pregunto en qué momento paso de ser alguien que no está lista para parir a ser alguien que tiene que pujar para que salga su bebé. Sentía que estas 3 mujeres eran como brujas malas (porque las brujas pueden ser lindas y buenas) y que lo único que me mantenía del lado bueno de la vida era ese hombre que me había hecho unos chistes. Ellas me decían que no gritara, que no hablara malas palabras y yo quería matarlas, fusilarlas. ¿Cómo pelear y parir al mismo tiempo...? Decidí por fin parir.

Naciste Helena y apenas escucho la alegría de todos en la sala. Te veo, te toco, te amo, te llevan a hacer los procedimientos que ellos quieren mientras esperan que salgan mi placenta (o que me la saquen). En ese momento empiezo una pequeña discusión con la médica porque no quería que yo hablara malas palabras. Será porque no había ninguna anestesia? Sentía claramente todo lo que me hacían y los puntos que me daban a causa de los pequeños desgarros de cuando pasaste Helena. No me hicieron realmente la episiotomía. Me hicieron otras cosas. Que lo parió! Las quería partir por la mitad. Yo le decía al hombre que estaba a mi lado, a quien casi le rompo la mano pues no se la solté en ningún momento durante los pujos, “que me salvara, que por favor me salvara” (e internamente decía: por favor que me salve de estas brujas).

De repente todo termina. El hombre empieza a revisar si la placenta estaba toda afuera, si estaba todo bien conmigo. En ese momento me doy cuenta que él no es el enfermero que me puso el suerito y que era chistoso conmigo, era el médico responsable por todas esas brujas malas. Una de las brujas le dice que ya revisó y que la placenta está afuera. Él le contesta, con un tono agresivo, que él lo va a revisar porque no confía en ellas “ustedes muchas veces hacen mucha mierda”.

UAU! Qué pasó? Así, de pronto, me doy cuenta que las cosas cambiaron. ¿El médico había salido a defenderme y a atacar a las brujas malas por las cosas que me habían hecho pasar? ¿O simplemente esa demostración de cómo uno maltrata al otro en esa institución pública?. Desencuentros, falta de respeto, incompetencia, falta del sentido del cuidado, y hasta una especie de locura era lo que sentía con ese equipo de médicos. Al partero de guardia nunca lo vi a menos de 5 metros de distancia...

A las 18:40 naciste Helena. Después que volviste a mis brazos no te solté más. Viniste directamente a la teta. Me envolvieron en una manta, tenía mucho frío y estaba agotada. Te tengo en brazos y entro en mi cápsula de protección. Mientras

yo espero que desocupe una cama en los cuartos del hospital pasan: el pediatra diciendo que la bebé está muy bien, que es hermosa, etc; el médico chistoso para saber como estoy, pasa una de las brujas médicas para decir que todo fue muy bien (me acuerdo que se llamaba Dra. Ortiz); y al final llega el camillero listo para llevarme a uno de los cuartos y se porta muy bien conmigo. Yo solo observo, estoy cansada y pienso: “ ¿los malos tratos son todos para la etapa anterior ?”.

Aparece a Daniel, al que por supuesto no permitieron que entrara en la sala de parto, como tampoco a Silvia. En un principio habían dicho que iban a permitir la entrada de la Silvia (como tiene derecho toda mujer a punto de parir se acompañada por una persona que ella desee), pero eso no ocurrió. Me encanta verlos a los dos, qué ganas tenía de salir de allí en ese momento e ir directo a la casa !!! Verlos me devolvía a la normalidad, a lo conocido, a lo sano.

Llego a la habitación a las 10 de la noche, están Daniel y Silvia todavía. Yo lo único que quiero es comer y algún medicamento para el dolor. En el hospital no me dan nada y Daniel tiene que ir a comprar un analgésico. Desde ese momento hasta que salí del hospital, yo me metí en una cápsula desde donde sólo observaba las personas y me quedé allí contigo, mimándote, amándote, mirándote. No quería pedir nada a ninguna enfermera que a mi parecer eran como viejas que sólo tomaban la presión, la temperatura y retaban una u otra madre.

Estaba contigo en brazos y ya no necesitaba más de ningún de ellos.

Me sentía débil y ese fue el momento más frágil de mi vida. Pasé un mes en estado de chock, con las emociones lista para salir a todo momento. Quería estar siempre en casa, no ver a nadie y estar todo el tiempo contigo.

