



UNL • FACULTAD DE
CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
Licenciatura en Trabajo Social

Percepciones sobre el parto humanizado

de los profesionales de la salud de la Maternidad
del Hospital José Bernardo Iturraspe
de la Ciudad de Santa Fe

2005-2020

TESISTA: **Valentina Baravalle**

DIRECTOR: **Dr. Joaquín Gorrochategui**

AÑO: **2022**



Universidad Nacional del Litoral

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Licenciatura en Trabajo Social

**Percepciones sobre el parto humanizado de las/os profesionales de la salud de la
Maternidad del Hospital José Bernardo Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe (2005-2020)**

Tesista: Valentina Baravalle

Director: Dr. Joaquín Gorrochategui

Año: 2022

Agradecimientos:

A la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral que en su transcurrir enriqueció mi vida no solo de conocimiento sino de experiencias y de seres maravillosos que hoy son parte de mi vida.

A mi Director Joaquín Gorrochategui, por su empatía y ayuda constante siempre acompañando y respetando mis tiempos desde un lugar cálido y con palabras que siempre suman. Celebro y agradezco infinitamente haber encontrado con quien sentirme libre para expresar mis miedos y angustias y desde su lugar siempre escuchar palabras que hicieron este proceso más ameno y apacible.

A las entrevistadas por su coraje, confianza, predisposición, calidez y entrega al espacio de intercambio que contribuyó un aporte esencial para mi investigación.

A mi traductora estrella Brenda Guala, muchas gracias y a Augusto Lazzaroni @portevisión por hacer tan hermosa la portada.

A todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, las que generaron una gran curiosidad y preocupación por las formas en las que son tratadas en los parto y despertaron en mí la necesidad de colaborar con la causa.

A mis amigas y hermanas que me acercaron al feminismo, sin ellas hoy este escrito no existiría. Y a mis amigos que siempre estuvieron ahí, en quienes puedo confiar, discutir y desafiarlos a deconstruirse y dejar las complicidades machistas.

A todos y cada uno de los integrantes de mi loca familia, gracias por estar siempre y confiar en que algún día llegarían los festejos.

A mis abuelas a quienes se les negó la posibilidad de estudiar para ejercer tareas de cuidado y reproducción, a ellas ante todo gracias, hoy me convierto en la primera mujer con título universitario de la familia, pero sé que no la última, son estas batallas que hemos ganado.

A mi madre de quien no herede la facilidad para hablar en público, su insistencia y esfuerzo constante inculcaron en mí valores que son invaluable, y a mi padre que siempre me mostró el camino del bien.

A mis hermanas y mi hermano, con quienes tengo el privilegio de compartir la vida y

transitar este camino, fueron un gran sostén y compañía para culminar este escrito.

A mi ahijado Justino, niño maravilloso y divertido, quien me vio estudiar mis primeras materias, para quien quiero siempre poder ser un buen ejemplo.

A mi hija Jacinta, ser de luz indispensable en mi vida quien me ayudó entregándome muchas horas que le pertenecían, para que escriba esta investigación.

A mi compañero y amor incondicional Fede, con quien transito esta locura de vivir, el hace mi vida increíblemente feliz y que me olvide de que el mundo muchas veces es un lugar triste e injusto. Te amo mucho, gracias siempre.

Y por último no quiero dejar de agradecerme y celebrar este logro, sabiendo que nunca deje de insistir y trabajar muy duro para poder culminar esta etapa, que abrirá otros caminos, pero siempre con el horizonte puesto en pensar un mundo en el que sea para todes todo.

Índice	General
Agradecimientos.....	3
Índice general	5
Índice de figuras	7
Resumen	8
Abstract	8
Siglas	9
Introducción... ..	10
Capítulo 1: La atención del parto en clave histórica. Recorridos, debates y posicionamientos en torno a los modos de atención	15
1.1 Consideraciones introductorias	15
1.2 Un recorrido histórico acerca de los procesos de embarazo, parto y post parto.....	15
1.3 Estado del arte	19
1.4 Red de conceptos claves.....	25
1.4.1 El campo de la salud: un territorio en disputa	26
1.4.2 La perspectiva de género en salud.....	28
1.5 Recapitulación... ..	30
Capítulo 2: Decisiones metodológicas	31
2.1 Presentación... ..	31
2.2 Contexto de producción de conocimiento de la problemática	31
2.3 Cambios en el proceso de investigación.....	33
2.4 Metodología	33
2.5 El análisis de los datos y la producción de conocimiento... ..	38
Capítulo 3: El parto humanizado en la salud provincial.....	39
3.1 Presentación... ..	39

3.2 El sistema de salud en Argentina.....	39
3.2.1 El sistema de salud de la provincia de Santa Fe	41
3.3 Institucionalización del parto en el Hospital José Bernardo Iturraspe de la ciudad de Santa Fe	44
3.3.1 Un hito fundamental, el caso Ana María Acevedo.....	47
3.3.2 El modelo de atención basado en el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia.....	48
Capítulo 4: Un recorrido por la Maternidad a través de las voces de las/os profesionales de la salud... ..	52
4.1 Presentación	52
4.2 Una introducción al servicio de Maternidad del hospital.....	53
4.3 Itinerario de las transformaciones en el servicio... ..	54
4.4 Una introducción a las barreras del acceso al parto humanizado	56
4.5 La cesárea: un modo de parir en alza que no garantiza derecho.	61
4.6 Prácticas que garantizan derechos	66
4.7 Percepciones del parto humanizado... ..	68
4.8 Aspectos de relevancia para la investigación	70
4.8.1 La formación de las/os profesionales de la salud en torno al parto humanizado... ..	71
4.8.2 Continuidad en las prácticas que no garantizan derechos	74
4.8.3 Posibilitadores de cambios	76
Capítulo 5: Consideraciones finales	77
Bibliografía.....	82
Apéndices	88
Índice.....	89
Apéndice A: Tablas	90

Índice de Figuras

Figura 1: Número de partos discriminados en parto vaginal o por cesárea de 2005 a 2020.....	62
Figura 2: Porcentaje de cesáreas de 2005 a 2020... ..	63

Resumen

En esta investigación busqué indagar y analizar las percepciones de las/os profesionales de la salud en relación al modo de atención del parto humanizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital José Bernardo Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, un efector de alta complejidad y de referencia del centro-norte de la provincia de Santa Fe, donde se lleva adelante el Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia desde el año 2005. El objetivo de la investigación fue reconstruir los diversos modos en que las/os profesionales interpretan y ejecutan dicha política con el propósito de producir conocimientos que aporten a la temática desde una perspectiva feminista. Empleo una metodología cualitativa y como técnica de recolección de información entrevistas semi-estructuradas y observación no participante.

Palabras Clave: Parto humanizado- Maternidades- Salud Pública

Abstract:

The aim of this research is to investigate and analyze the perceptions of healthcare professionals in relation to humanized childbirth care at the Obstetrics Service in the José Bernardo Iturraspe Hospital in the city of Santa Fe, a tertiary referral hospital in the north-central area of the Province of Santa Fe, where the Safe and Family-Centered Maternity Program has been implemented since 2005. The aim of the research was to reconstruct the different ways in which professionals interpret and carry out this policy, and to produce knowledge that contributes to the subject from a feminist perspective. I use a qualitative methodology, and semi-structured interviews and non-participating observation as data collection techniques.

Key words: Humanized childbirth - Maternities - Public health

Siglas

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCG: Personas con Capacidad de Gestar.

PEIS: Proyecto de Investigación de Interés Social de la Universidad Nacional del Litoral.

TPR: Trabajo de Parto, Parto y Recuperación.

Introducción

El presente escrito es el resultado de un proceso de investigación que concluye en mi tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral¹.

Es a partir de la Conferencia Internacional sobre la Humanización al Parto (1985) que se precisa el concepto de humanización y se considera al proceso de parto no como una enfermedad sino como un fenómeno fisiológico.

Este cambio de paradigma permite que al momento del parto el centro de atención sea la mujer y no el personal de salud. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el nacimiento (Declaración de Fortaleza-Brasil, 1985) la humanización del proceso de parto implica asumirlo como un hecho fisiológico, natural, íntimo y personal, evitando intervenciones médicas innecesarias, asumiendo las mujeres un rol protagónico mediante su participación en todos los aspectos de la atención, eligiendo el tipo de parto que prefieran. Que establezca un vínculo personalizado entre los usuarios del servicio y el equipo de salud, respetando la elección de la mujer sobre la persona que la acompañará en el momento del parto, su privacidad, dignidad, cultura, rituales y conocimientos, y fomentando el vínculo inmediato de la mujer o Persona con capacidad de gestar (PCG) con el recién nacido. Entonces que el parto sea de este modo va a depender en gran medida de las y los profesionales que participen de la atención del mismo.

Es así que el interés propio de mi trabajo surge a partir de concebir la humanización del parto como un cambio de paradigma en la atención de la salud de las mujeres y PCG. Este es el resultado de una incesante lucha que gira en torno a la crítica del modelo biomédico de atención de la salud, que se estructura a partir del cuestionamiento a la atención medicalizada y la demanda de atención respetuosa del parto.

En concordancia con la problemática asumo un compromiso ético y político con la causa feminista, que me llama a la tarea de producir conocimiento que aporte a la

¹ Las normas APA establecen el uso de la tercera persona del singular para tesinas de grado. El acto político de la escritura en primera persona del singular radica en la ruptura epistémica que genera el estar implicada en el proceso de investigación. En este sentido “un modo de perturbar el orden de autoridad en la jerarquía del saber [...] es la narrativa en primera persona. (Flores, 2013, p.229).

temática desde una mirada con perspectiva de género² y que apueste a la transformación y a la concreción de los derechos de las mujeres y de las PCG, “el quehacer feminista dentro de las ciencias y las humanidades construye caminos que le son propios para conocer la realidad. Y si, además, la finalidad del feminismo es la liberación de las mujeres, su método comparte este propósito” (Barta, 2012, p. 60). Lo que configura el propósito de mi investigación.

Asimismo, uno de los aspectos que fundan esta investigación es que hace ya más de treinta y cinco años existe una propuesta de cambio en relación a la atención del parto y las formas de nacer. Esta se manifiesta a través de lo que llamamos parto humanizado y el modelo de atención Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), llevado adelante por primera vez en la Argentina por el Hospital materno infantil Ramón Sarda que se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho modelo fue replicado por el Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe a partir del año 2005, cuando fue reconocido como Hospital Amigo de la Madre y el Niño por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

En materia de legislación, el cambio se concretó a través de la ley nacional N°25.929 de parto respetado, sancionada en 2004 y reglamentada en 2019, que menciona entre sus objetivos el empoderamiento de la mujer, su información de las opciones posibles durante el proceso del parto y, en general, la consagración de su rol de protagonista durante su embarazo, parto y su entrada en la maternidad. Mediante la sanción y promulgación de la Ley N° 25.929 o Ley de parto humanizado se estableció la obligatoriedad de brindar determinadas prestaciones en el ámbito público y el privado relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, las cuales fueron incorporadas al Programa Médico Obligatorio. De este modo, con el nuevo marco legal se legitimó un modelo de atención que había comenzado a implementarse paulatinamente desde hacía varias décadas atrás, en la Maternidad Sarda³ en nuestro país, aunque en un proceso no desprovisto de tensiones.

Esta investigación es relevante en la medida en que está orientada a analizar las transformaciones que se dieron en el Hospital José Bernardo Iturraspe de la ciudad de

² Cabe mencionar que para la escritura de esta tesina se utilizó la Guía para un lenguaje no sexista del Consejo Interuniversitario Nacional (2021).

³ Institución que es un modelo de referencia como Maternidad Pública al Servicio de las Familias puesto que tiene una historia de más de 80 años, a la vanguardia en la excelencia del cuidado de la mujer, las embarazadas y sus familia. Para más información sugiero consultar <https://www.sarda.org.ar/>.

Santa Fe desde el año 2005 con la implementación del programa MSCF.

A través de mi trabajo busqué visualizar rupturas y continuidades en relación a las percepciones en torno al parto humanizado de las/os profesionales de la salud que se desempeñan en el Servicio de Obstetricia del efector.

En este contexto parto de una premisa básica: las percepciones que tienen los profesionales de la salud poseen impacto directo en la calidad de atención de las mujeres y de las PCG, usuarias del servicio. Por ello considero de suma importancia abordar esta investigación que tiene por objetivo general indagar en las percepciones de los profesionales de la salud en un servicio de salud estratégico para la ciudad de Santa Fe, como es el Hospital JB. Iturraspe.

Para abonar al mismo presento tres objetivos específicos. En primer lugar identificar el proceso de institucionalización del parto del servicio de Obstetricia del Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe; en segundo lugar, describir los actores, recursos e intereses que interviene en la atención del parto y, como tercer objetivo, identificar las rupturas y continuidades en prácticas de los equipos del Servicio de Obstetricia del hospital J. B. Iturraspe entre los años 2005-2020.

Para cumplir estos objetivos utilicé una metodología cualitativa de investigación que me permitió sumergirme en la trama de sentidos y significados que atribuyen los entrevistados al parto humanizado. Realice entrevistas semi-estructuradas y observaciones no participantes en espacios de capacitación para el personal y también para mujeres y PCG usuarias del servicio.⁴

La dimensión temporal de la investigación responde a que en 2005 el hospital fue nombrado “Hospital amigo de la madre y el niño”, lo cual trajo consigo cambios edilicios para implementar el Programa MSCF, que tiene como puntos centrales lo que pregona la ley n° 25.929 Ley de parto humanizado. Y culmina en 2020 que es cuando finalice el trabajo de campo. Asimismo, cabe mencionar que no se trata de un proceso acabado y que este trabajo configura una primera aproximación al objeto de indagación.

⁴ Participo de la organización y fui asistente en Charla-debate “Desafíos en la atención integral de las mujeres”, el día viernes 28 de octubre de 2016 que se llevó a cabo en el Auditorio de Sala 6 del Hospital J. B. Iturraspe. Organizado por PEIS. El mismo contó con la presencia de la Bioquímica Maica Trevisi y del Médico General y de Familia Federico Bordón. Como también del Curso de Preparación integral para el parto 2020.

Cabe aclarar que el proceso de investigación comenzó en el año 2015 con mi primer acercamiento al Servicio de Obstetricia a través del Proyecto de extensión de interés social de la Universidad Nacional del Litoral (PEIS).

Es necesario plasmar que el tránsito por el PEIS “Fortaleciendo las buenas prácticas en los efectores públicos de salud”⁵ del cual formé parte me abrió las puertas al campo de investigación y me permitió realizar observaciones no participantes en el hospital, así como también participar de jornadas de capacitación para profesionales, que fueron disparadores para pensar esta investigación.

A fines de 2019 se produjo una modernización en el sistema de salud pública provincial y el efector fue trasladado hacia el norte de la ciudad. De este modo, el histórico hospital situado en el edificio de calle Boulevard Pellegrini 3457, al sureste de la ciudad, el cual había sido objeto de sucesivas reformas a lo largo de sus más de cien años, fue trasladado a su nuevo edificio en el parque Juan B. Justo ubicado enfrente de Av. Gorriti y Blas Pareras en el norte de la ciudad.

Todas sus instalaciones son nuevas siendo uno de los hospitales de alta complejidad más modernos del país. Este reemplazo edilicio conllevó cambios funcionales en la atención de las mujeres y PCG que se abordan en este trabajo.

Sumado al aspecto anterior también se dieron cambios en relación a las unidades de observación que había establecido para la investigación. En un principio, en el proyecto de tesis, las unidades de observación eran las/os profesionales de los Servicios de Obstetricia y Neonatología, lo cual fue acotado al Servicio de Obstetricia por cuestiones de tiempo y a razones estratégicas que superan las condiciones del desarrollo de una tesis de grado. A pesar de tomar esta decisión, se han entablado conversaciones con personal que integra el Servicio de Neonatología que han aportado sus conocimientos sobre las prácticas de atención en la Maternidad.

⁵ El proyecto de extensión de interés social fue dirigido por la Dra. Valeria Venticinque, docente e investigadora de la FHUC- UNL. Este proyecto se fundó en la necesidad de generar la conformación de instancias de reflexión-acción en el efector, con la intencionalidad de promover el real acceso a Derechos Sexuales y Reproductivos. El proyecto reunió docentes, graduadas/os y alumnas/os de las distintas disciplinas: Ciencia Política, Psicología, Historia, Derecho y Trabajo Social, y estuvo orientado a generar instancias de encuentros y capacitación de las actrices y actores académicos intervinientes. Este espacio me permitió sumergirme en ámbitos académicos que sumaron a la construcción de esta Tesis. Este contexto me hizo reflexionar y comprender a la salud desde una perspectiva no biologicista. Asimismo me acercó al efector y conocí las instalaciones en las que se desarrolló parte del trabajo de campo.

Respecto a su estructura, la tesina se encuentra dividida en cinco capítulos. En el primer capítulo se presenta como el parto ha sido atendido históricamente y se desarrollan los antecedentes y las herramientas conceptuales claves para abordar la temática. En el segundo capítulo, se presentan las decisiones y estrategia metodológica que he utilizado para realizar el trabajo de campo y el análisis de la información. En el tercer capítulo se encuentra el marco normativo, la caracterización del sistema de salud e historización del hospital. En el cuarto capítulo presento la descripción de la Maternidad y el análisis de los datos recolectados y en el quinto y último capítulo las conclusiones finales, donde expongo los resultados a los que llegue a partir del proceso de investigación que, lejos de ser reflexiones cerradas y acabadas, pretenden ser aportes a los distintos debates e incentivos a continuar investigando y problematizando sobre los conceptos y prácticas de las/os profesionales de la salud.