Nos recuperamos las dos. Teníamos la teta para unirnos una y otra vez. Ahora mientras escribo esa historia me voy separando de la locura que viví en ese día. Consigo separarme porque la locura no lo viví porque yo fuese una loca, sino porque estaba adentro de un sistema de salud loco y enfermizo. La locura no es nuestra. Y además ahora, cuando te veo peleando por cada cosa que quieres, perseverando ante cada obstáculo que se te presenta, una cartera o un gorro inalcanzables, y cómo te molestas al no lograrlo; cómo te esfuerza para subir en las sillas, a la escalera, por caminar y correr por la casa; veo que eres fuerte, que buscas lo que quieres. Pienso entonces que tendrás muchas más herramientas que yo para defenderse de situaciones como las que viví durante el parto.

Eres Helena, tu nombre significa resplandeciente, iluminada, luz. Siento que vienes al mundo para aportar tu forma de ser, que es también una luz. Me quedé embarazada cuando tú quisiste venir, naciste en medio de gente desconectada pero me ayudabas a mantener el camino con tu antorcha. Siento que vienes al mundo para enseñarme muchas cosas, a reencontrarme con cosas que son importantes para

mí como es el universo femenino y la lucha por partos más sanos y respetados independientes que sean partos naturales o cesáreas.

Qué el respeto esté en las relaciones! Y si no hay respeto que podamos buscarlo. Y que denunciemos todas las formas de irrespeto.

Creo que esa chispa te lo agradezco a ti. “

IMÁGENES

DERECHO A RECIBIR RESPETO POR NUESTRO CUERPO,
NUESTRA INTIMIDAD, NUESTRA HISTORIA PERSONAL, NUESTRO TIEMPO Y NUESTRAS DECISIONES.



**TENER DERECHOS ES IMPORTANTE. CONOCERLOS ES INDISPENSABLE.
RECLAMA POR TUS DERECHOS!!**

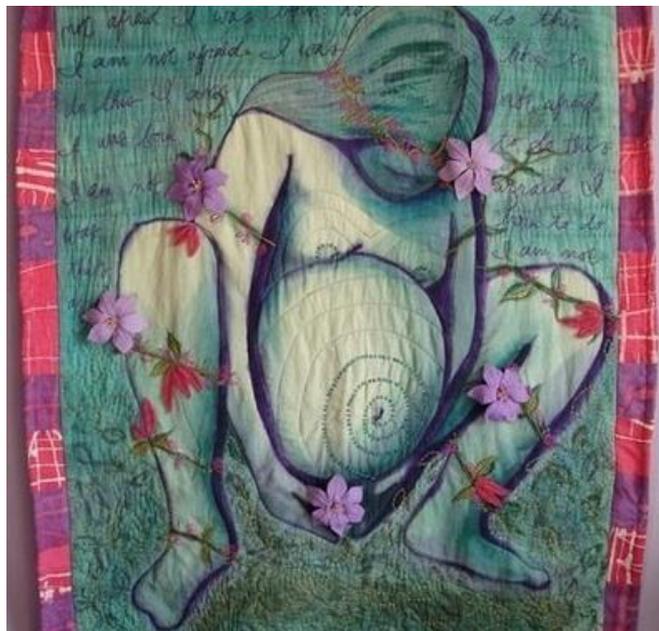


Hospital Lagomaggiore

(Fotos tomadas del diario Los Andes)



BIBLIOGRAFÍA.



- ARETIO, Antonia (2007) “Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres”. Gaceta Sanitaria. Vol. 21(4):273-7.
- Basso, Joéli Fernanda,; Monticelli, Marisa: “Las Expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado”. Rev. Latino-Am. Enfermagen 2010. www.eerp.usp.br/rlae
- Burgo, Carlos: “Los Derechos de la Embarazada” (www.partohumanizado.com.ar) 2005
- Burgo, Carlos: “Parir con Pasion” .Ed. Longseller. 2004.
- Bourdieu, Pier: “Dominación Masculina” Editorial: Anagrama Año publicación: 2000 Artículo disponible en www.archivo-chile.com
- Departamento educación para la salud del ministerio de salud Mendoza.: “Estado de conocimiento sobre la salud materna en Mendoza.” 2010
- Catalán Morera, Monserrat: “El placer y el dolor en el parto” Revista: Medicina Naturista. 2006
- Carrascosa, Laura: “El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural.” Artículo.2009(www.pepidominguez.com)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF): “Maternidades Seguras Centradas en la Familia” 2011
- Gaskin, Ina May: “Partería Espiritual”. Ed. Mujeres Sabias(traducción) Ed. Bantam Dell, 2003(original)
- Giberti, Eva: “Parto vertical”. Artículo publicado en el Suplemento LAS 12, en nov 1998. <http://www.evagiberti.com>
- Giberti, Eva: “”Portarse bien” durante el parto”. Texto publicado en el Suplemento N°2 de la colección Escuela para Padres, editado por Página 12 (1999) <http://www.evagiberti.com>