Capítulo 1: La atención del parto en clave histórica. Recorridos, debates y posicionamientos en torno a los modos de atención

1.1 Consideraciones introductorias

En el primer apartado del capítulo reconstruyo las transformaciones históricas que atraviesan la atención de la salud de las mujeres en el embarazo, parto y post parto desde el siglo XIX.

Luego presento los conceptos claves que hacen al parto humanizado y un recorrido por el material bibliográfico consultado que considero relevante. Luego, concluyo con el desarrollo de las categorías centrales en relación al campo de la salud.

1.2 Un recorrido histórico acerca de los procesos de embarazo, parto y post parto

A mediados del siglo XIX, a partir de su institucionalización, la atención del embarazo, parto y puerperio se transformó en un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología en el marco de un proceso simultáneo de medicalización.

Según Camacaro Cuevas (2008), este doble proceso de institucionalización-medicalización encontró su origen en dos ocurrencias históricas que impactan en la vida reproductiva de las mujeres: la trastocación de los protagonismos provocada por la atención médico-obstétrica pasó de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud y el concomitante traslado de los partos del hogar a los hospitales.

Desde esta matriz se pueden analizar los dos procesos interrelacionados. Castrillo (2014) retoma a Burgo (s/f) y otros autores (Sadler: 2004; Villanueva Egan: 2010) cuando sostienen que el modelo de la medicalización transforma el hecho afectivo, familiar y social de parir y nacer en un acto médico, y esto encuentra su sostén en la despersonalización de la parturienta convertida en paciente y en la dessexualización del parto.

Por su parte, Felitti (2011) abona a lo antes mencionado y hace un recorrido histórico en el que encontré debates en torno a la institucionalización donde se presentan experiencias en el siglo XIX y XX. De este modo descubre que muchas mujeres de sectores altos y medios fueron dejando de lado el pudor y comenzaron a requerir la presencia de médicos en el momento del parto, confiando en su mayor capacidad para preservar sus vidas y también por las dificultades que fueron surgiendo para sostener la red femenina.

En este sentido, muestra que la hospitalización pudo ser una solución para las mujeres más pobres que no contaban con recursos materiales y humanos para el acompañamiento durante ese período, y, asimismo, una buena opción para las más pudientes. La autora a partir de estas evidencias históricas nos invita a repensar la visión romántica de los partos atendidos por parteras en un ambiente femenino y doméstico y a reconocer el papel que tuvieron las propias mujeres en la cesión de confianza y poder a los médicos. Como sostienen estos estudios, para escapar de la muerte y del dolor cedieron tanto que luego fue difícil revertir la situación.

Entre las décadas del 40 y 50 del siglo XX, a medida que la complejidad técnica aumentó y se logró la prevención de los peligros de salud con el uso de antibióticos para tratar las infecciones, la disponibilidad de bancos de sangre para transfusiones, los diagnósticos prenatales con rayos X, la aplicación de oxitocina,⁶ la promoción de los cuidados prenatales y la difusión de la anestesia espinal que calmaba el dolor sin que fuera necesario perder la consciencia, se incrementaron las posibilidades de replantear la atención del parto.

En este escenario, el obstetra inglés Grantley Dick Read comenzó a difundir sus teorías. De acuerdo a sus observaciones, el temor que vivían las embarazadas era resultado de la desinformación y de los mitos contruidos. El Dr. Dick Read es un médico obstetra inglés que plantea la teoría según la cual el dolor en el parto es, en gran medida, un fenómeno innatural, producido por un sistema cultural. Con base en las investigaciones de la época en la década del 40 y 50 sobre las interacciones entre el cuerpo y la mente que producen el dolor, él describió lo que llamaba el síndrome temor-tensión-dolor. Según este síndrome, cuando la mente percibe un peligro, el cuerpo se tensiona en preparación para defenderse, y el dolor se produce como resultado de la reacción de los tejidos tensos del cuerpo (en este caso, el útero y el cérvix) frente a ciertos estímulos. Este síndrome se puede evitar, y con esto se puede prevenir el dolor, si el cuerpo no está demasiado tenso, como suele ser en el embarazo y el parto, debido a la vida moderna que promueve hábitos y patrones corporales tensos y estresantes. (Read, 1959).

Él fue uno de los primeros obstetras en proponer y apoyar el parto natural. El mismo

⁶ En Obstetricia, la oxitocina se indica para inducir y conducir el trabajo de parto y para controlar la hemorragia obstétrica. 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. En conclusión, la oxitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal. (Uranga et al., 2004, p. 33)

argumentaba que dentro de una sociedad en la cual la medicina obstétrica, la cultura, y las narrativas compartidas entre mujeres llevan a las mujeres a esperar que el parto sea doloroso, el miedo al parto es casi universal. Así que, según el Dr. Dick Read, la experiencia cuasi-universal de parir con dolor no se da porque el parto sea biológicamente doloroso, sino porque esperamos que lo sea; nuestras expectativas temerosas crean las realidades dolorosas. (Felitti,2011).

A comienzos de los años 1950, Ricardo Gavensky, un médico que se había formado con Read en los Estados Unidos, comenzó a difundir la psicoprofilaxis obstétrica⁷ en la maternidad Instituto Samuel Gache del policlínico de Rawson en Buenos Aires. En 1955, publicó Parto sin temor y parto sin dolor, un libro que detallaba el método de Read y las bases de la escuela soviética, en un lenguaje que lo hacía accesible para los médicos, parteras y también para las mujeres embarazadas.

En 1960 se creó la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica con el impulso de Gavensky y de otros médicos comprometidos con el tema. Un rasgo característico de este grupo pionero fue su cercanía con el discurso de la psicología y, en particular, del psicoanálisis, lo que otorgó un color local a la aplicación de las nuevas teorías. Para esa misma época se fundaron otros servicios de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Penna, en la Maternidad Sardá y en el Hospital Alvear.

Es así que encontré que en los años 1960 y 1980 se difunden y comienzan a discutir nuevos métodos de atención del parto, conocidos como parto sin dolor, parto sin temor, parto psicoprofiláctico y parto sin violencia.

En 1962, el modelo de sillón de Perrusi fue llevado a la maternidad Pedro A. Pardo en la ciudad autónoma de Buenos Aires. Este tenía un respaldo que daba punto de apoyo a las piernas, dos agarraderas dispuestas al extremo de cada brazo y dos pieceras que servían a la semiflexión de las piernas (Capsiski, 1976).

Desde 1965 hasta 1974, la clínica de Rossenvaser fue una "clínica de parto vertical". Para este médico las ventajas eran evidentes: mayor comodidad, tranquilidad y adaptabilidad

⁷ Psicoprofilaxis obstétrica (PPO).Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé, forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal. (Morales,2014, p.55)

para la mujer que podía sentarse “como en su casa”, más fuerza para pujar, dilatación rápida, brevedad del período expulsivo, disminución del número de complicaciones y del uso de sus derivados (fórceps o cesáreas), menor cantidad de desgarros al proteger el perineo, rápida y sencilla salida de la placenta, menor esfuerzo fetal y por consiguiente una madre y un niño más sanos y felices (Capsiski, 1976). En los 70’ Roberto Caldeyro Barcia, director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de Montevideo, y presidente de la Federación Internacional de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, también apoyaba el uso del sillón y le daba un aval internacional.

A pesar de las anunciadas ventajas y del interés que había cobrado el tema en las revistas de crianza, a mediados de 1980, el sillón de partos sólo estaba disponible en unos pocos centros de la capital Argentina, en la Clínica del Sol, el Mater Dei, el Sanatorio Quintana, el Finochietto, la Clínica Colegiales, la del Buen Samaritano, el Hospital Israelita, el Santoianni y el Posadas (Ditone, 1985). La falta de información y el peso que tenían los argumentos en su contra habían restringido su circulación. Para algunos detractores, que esta fuera la forma de parir de las mujeres indígenas confirmaba que se trataba de una opción “primitiva” contrapuesta a los ideales de modernización y progreso que debía impulsar la ciencia. En cambio, otros se opusieron argumentando que el sillón ocupaba mucho lugar y restringía la movilidad en la sala. Por último, la crítica más consistente era la de quienes señalaban los graves problemas que podían surgir a la hora de atender una complicación.

En este mismo contexto el trabajo de Mirta Videla⁸ y el de otras personas que cuestionaron el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y sus relaciones de poder fue visto como una amenaza por la dictadura militar que usurpó el gobierno el 24 de marzo de 1976. El servicio de maternidad de San Isidro fue cerrado por “decreto de seguridad nacional” con el argumento informal sostenido públicamente por el coronel médico interventor de la institución, quien señalaba que no valía la pena “darles margaritas a los chanchos”. Esto es, trabajar con las mujeres embarazadas de sectores populares para mejorar sus condiciones de bienestar y respetar sus derechos. Videla recuerda el impacto del trabajo social que realizaban:

Estábamos en las villas, en las unidades básicas, íbamos a buscar a menores que no venían porque tenían miedo que la policía las denunciara, hicimos una modificación

⁸ Mirta Videla es Licenciada en Psicología y Fundadora de la “Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica” y de la “Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática”.

de toda la asistencia, pusimos sanciones a quienes maltrataban a las mujeres, introdujimos anestesistas porque no había, compramos una ambulancia, no estaban los recursos mínimos (Videla, 2011, como se citó en Felitti, 2011).

En esta época, la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica fue también disuelta. Fue recién con la recuperación de la democracia que los trabajos silenciados por la dictadura volvieron a hacerse visibles y comenzaron a resignificarse muy lentamente como una cuestión de derechos humanos.

Con la restauración democrática se retomó el trabajo realizado con anterioridad al período dictatorial y desde hace más de treinta y cinco años nos encontramos bajo una propuesta de cambio en relación a la atención del parto y las formas de nacer. Esta se expresa a través del denominado parto humanizado y se materializa a través del modelo de atención MSCF. Este fue implementado por primera vez en el país por el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá y fue replicado por el hospital J. B. Iturraspe a partir del año 2005 cuando fue reconocido como “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” por la OMS y UNICEF.

En materia de legislación, el cambio se concretó a través de la ley nacional N° 25.929 de parto respetado, sancionada en 2004 y reglamentada en 2019, que menciona entre sus objetivos el empoderamiento de la mujer, su información de las opciones posibles durante el proceso del parto y, en general, la consagración de su rol de protagonista durante su embarazo, parto y su entrada en la maternidad.

1.3 Estado del arte

En este apartado presento los trabajos de investigación consultados en torno a la temática que fue de mayor relevancia y considero pertinente dejar plasmado aquí.

En primer lugar, presento las investigaciones que se desarrollaron en el Hospital Iturraspe y tienen incidencia directa en mi trabajo.

Luego traigo investigaciones vinculadas a mi problema de investigación de índole nacional e internacional, que han aportado elementos relevantes para el abordaje del objeto de estudio. Estas se presentan en orden cronológico para facilitar una lectura amena y ordenada.

En primer lugar, consulte, El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas, de María Fernanda Pagura; Paula Spina Milagros Marano y Mabel Busaniche publicado en 2015.

El universo del estudio estuvo compuesto por mujeres que se internaron en el Hospital Iturraspe para ser atendidas durante el nacimiento de su hijo durante el segundo trimestre del año 2011. Se concluyó el relevamiento con una serie de recomendaciones, tanto a nivel de la gestión política del Hospital como de las autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, con miras a remover barreras en el acceso a los derechos de las mujeres en los distintos momentos que constituyen el nacimiento de sus hijos.

Algunos de los indicadores medidos fueron: acceso a controles durante el embarazo; el derecho a la elección sobre la forma y posturas para el nacimiento; derechos sexuales y embarazo.

Entre aquellas mujeres que tuvieron parto vaginal, se indagó acerca de la participación en las decisiones sobre la postura adoptada. Respecto a la posición para al momento del parto, el 11 % manifestó haberla elegido, el 88 % sostuvo que los profesionales dijeron cómo debían ubicarse, y menos del 1 % respondió que no lo recordaba.

Además de recuperar la experiencia vivida por cada mujer, se indagó sobre la difusión o no que tienen los articulados de ley de parto humanizado. En ese sentido, se preguntó si sabían que toda mujer posee el derecho de elegir la posición para el parto contestando afirmativamente el 16.9 % contra el 83.1 % que manifestó desconocer este derecho que se vincula con la autodeterminación sobre el propio cuerpo. En la muestra se traduce que de 124 mujeres encuestadas 103 de ellas ignoran completamente los derechos que por la Ley le corresponden en el momento de la asistencia. En el trabajo se observa que el desconocimiento implica un obstáculo insoslayable para ejercer otros derechos y en consecuencia hacerlos efectivos.

Luego considero crucial traer la investigación de una profesional del Hospital J.B Iturraspe. María Belén Rivero es Licenciada en Trabajo Social y su trabajo fue un estudio de referencia para mí. Su investigación se enmarca en el trabajo final de la Especialización en Educación, Género y Sexualidades y se titula Voces y miradas de mujeres en sus roles de madres y cuidadoras (2016). En palabras de la autora, el trabajo persigue, por un lado, recuperar las voces y las miradas de las mujeres que viven transitoriamente en el hospital en sus roles de madres y cuidadoras de sus hijas/os internadas/os en el Servicio de Neonatología, e interpelar, desde esas miradas y voces, el rol que les es asignado social e institucionalmente por ser mujeres, como así también indagar el vínculo establecido entre ellas y quienes trabajan en el sector público de salud. Rivero utilizó entrevistas abiertas y semiestructuradas a

5 mujeres (entre 19 y 35 años) que estuvieron alojadas al menos durante un mes en el año 2016 en la Residencia de Madres del hospital. A partir de los ejes que fueron surgiendo, también hizo un grupo de discusión con 12 mujeres como técnica de recolección de datos.

En relación al material consultado a nivel nacional e internacional, el primer documento que abordé fue Con todo al Aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos del año 2003. A través de esta investigación de referencia realizada por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), que buscó sensibilizar al conjunto de la sociedad y, en particular, a los trabajadores y las trabajadoras de salud, para contribuir a la erradicación de los tratos crueles, inhumanos y degradantes aplicados a las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud reproductiva.

En la investigación se recogieron los testimonios de grupos de mujeres provenientes de los barrios y pueblos alrededor de Rosario, que relatan sus experiencias vividas en los servicios públicos de salud reproductiva y, al mismo tiempo, de diversos profesionales de salud del sistema público. El trabajo aborda el análisis jurídico de las situaciones presentadas como vulnerantes de los derechos humanos de las mujeres y esto motivó la presentación de informes y pedidos de investigación ante la Defensoría del Pueblo y la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario, con el objetivo de que cada organismo promueva, en su ámbito de competencia, la profundización de esta investigación y la adopción de las medidas pertinentes. Es un estudio que sienta precedentes sobre la visibilización de la problemática.

Los resultados que arroja este trabajo no solo expone las prácticas inhumanas a través de los testimonios ofrecidos, sino que también las define como violaciones de los derechos, específicamente del derecho a estar libre de discriminaciones basadas en el género, el derecho a la salud, el derecho a la salud reproductiva, el derecho a la integridad personal, el derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a la privacidad y a la dignidad. Las investigadoras pretendieron destacar la gravedad del trato que las mujeres estaban recibiendo y desestimar la consideración de que dicho trato es normal, común y aceptable, revirtiendo el imaginario de las mujeres que abortan, como pecadoras (como a menudo el personal de salud les hacía sentir), y de los trabajadores de salud como sus salvadores.

A pesar de que es un estudio de hace varios años no puedo dejar de mencionarlo dado

que es uno de los primeros trabajos que remite a visualizar los modos de atención en relación a la salud sexual y reproductiva y se posiciona como una investigación que sienta precedentes en la lucha contra la violación de los derechos de las mujeres.

Por otra parte, un trabajo que enriqueció esta investigación fue *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública* de Cecilia Canevari Bledel, año 2011. En este libro la autora presenta los resultados de su tesis de maestría *La sociedad y el poder desde la problemática de género*, orientado a comprender las relaciones que se establecen entre las mujeres que buscando asistencia para un parto o un aborto incompleto concurren a una maternidad pública en Santiago del Estero y los profesionales del sistema de salud estatal. El objeto de estudio está centrado en las relaciones de poder, las expresiones de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres por parte de las prácticas médicas y el acceso a los derechos en un contexto en donde las desigualdades sociales operan como ordenadoras de estas mismas relaciones.

El abordaje pone en diálogo la mirada que los y las agentes involucrados construyen sobre el objeto mencionado. De modo que se describen las relaciones de dominación-subalternización y las estrategias de resistencia que despliegan las mujeres. La intención es recuperar las experiencias de las mujeres que asisten al hospital, poniendo énfasis en aquellas que han significado un trauma. Se exploran las representaciones y las prácticas referidas a la violencia que se ejerce hacia las mujeres que buscan atención médica para sus eventos reproductivos. El marco de referencia para comprender estos procesos son fundamentalmente las teorías feministas y los derechos sexuales y reproductivos, basados en la legislación nacional e internacional.

En este trabajo la autora muestra como la violencia está presente en todas las relaciones sociales y se encuentra institucionalizada. Las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patriarcales son espacios en donde se aprende y se reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza. El efecto de la naturalización es la invisibilización y es así que las mujeres son víctimas de la violencia patriarcal ya sea de manera sutil en forma de desvalorizaciones o de manera cruel, como la violencia física. La complejidad de este fenómeno está dada también porque en el mismo intervienen no solamente cuestiones sociales y culturales aprendidas sino también percepciones y valoraciones personales.