- Giberti, Eva: “La obediencia y la violación en la fantasía de la mujer.” Primera Parte. Publicado en Revista del Ateneo Psicoanalítico, N° 2; Bs. As; 1999. <http://www.evagiberti.com>
- Gutman, Laura: “Mujeres visibles madres invisibles”. Ed. Del Nuevo Extremo. 2011
- Gutman, Laura: “Maternidad y el Encuentro con la propia sombra”. Ed. Del Nuevo Extremo. 2011
- Gutman, Laura: Artículo “El cuerpo femenino enajenado”. 2010
- Guzmán, Aquiles: “Tratado de obstetricia y ginecología psicosomáticas: aproximación antropológica en ginecología y obstetricia” 1980.
- Isaac, Rosa; Vivanco, Luisa; Rodríguez Pontet, María Eugenia : “Violencia institucional, género y salud en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes”. San Miguel de Tucumán. 2003
- Krausser, Karl: “Parto sin dolor”. Ed. Buenos Aires: Freeland, 1958.
- Liedloff, Jean y Rodrigáñez Bustos, Casilda: “Instinto, Parto y Maternidad (El secreto del patriarcado)” Selección de textos 2002 www.es.scribd.com/yenique/documents
- Leboyer, Frederick: “Nacimiento sin Violencia”. Ed. Gaia .2011
- Magnone Alemán, Natalia: “Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización.” Artículo del Departamento de Trabajo Social – FCS – Udelar. www.fcs.edu.uy
- Mendelsohn, Robert: "Practica Medicina Machista" Ed. Publicaciones GEA.2009
- Ministerio de Salud, Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. 2004
- Miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA); Miembro de Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER); Miembro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP); Miembro del Foro de Profesionales por la Humanización del Parto y del Nacimiento; Miembro de la Red

Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento
(RELACAHUPAN)

- Myrian Szejer - Francine Caumel – Dauphin: “Las Mamás y los bebés Primero” Ed. Fundación Creavida 2009
- Muñoz, M^e Jesús Montes: “LAS CULTURAS DEL NACIMIENTO Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos.” Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Tarragona, 2007
- Novick, Susana: “Mujer, estado y dimensión jurídica” Buenos Aires: Conicet, 1994
- Odent, Michel: “La cientificación del Amor” Ed. Creavida. 2001
- Odent, Michel: “Nacimiento renacido”. Ed. Creavida. 2005
- Odent, Michel: “El granjero y el obstetra”. Ed. Creavida 2002
- Odent, Michel: “La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la Humanidad.” Ed. Ob Stare. 2008
- Odent, Michel: “La primera hora siguiente al nacimiento” Artículo. 2002
- OMS: Grupo Científico sobre los Efectos del Parto en el Feto y el Recién Nacido: “Efectos del parto en el feto y el recién nacido”- Informe Ginebra, 1965.
- Organización Mundial de la Salud: “Cuidados en el parto Normal. Una guía práctica” Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Ginebra. 1996, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva
- Organización Panamericana de la Salud: “La violencia contra las mujeres: responde el sector salud” 2005
- Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento (Declaración de Fortaleza, 1985) Ver: <http://www.nacerencasa.org/>
- Red Amaryi: “Manifiesto para la recuperación de la maternidad- Propuesta de reflexión” 2006 http://www.absolum.org/salud_amaryi.htm

- Relacahupan “Parto Humanizado”. Recopilación de folletos, boletines y artículos sobre el tema. Página: <http://www.nuevos-senderos.org.ar>
- Rodrigáñez Bustos, Casilda: “Pariremos con placer”. Ed. Crimentales.2007
- Rodrigáñez Bustos, Casilda: “La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología”. Revista Medicina Naturista, 2006.
- Rodrigáñez Bustos, Casilda: “La sexualidad y El funcionamiento de la Dominación”. Texto disponible en sites.google.com/site/casildarodriganez. 2008.
- Rodrigáñez Bustos, Casilda: “El Asalto al Hades”. 1º Parte. Este libro se puede descargar en:sites.google.com/site/casildarodriganez 2010
- Schallman, Raquel: “Parir en Libertad”. Ed Grijalbo 2007
- Soifer, Raquel: “Psicología del embarazo, parto y puerperio”1973
- Unicef: Eleonor Faur, Raúl Mercer, Silvina Ramos: MORTALIDAD MATERNA:UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS.
- Villegas Poljak, Asia (Médica Diplomada en derechos humanos) Revista venezolana de estudios de la mujer – Caracas, Venezuela. Enero /junio 2009 “La violencia obstétrica y la esterilización Forzada frente al discurso médico”Asiavillegas@gmail.com