Entre las experiencias de las mujeres, ellas perciben una desvalorización de sus saberes, sus percepciones y experiencias referidas a su propio cuerpo. Esta desvalorización se

expresa de diferentes maneras. Como es el caso de la culpabilización y también por medio del reto, la falta de escucha respecto de lo que sienten, de sus pronósticos y la negación de información o explicaciones.

Además, considero relevante incluir un estudio de Natalia Magnone Alemán del año 2013, Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. El artículo presentado estudia los modelos de atención contemporáneos al parto en Uruguay. El problema que se trabaja en este artículo es el crecimiento del intervencionismo obstétrico y sus consecuencias sobre la calidad de atención desde el punto de vista de los derechos de las mujeres.

La OMS (1996) plantea que la profesional más apropiada para asistir el parto normal es la matrona, para el Uruguay esto significa: la partera. Y plantea que el obstetra ginecólogo debe actuar cada vez que se presenten situaciones de alto riesgo. Sin embargo la gran mayoría de partos son atendidos por médicos/as ginecólogos. Esto pasa en todas las prestadoras privadas, en donde se niega el derecho de las mujeres a ser asistidas por parteras

El parto es concebido de forma estandarizada, con una pauta temporal que no se adapta a las particularidades de cada proceso. En la práctica cotidiana de asistencia se producen una batería de intervenciones destinadas a “regularizar” desde afuera los tiempos internos de cada parto y cada cuerpo. Se realizan roturas tempranas del saco amniótico, exploraciones vaginales demasiado frecuentes, se inyecta a las mujeres oxitocina sintética para acelerar las contracciones y se practica la episiotomía de forma rutinaria en el período expulsivo. Todas estas prácticas están dentro de lo que la OMS (1996) cataloga como: actos en los que no existe una clara evidencia para fomentarlos y que deberían ser usados con cautela hasta que diversos estudios clarifiquen el asunto; y actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea.

Por otro lado, traigo el trabajo de Belén Castrillo Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata, del año 2015, en el cual la socióloga busca describir, analizar y problematizar las experiencias asociadas a las intervenciones médicas en la asistencia del embarazo, parto y puerperio. De este modo, describe una amplia heterogeneidad de prácticas y representaciones que constituyen la experiencia del parto.

Se plantea el concepto de medicalización del parto, se hace una crítica al modelo medicalizado del parto y se muestra al parto humanizado como antagónico, postulando las dos

propuestas como ideales. Para poder pensar las intervenciones médicas que se dan en los procesos de embarazo y parto y reflexionar acerca de las heterogeneidades y contradicciones que se dan en la práctica.

Por otra parte continuo con los antecedentes y considero relevante incluir un estudio de investigación producido por Mario Daniel Martínez en el año 2016, *El Derecho de Nacer: costo de un parto en el Siglo XXI*, el mismo nos acerca a las prácticas de los equipos de salud que son recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación y organizaciones mundiales de salud, haciendo referencia de los beneficios de un parto vaginal para evitar y disminuir la cesárea, para avanzar en un consenso acerca de las estrategias para reducir las cesáreas innecesarias y abordar los factores que influyen en el aumento de estas intervenciones.

Por ultimo revise el capítulo *Parir sin nombre, vivir sin voz* de Violeta Osorio y Julieta Saulo (Las Casildas)⁹ del año 2019, las autoras hacen un análisis desde una perspectiva feminista de los modos de parir, donde se describen las diversas prácticas que violan los derechos de las mujeres, se traen estadísticas del Observatorio de Violencia Obstétrica.

De acuerdo con el segundo relevamiento realizado por el Observatorio, un 74,6% de las mujeres encuestadas reportan haber sufrido maltrato verbal y/o físico por parte del equipo médico. El 24,5% refiere haber padecido conductas aleccionadoras y sólo el 14,6% considera haber recibido información completa y verdadera sobre el proceso que estaba atravesando y las intervenciones realizadas.¹⁰

Ponen en la mesa las raíces de la violencia obstétrica, y refieren que la misma no es un problema médico ni científico, sino que se trata de un asunto cultural y político. Es ante todo es el síntoma indiscutible de una sociedad que odia y violenta sistemáticamente a las mujeres por el mero hecho de serlo.

Cabe mencionar que seleccione las investigaciones que resultaron más significativas y se acercaban a mi objeto de estudio y de esa manera el conjunto de antecedentes

⁹ Las Casildas es una Asociación Civil que difunde información sobre los derechos a la gestación, parto, crianza y cuestiones de género. Que busca visibilizar, difundir y trabajar a favor de los derechos sexuales y reproductivos, focalizando en los procesos de embarazo, parto, pos parto, aborto, puerperio, lactancia y crianza; prevenir la violencia de género, en especial la violencia obstétrica; promover la equidad de género, el respeto de la libertad sexual y salud reproductiva.

¹⁰Las autoras exponen que los datos corresponden al segundo relevamiento del OVO, *Secuelas de la violencia Obstétrica de 2018* sobre una base de 1106 procesos obstétricos, que fue presentado a legisladores en el Congreso Nacional.

encontrados, me permitió conocer el estado actual de conocimiento sobre el tema y así afirmar la relevancia de continuar indagando en la temática.

1.4 Red de conceptos claves

En este apartado despliego las categorías que utilizo para el análisis y que sirvieron como marco de referencia en esta tesina.

A partir de la lectura sobre la temática abordé las percepciones del parto humanizado desde el concepto que acuñan Ainoa Biurrún-Garrido y Josefina Goberna-Tricas (2013) planteando que parto humanizado es un término polisémico que se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de la atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica. Así es que las/os profesionales deben trabajar en conjunto con la mujer buscando fomentar la atención primaria, comprendiendo que se trata de un ser humano sano y no un paciente/enfermo.

Las autoras confluyen en que la humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para las/os profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. Por esto consideran que los equipos de salud deben basar sus conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha activa, para tener en consideración el respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto, y de esta forma situarla en el centro de la asistencia.

Asimismo, para analizar los modelos de intervención en el parto seguiré las contribuciones al campo de la antropóloga Davis Floyd (2001). Davis Floyd postula que existen tres paradigmas de atención del parto, los cuales son el tecnocrático, el humanista y el holístico.

El modelo tecnocrático es el dominante y el que predomina entre las/os profesionales médicos. En este se trata o se define la separación entre el cuerpo y la mente. Una perspectiva cuya metáfora es asimilar el cuerpo a una máquina, de la cual pueden extraerse partes, transferirlas y manejarse. El resultado es una terapéutica signada por la estandarización que impide el tratamiento de cada persona en su individualidad, sino en un ajuste a reglas y protocolos que se presumen aplicables a todas las situaciones.

En cambio, en el modelo humanístico el diagnóstico y la curación vienen desde afuera hacia dentro, sin desechar la información que pueden aportar las máquinas, se valora lo que

fluye desde dentro de la mujer hacia fuera: sus sentimientos, sus pensamientos, sus deseos, escuchar a las mujeres es una premisa que tiene valor un importante, valor en sí misma, y se ha de conjugar con la información obtenida a resultados de la técnica.

Por último postula la visión holística que engloba a todas las modalidades que ahora llamamos alternativas (como acupuntura, quiropráctica, ayurveda, reiki) para que pueden existir en forma complementaria y así biomedicina y alopática sólo sería una modalidad entre muchas.

1.4.1 El campo de la salud: un territorio en disputa

En el siguiente apartado presento conceptos que tomo como referencia en relación al campo de la salud, en la medida en que comprender cuales son los aspectos fundamentales que atañen al campo de la salud es primordial para el abordaje de la problemática.

En primer término, desarrollo que se entiende por campo de la salud. Hugo Spinelli (2010) sostiene que se entiende por campo a la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbistas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada “jugador” realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. (Spinelli, 2010, p.276)

Asimismo, de acuerdo al autor los principales capitales en juego en un campo son el capital económico (se interviene en función de intereses económicos), el capital social (se interviene en función de relaciones sociales), el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima).

Dentro del campo de la salud a partir de los capitales en juego se da la dinámica desde la cual los distintos agentes compiten por acumularlos y construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación.

El campo de la salud tiene características que sustentan su singularidad y complejidad: los trabajadores tienen una muy alta autonomía y los procesos de gestión son de los más complejos que presentan las instituciones de la sociedad actual. La afirmación anterior se funda principalmente en que se trabaja con un objeto que es muy complejo de definir, la salud.

Para profundizar en las características de las organizaciones de la salud, tomo a Mintzberg (2015) quien refiere que las organizaciones de salud son de las más democráticas de la sociedad, dado que los niveles de menor jerarquía tienen altas dosis de autonomía; una gran parte de esas organizaciones deben funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año; se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo. Son muy pocas las organizaciones de la sociedad que cumplen esas condiciones.

El equipo de salud está conformado por trabajadores de la salud encargados de atender a la población usuaria de los servicios y de la implementación de los programas, proyectos y leyes en los hospitales y centros de salud para que estos sean accesibles a la población.

Pero también como plantea Canevari, esta relación entre quienes proveen un servicio y quienes lo reciben, es una relación desigual, en donde la institución aplica sus normas y donde tanto las/os profesionales como las mujeres tienen el mandato de aceptarlas y exponen sus cuerpos en esa dinámica (2011, p. 17). La autora plantea que es el equipo de salud quien facilita u obstaculiza la garantía de los derechos que concede el Estado a la población, pero que a la vez es el mismo equipo quien debe contener las carencias del Estado y a su vez responder a las necesidades de las personas.

Retomando a Hugo Spinelli también trae su aporte en relación a las debilidades que se presentan en las organizaciones de salud y apunta a visibilizar cuáles son sus principales obstáculos.

Es por esto, la necesidad de colocar el tema del trabajo en la agenda de las organizaciones, se fundamenta en que no es abordado por las mismas. Un hospital realiza ateneos semanales o mensuales, (los temas más frecuentes son enfermedades o procesos de atención) pero es excepcional que la institución los reúna para hablar y pensar el “proceso de trabajo” y si lo hace no es raro que siga la lógica del trabajo industrial. (Spinelli, 2010, p.282)

1.4.2 La perspectiva de género en salud

Para abordar el análisis desde la perspectiva de género en salud es primordial hacer referencia a dos categorías centrales que no sólo atraviesan la maternidad y la institucionalización del parto, sino que son los fundamentos básicos de la desigualdad que existe entre hombres y mujeres. Siguiendo a Jane Scott entendemos “al género como una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social” (1990, p. 24). Asimismo, según Castro, R y Bronfman M (1993), el patriarcado alude a la dominación del hombre sobre la mujer, concepto que aparece históricamente redefiniéndose y adaptándose a las especificidades de cada contexto.

Dichas categorías permiten evidenciar cómo las desigualdades de género se gestan y se reproducen en varias esferas de la sociedad. Así es que ciertas instituciones sociales son decisivas. Este es el caso de las instituciones sanitarias, capaces de incidir sobre el desarrollo de la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres. Las desigualdades de género son transversales a todo el ámbito de lo social y permiten identificar que las acciones sanitarias y las intervenciones médicas no son neutrales en la medida que producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera.

Es relevante tomar los aportes de Saletti (2008), quien expone que dentro de las teorías feministas existen dos posturas en relación al concepto de maternidad.

Por un lado, quienes deconstruyen el modelo maternal patriarcal y analizan que dentro del sistema patriarcal la función hegemónica de la maternidad ha sido un punto clave en la opresión y dominación de las mujeres. Esta postura pone en cuestión la idea del “instinto maternal” y de la “maternidad como mandato biológico de la mujer” (p.173).

Por el otro, una postura que reconstruye la maternidad asumiendo la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres como fuente de placer, conocimiento y poder, pero no aceptando la idea de madre patriarcal, la cual tiene como objetivo crear seres humanos fáciles de someter al sistema hegemónico. Comparte con la otra línea el rechazo del “instinto maternal”, ya que lo entienden como un modo de reducir a las mujeres a la “categoría animal” y van a proponer hablar de “deseo maternal” (Saletti, 2008, p.178).

Las teorías y metodologías feministas permitieron develar que desde los tiempos

iniciales de la medicina moderna hasta la actualidad las mujeres fueron y son pensadas como objetos y no como sujetos, y el poder médico se adjudicó el derecho de establecer cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas (Camacaro Cuevas, M. 2009).

Asimismo, es necesario comprender qué implica hablar de enfoque de género en salud, para lo cual incorporo los aportes de Tajer (2004), quien propone que tiene como objetivo identificar y resolver las problemáticas de salud de las mujeres no solo atribuibles a las diferencias biológicas entre ambos sexos, sino relativas a su lugar subordinado. Supone incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y derecho. Estas diferencias sociales entre hombres y mujeres en el proceso salud-enfermedad-atención operan estableciendo vulnerabilidades diferenciales de acuerdo a los roles sociales que estos asumen y deben cumplir dentro del patriarcado, lo que determina diferentes modos de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos, etc.

Ahora bien, para seguir profundizando y desarrollar que es lo que sucede con el colectivo LGBTIQ+¹¹ incorporo lo que plantea Blas Radi (2019) quien viene a aclarar e introducirnos en los derechos sexuales y (no) reproductivos de las diversidades, de esta manera, describe como el colectivo trans intervino en la discusión por la interrupción legal del embarazo dejando claro que no es solo un derecho que debe alcanzar a las mujeres cis. Puesto que los hombres trans resaltaron que la categoría “mujeres” no coincide punto por punto con el de “personas que pueden quedar embarazadas”: por un lado, porque existen mujeres que no pueden quedar embarazadas, por el otro, porque hay personas que no son mujeres que de hecho se embarazan y abortan, como es el caso de algunas personas de género neutro y de los hombres trans.

Es aquí que planea la categoría de justicia reproductiva y buscando incluir a todes como sujetos a los que se les deben respetar y garantizar sus derechos sexuales y (no) reproductivos. Se posiciona desde el enfoque de la interseccionalidad. Este enfoque entiende que la desigualdad sistémica siempre ha influido en la toma de decisiones de las personas en torno a la maternidad y la crianza de sus hijxs. En consecuencia, atiende a las distintas fuerzas que influyen en los lugares sociales que ocupan los individuos en la sociedad y en sus libertades individuales (tales como el racismo, el sexismo, la pobreza, el capacitismo, la

¹¹ LGBTIQ+, hace referencia al colectivo que reúne a lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer . El + es para representar a todas las personas que no se incluyen en las siglas anteriores.

orientación sexual y la edad). Por este motivo la justicia reproductiva no se detiene en el derecho al aborto, el acceso a los anticonceptivos o incluso el proceso de parto respetado, sino que se refiere sobre todo al desmantelamiento de las desigualdades sociales y de salud a lo largo de todo el ciclo de la vida. Esto implica trabajar sobre todas las políticas públicas, considerando los distintos aspectos que afectan la reproducción y la crianza de lxs hijxs (2019).

No quiero dejar de mencionar que mi investigación tiene una perspectiva feminista la cual busca dar visibilidad a esta problemática y es por eso que se utiliza el termino PCG, para hacer referencia a que no solo las mujeres son quienes pueden gestar y tener esto en cuenta es fundamental al momento de la atención.

Todos los enfoques mencionados anteriormente me permiten identificar la complejidad que presentan los procesos de embarazo, parto, post parto y puerperio. En este sentido, el enfoque de género en salud permite analizar las prácticas que desarrollan los agentes en el ámbito de la salud, en donde se descalifican los saberes y conocimientos de las mujeres por el hecho de ser mujeres lo que da cuenta del lugar que se les es asignado en una sociedad donde se privilegia lo masculino por sobre lo femenino (Arguedas, 2014).

El posicionamiento desde este enfoque permite hacer una ruptura con lo que propone el MMH, comprendiendo a los sujetos con quienes trabajamos desde una mirada bio-psico-social, donde el contexto y las realidades que las/os atraviesan y afectan a su subjetividad, buscando de esta forma ampliar la mirada hacia nuevos modos de intervenir en donde se trabaje con sujetos y no con objetos, con mujeres y PCG y no solo con madres, y en donde la igualdad y el respeto a los derechos sea el eje principal que guíe el ejercicio profesional.

1.5 Recapitulación

En este capítulo desarrollé los conceptos claves que permiten analizar los procesos que colaboran en lo que hoy conocemos como parto humanizado. Hacer un recorrido histórico colabora con la comprensión de cómo la atención del parto pasó a ser un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, y así poder vislumbrar cómo se constituyen los modos de atención de la actualidad.

También el recorrido por las investigaciones consultadas es relevante para concluir cuales son los puntos fuertes a mirar desde una perspectiva de género y proporcionan las herramientas para poder describir la realidad que se presenta. Es ahí donde vemos cuales son

las concepciones de mujer y PCG que circulan, como también las prácticas obstétricas hegemónicas y de esta manera se visualizan los efectos que tiene cada modo de atención sobre el respeto de los derechos humanos de las mujeres y PCG que paren.

En lo que atañe a los modos de atención es relevante tener en cuenta los modos que plantea Davis Floyd, los cuales son claves en esta investigación, los tres paradigmas de atención del parto, son el tecnocrático, el humanista y el holístico. El segundo es el que se asemeja al modelo de atención de parto humanizado.

Para finalizar con las características de los equipos de salud, lo cual es central para comprender la dinámica que tienen los equipos hacia dentro, y el rol del profesional y como esa categoría interpela constantemente la práctica. Y en consonancia con esto traigo la perspectiva de género en salud, que es otro de los bastiones fundantes para transformar los modos de atención.

Capítulo 2: Decisiones metodológicas

2.1 Presentación

En el presente capítulo se exponen las decisiones metodológicas por las cuales opté a la hora de investigar y analizar las percepciones de las/os profesionales de la salud del servicio de obstetricia del hospital J.B Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Para ello utilicé una metodología cualitativa, teniendo como base un diseño flexible.