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN:	3
CAPÍTULO I:	6
MARCO TEÓRICO.	6
DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS PRINCIPALES:	7
ENCUADRE LEGAL	12
RECOMENDACIONES DE LA OMS:	12
Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.....	14
DECÁLOGO CLAP OPS/OMS 2003: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe.	15
LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL	16
Ley 25.929: Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento del 2004.(La ley de parto humanizado.)	16
Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales(2009):.....	18
Ley Provincial 8130. Ley de Maternidad e Infancia. (2009)	18
DERECHOS DE LAS MUJERES VULNERADOS.	20
DERECHOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS:	24
Los Derechos de la Embarazada según el Dr. Carlos Burgo:.....	26
CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA:	37
PATRIARCADO COMO FORMA DE VIOLENCIA.	41
HISTÓRICA PATOLOGIZACIÓN DE CUERPO DE LA MUJER.	43
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y SEXUALIDAD.	45
EL PARTO COMO UN ACTO SEXUAL	45
VIOLENCIA OBSTETRICA Y MORTALIDAD MATERNA.	49
MORTALIDAD MATERNA EN MENDOZA:	52
RED SANITARIA DE MENDOZA:	52
Tasa de Mortalidad Materna de Mendoza:.....	53
MODELOS DE ATENCIÓN.	54
CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA MIRADA DE GÉNERO.....	54
MARCO PATRIARCAL.....	55
MARCO HUMANISTA.....	56
MODELOS DE NACIMIENTO.....	57
MODELO TECNOCRÁTICO (Atención del parto por un médico)	57
MODELO HOLÍSTICO(Asistencia del parto con una partera).....	58
RELACIÓN PROFESIONAL – MUJER COMO RELACIÓN DE PODER.	59
RELACION PROFESIONAL- MUJER VS. PROFESIONAL PACIENTE.	61
LA MEDICALIZACIÓN	63
DISCURSOS DEL SISTEMA MÉDICO	64
MALOS TRATOS:	65
INFANTILIZACIÓN DE LA MUJER EN SUS PARTOS.	66
MUJERES CON ABORTO INCOMPLETOS:	67
EL PARTO.	68
PARTO NORMAL.....	68

EL NACIMIENTO EN EL SIGLO XXI.....	68
INTERVENCIONES INNECESAREAS.....	72
¿QUÉ DICE LA OMS?	73
ENEMAS.....	75
RASURADO PERINEAL.....	75
INGESTA DE ALIMENTOS Y LÍQUIDOS.....	76
VENOCLISIS.....	76
ACOMPañAMIENTO Y APOYO DE LA EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.....	78
DOLOR Y ANALGESIA.....	79
AMNIOTOMÍA TEMPRANA.....	82
INFUSIÓN INTRAVENOSA DE OXITOCINA SINTÉTICA.....	83
MANIOBRA DE KRISTELLER.....	85
FÓRCEPS.....	86
POSICIÓN MATERNA EN EL PARTO.....	87
LA POSICIÓN VERTICAL.....	92
EXAMEN VAGINAL.....	94
LA EPISIOTOMÍA.....	95
CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL.....	99
PLACENTA.....	102
PRIMEROS MOMENTOS DESPUES DEL PARTO: IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ.....	102
HORMONAS NATURALES QUE PARTICIPAN EN EL PARTO:.....	109
LA HORMONA DE AMOR.....	109
ENDORFINAS:.....	111
EL DOLOR EN EL PARTO SIRVE PARA VARIAS COSAS:.....	112
ADRENALINA.....	112
ENTORNO FAVORABLE PARA EL PARTO.....	114
EL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN A LA VIOLENCIA OBTEÉRICA.....	117
Trabajo Social en Relación al campo de la Salud.....	117
Metodología de Abordaje:.....	123
Emergencia del modelo de humanización.....	124
Intervención del Trabajo Social en Salud y Violencia de Género como desafío.....	125
CAPÍTULO II:.....	128
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	128
TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	129
TIPO DE ESTUDIO:.....	130
TÉCNICAS:.....	131
UNIDAD DE TRABAJO:.....	132
DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.....	133
OBJETIVOS GENERALES:.....	133
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	133
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	133
PREGUNTAS GENERADORAS DE LA INTERVENCIÓN:.....	134
SUPUESTOS:.....	134
CONTEXTO INSTITUCIONAL:.....	135
CAPÍTULO III:.....	138
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	138
ENCUESTAS:.....	139
ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A PUÉRPERAS DEL HOSPITAL LAGOMAGGIORE.....	139

INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS:	150
ENTREVISTAS:	157
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS ENTREVISTAS.	157
Cuadro comparativo de las entrevistas a mujeres.....	157
INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS A MUJERES:	166
Cuadro comparativo de las entrevistas a profesionales.	176
INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A PROFESIONALES:	193
OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN SALA DE DILATANTES Y SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL LAGOMAGGIORE.....	210
CAPÍTULO IV:	216
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	216
CONCLUSIONES.....	217
CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS:	257
ANEXOS.	265
BIBLIOGRAFÍA.	307