2.2 Contexto de producción de conocimiento de la problemática

Considero fundamental aclarar que el tema elegido no fue casual, sino que surgió de una construcción personal, colectiva y académica. En primer lugar, como mujer madre feminista, y con capacidad de gestar me siento interpelada por todo cuestionamiento al sistema patriarcal. No quiero dejar de mencionar que mi historia familiar me ha hecho cuestionar e interesarme por la temática. Los partos y nacimientos siempre fueron conversaciones cotidianas y sus experiencias siempre dolorosas y sufrientes, fueron uno de los disparadores para esta investigación.

En segundo lugar, desde mi experiencia, hubo dos acontecimientos que me configuraron como estudiante de Trabajo Social para trabajar esta temática. Uno de ellos, el referido a mi incorporación al PEIS: “Fortaleciendo las buenas prácticas en los efectores públicos de salud”, fue a partir de aquí que se me abrió un abanico de interrogantes, que busqué saldar a partir de participar en distintas instancias que abonaron a la temática.

El segundo acontecimiento, refiere a un intercambio estudiantil en el marco del Programa movilidad nacional de estudiantes de carreras de grado de Ciencias Sociales, impulsado por el Consejo de Decanos de Ciencias Sociales y financiado por la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación cuyo destino fue la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad Nacional de Córdoba. En ese marco, descubrí que la Universidad ofrecía posibilidades de formación en cuestiones de género y que estudiantes hacían sus trayectorias en esa temática y los feminismos. Es ahí donde cursé la asignatura Salud y Políticas Públicas y el Seminario de Educación Sexual Integral en el primer cuatrimestre del año 2016.

Estas instancias tan significativas me llevaron a intentar enlazar mi activismo feminista con la academia. Y fue así que incursioné en diversos espacios para nutrirme de contenido.

El curso de Posgrado Intervenciones en violencias de género. Abordajes Interdisciplinario en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, dictado en 2019, me permitió nutrirme de contenido y contar con un abanico de herramientas para encarar este trabajo, como así también las Diplomaturas “Diplomatura Universitaria de Formación en Género desde la Perspectiva de los Derechos Humanos” dictada por Acción Educativa Santa Fe y UTN Facultad Regional Santa Fe en 2020 y la “Diplomatura Universitaria en Formación de Acompañantes comunitarios contra la Violencia de Género”, edición 2020, dictada por la Universidad Provincial de Córdoba fueron instancias igualmente significativas y renovadoras.

Asimismo también considero relevante hacer mención a la capacitación virtual “Perspectiva de género en la investigación científica” en el marco del Programa de Formación en Transferencia de Conocimiento en Ciencia y Tecnología, organizado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba, llevado adelante en Noviembre de 2021, el que me permitió poder sumergirme en el universo de las investigaciones con perspectiva de género que luego utilizo en este escrito.

Y por último no quiero dejar de mencionar que transite un espacio que se encuentra disponible para las/os profesiones que forman parte del servicio, el curso virtual “Violencias por Motivos de Género. Aproximaciones a herramientas para equipos de salud.3° edición” que se encuentra en la plataforma virtual, del Ministerio de Salud de la Nación. Es ahí donde pude explorar las herramientas disponibles que tienen las/os profesionales de la salud.

2.3 Cambios en el proceso de investigación

Un punto de inflexión en mi investigación fue que durante el proceso de indagación en el año 2020 atravesamos una pandemia producida por el virus COVID-19 por lo que fue necesario modificar algunos aspectos de la estrategia metodológica que venía llevando adelante. El gobierno nacional decretó el día 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria en el país con el fin de prevenir y resguardar la salud de sus habitantes. Y el 20 de marzo de 2020 decretó aislamiento social, preventivo y obligatorio con el fin de evitar y mitigar así el contagio masivo de la población. Esta medida implicó la suspensión no sólo de actividades donde concurren muchas personas tales como ámbitos de trabajos, cines, teatros, escuelas, universidades, sino también el desplazamiento por rutas, vías y espacios públicos.

El aislamiento social, preventivo y obligatorio afectó mi trabajo de campo porque, en primer lugar, imposibilitó los encuentros personales y es así que las entrevistas se vieron afectadas, por lo cual me vi en la necesidad de revisar y repensar la manera en que llevaría adelante las mismas, y considerar la virtualidad como una opción factible y es así que 3 de las entrevistas fueron llevadas adelante a través de la plataforma virtual Zoom. Cabe mencionar que dos de las entrevistas fueron realizadas en conjunto con dos compañeras con quienes comparto la temática. Su trabajo se titula “Violencia Obstétrica en el Hospital J. M. Iturraspe en el Período 2017-2020: Un Análisis Cualitativo de las Experiencias Vividas por Personas con Capacidad de Gestar en Procesos de Parto, Posparto y Embarazo” si bien los objetivos de investigación eran distintos, apuntamos a recabar información acerca de las problemáticas en particular que estudiamos. Es así que construimos la guía de preguntas de la entrevista a fin de que nos sea beneficioso para todas. Trabajar de esta manera fue un desafío pero que resulto muy provechoso.

2.4 Metodología

En mi trabajo utilizó una metodología cualitativa. En palabras de Denzin y Lincoln (1994) la metodología cualitativa es multimetódica, naturalista e interpretativa. En este sentido, las/os investigadoras/es cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido a los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. De este modo, la investigación cualitativa ocupa un lugar privilegiado, ya que supone la inmersión en la vida cotidiana del recorte seleccionado para el estudio y la valoración e intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos.

Este modo particular de acercamiento a la realidad, nos permite hallar nuevas

perspectivas sobre lo que conocemos y nos dice más de lo que las personas piensan y expresan, nos dice qué significa e implica ese pensamiento. No obstante, para que la tarea de investigar constituya un aporte novedoso, es necesario agregar a las palabras de las/os sujetos/as algo adicional; sea una síntesis, una interpretación, una reflexión, sea el desarrollo de un concepto, un modelo, una teoría. (Morse, 1999 citado en Vasilachis de Gialdino, 2006).

De esta manera, busqué construir reflexiones fundamentadas que den cuenta de la tensión y relación de los datos empíricos con la teoría propuesta en el marco de referencia. Dicho proceso, a decir de Vasilachis (2006), se realizó como una secuencia ininterrumpida y recurrente, desde el inicio del proceso de investigación, lo que me permitió ir retroalimentando y modificando tanto las reflexiones como el sustento teórico.

Lo anterior se relaciona a su vez con el concepto de diseño flexible propuesto por Mendizábal (2006), el cual brinda a el/la investigador/a la posibilidad de advertir durante el proceso de indagación sobre situaciones nuevas o aspectos relevantes de la realidad que no habían sido pensadas, lo que pueden generar cambios en las preguntas de investigación y en los propósitos, la incorporación de técnicas novedosas de recolección de datos y la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original.

La elección de este tipo de diseño me ha posibilitado realizar modificaciones a lo largo del proceso de investigación, como poder ir incorporando nuevos aspectos a reflexionar, que fueron surgiendo del mismo proceso de recolección de información.

Esta elección me permitió hacer cambios en relación a las unidades de observación. En un principio en el proyecto de tesina, las unidades de observación eran las/os profesionales de los servicios de obstetricia y neonatología, lo cual fue acotado al servicio de obstetricia por cuestiones de tiempo y a razones estratégicas que superan las condiciones del desarrollo de una tesina de grado.

La técnica de recolección de información para llegar a las entrevistadas fue la llamada bola de nieve. Ésta puede ser entendida como aquella “(...) en donde se identifican los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar.” (Martínez-Salgado, 2011, p.616)

Para llegar a las entrevistadas lo hice a través de lazos que generé a partir de mi participación en el proyecto de extensión, en este sentido, Taylor y Bodgan (1992) expresan que el investigador deberá cultivar relaciones estrechas con una o dos personas respetadas y

conocedoras en las primeras etapas de la investigación, estos serán los/as informantes claves quienes se encargarán de apadrinar al investigador en el campo y serán sus fuentes primarias de información.

El paso por el PEIS me ayudó a tener posibilidades de entrevistar al personal del servicio, las primeras entrevistas fueron a las jefas de enfermeras del servicio de obstetricia y de neonatología, las contacté por teléfono y ambas aceptaron sin inconvenientes.

Mi informante clave me proporcionó información sobre el servicio de obstetricia, como estaba conformado y a partir de allí me comuniqué con mis posibles entrevistados vía telefónica y en algunos casos por la aplicación Whats-app. A continuación, me comuniqué con el jefe de servicio quien me contacto con una médica ginecóloga que trabaja puntualmente la temática, con la que me comunique y accedió a ser entrevistada.

También me contacté con la Licenciada en Trabajo Social del equipo quien accedió a ser entrevistada, quien me proporcionó los datos de la Psicóloga y de la Jefa de Obstetricia quienes también aceptaron ser entrevistadas.

Ahora bien, se hace necesario aquí explicitar la unidad de observación es decir aquello sobre lo cual se estudiará y que pueden ser individuos, grupos, organizaciones, comunidades, documentos escritos, programas. En lo que respecta al presente estudio, escogí como unidad de observación a las/os profesionales de la salud que forman parte del staff permanente del servicio de obstetricia del hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, como técnica de recolección de información utilicé entrevistas semi-estructuradas y observación no participante.

Las entrevistas se definen como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen las/os entrevistadas/os respecto de sus vidas, experiencias o situaciones (Taylor y Bodgan, 1992).

Las mismas se pueden clasificar en estructuradas, semi-estructuradas o no estructuradas y abiertas. Específicamente para mi estudio opté por las entrevistas semi-estructuradas, las cuales se basan en una guía de preguntas, pero al mismo tiempo el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas, a través de las preguntas y respuestas, se logra la comunicación y construcción conjunta de significados respecto a un tema (Sampieri y otros, 2003).

Considero que la elección de este tipo de entrevista, fue de gran utilidad debido a que las mismas me permitieron ingresar al nivel discursivo y expresivo de las/os profesionales posibilitando el análisis de las percepciones en torno a la atención del parto y contar con una guía facilitó el proceso.

Es importante mencionar que las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de sus informantes, para luego ser desgrabadas para una mejor lectura y análisis. Asimismo, cabe señalar que los nombres reales de las personas entrevistadas fueron omitidos o sustituidos a modo de preservar su identidad y anonimato de las mismas. En todas las entrevistas, he procurado no modificar sustancialmente los usos del lenguaje y construcciones sintácticas de las preferencias originales de los entrevistados, a excepciones donde era necesario por cuestiones de coherencia y legibilidad.

Mediante las entrevistas, lo que busqué fue acceder a la perspectiva de los actores institucionales, para conocer cómo interpretan sus experiencias en sus propios términos. Es por ello que preparé una serie de preguntas con anterioridad, relacionadas a lo que me interesaba conocer.

Los temas indagados se centraron en la trayectoria profesional; la percepción de parto humanizado; las ideas asignadas al programa MSCF; las buenas prácticas en relación a la humanización del parto; las rupturas y continuidad en relación a las prácticas en la atención y las capacitaciones relacionadas a la temática.

En la guía de entrevista para introducir estos temas lo hice de modo que se organizó en tres momentos el primero con preguntas introductorias sobre el funcionamiento del servicio y del programa MSCF luego otro aparatado con preguntas más puntuales donde hice hincapié en las percepciones en relación al parto humanizado y en un tercer momento recopilé información en relación a los cambios, rupturas y continuidades en el servicio y a las capacitaciones que tienen disponibles.

El espacio en el que se desarrolló la investigación fue en un primer momento en el edificio histórico que se ubica en la calle Bv. Pellegrini 3457. Allí realicé observaciones en los pasillos del servicio como así también entrevisté a 2 enfermeras en el año 2015 en el marco del PEIS y a principios de 2019 entrevisté a un informante clave, luego de eso a finales del año 2019 se dio el traslado de edificio. En el año 2020 realicé 4 entrevistas a profesionales de la salud que se desempeñan profesionalmente en el nuevo edificio del hospital. Estas fueron una Licenciada en Trabajo Social, una Licenciada en Obstetricia, una Psicóloga y una

Médica Ginecóloga-Obstetra. De estas entrevistas 3 fueron las que se realizaron a través de la plataforma Zoom, y una pudo ser llevada adelante en el hospital respetando el distanciamiento y todas las medidas que el protocolo exige.

Otras de las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron los registros de las observaciones realizadas en los pasillos y en la participación en actividades realizadas en el marco del PEIS y en actividades realizadas por el servicio de obstetricia. Una de ellas fue el curso de preparación integral para el parto que en el año 2020 fue dictado online del cual pude participar. Lo anterior me ha posibilitado tener un mayor acercamiento y comprensión del objeto de estudio, al poder participar, por ejemplo, de las actividades de capacitación de las/os profesionales, me permitió observar quiénes son las/os que asisten a esas actividades, cómo es el vínculo, entre otros aspectos relevantes.

Otros aspectos que he podido observar fueron los espacios físicos, y en ellos pude visualizar la disposición de los distintos espacios y cómo se distribuyen las distintas profesiones en ellos, las características de la sala de espera, los distintos carteles informativos que existen, entre otros. Dichos aspectos me han sido de utilidad a la hora de analizar las percepciones y la posición o rol que ocupa cada una de las personas entrevistadas.

Como fuentes secundarias utilicé fuentes estadísticas oficiales, leyes provinciales y nacionales. Además, tuve en cuenta los resultados de investigaciones previas y la literatura científica sobre el tema.

En lo que respecta a las fuentes estadísticas para llegar a ellas solicite información por medio de una nota a la dirección del hospital en donde para responder al pedido me derivaron a la división de estadísticas del efector y esta última a la dirección de estadísticas del Ministerio de Salud de la provincia.

Desde el departamento de estadísticas del hospital me brindaron la información disponible en relación al número de partos atendidos en el servicio de obstetricia. Cabe mencionar que mi solicitud fue del período 2005-2020. Pero la información disponible no es la de todo el período dado que los sistemas son antiguos y los datos históricos son parciales.

El departamento de estadísticas del hospital cuenta con los datos discriminados por tipo de parto desde el año 2011, del año 2005 al 2011 solo cuentan con la información de cesáreas de algunos años. De 2005 a 2011 presentan la cantidad de cesáreas y el número de nacidos vivos.

El resto de la información al no estar disponible en las bases del departamento de estadísticas del Hospital JB Iturraspe, me derivaron al departamento general de estadísticas del Ministerio de Salud de la provincia en donde me proporcionaron el número de nacidos vivos en el período 2005-2011. La información de los años 2009 y 2010 se encuentra incompleta por lo que no me fue posible hacer la desagregación de la información en parto vaginal y cesárea.

2.5 El análisis de los datos y la producción de conocimiento

Respecto al análisis de la información, tomé como estrategia de procesamiento de los datos a la codificación, la cual según Borda y otros se la puede definir como:

(...) una actividad de categorización, clasificación y rotulación de los datos que comienza identificando en los testimonios de entrevista distintos temas, subtemas y conceptos de variado nivel de abstracción (algunos muy descriptivos y otros más teóricos) para luego efectuar comparaciones entre e intracasos que permitan establecer patrones recurrentes y especificidades de los diferentes casos entrevistados. (2017, p.34)

Adhiero a la perspectiva de Borda y otros, cuando plantean que esta estrategia no constituye un conjunto de prescripciones y recetas para la acción de la persona que investiga sino más bien, una caja de herramientas que debe ser reapropiada reflexivamente y de manera situada, atendiendo a una actitud flexible y abierta a los cambios.

En este proceso, la investigadora o investigador deberá crear códigos que vinculen los fragmentos de las entrevistas sobre un mismo tema, pero a su vez que conecten las nociones teóricas con las ideas que aparecen en los discursos de los y las entrevistadas. De esta manera, se puede decir que los códigos simplifican la información porque los organizan en ideas/conceptos comunes, pero también constituyen una vía para expandirlos, reconceptualizarlos y transformarlos.

Los códigos son aquellas categorías que utilice al momento de construir las entrevistas, la trayectoria profesional; la percepción de parto humanizado; las ideas asignadas al programa MSCF; las buenas prácticas en relación a la humanización del parto; las rupturas y continuidad en relación a las prácticas en la atención y las capacitaciones relacionadas a la temática.

Desde mi perspectiva considero que esta estrategia me ha aportado valiosas herramientas para el análisis, en tanto me permitió reflexionar e identificar puntos de

encuentro entre las voces de las personas entrevistadas y las categorías conceptuales, dando éstas últimas sentido y fundamentación a la información recabada.

Capítulo 3: El parto humanizado en la salud provincial

3.1 Presentación

En este capítulo presento una caracterización del sistema de salud a escala nacional y las particularidades que presenta el sistema de salud a nivel provincial. Asimismo, inscribo el derrotero histórico del Hospital J. B. Iturraspe en este marco, efector de alta complejidad en el que está situado el Servicio de Maternidad que se analiza en esta investigación.

De este modo, recupero la legislación y programas disponibles haciendo hincapié en las fortalezas del sistema de salud provincial y en las posibilidades que presenta para la atención del parto. Por último, reconstruyo los principales hitos que pueden tener implicancias en el desarrollo del modo de atención del parto.

3.2 El sistema de salud en Argentina

Esta investigación tiene por objeto el sector público de salud, en particular las percepciones de los equipos de salud en torno al parto humanizado. Por este motivo, desarrollo de modo preliminar las principales características de ese subsistema del sistema sanitario.

El sistema de salud argentino está constituido por tres subsectores: el subsector público, el de la seguridad social y el privado. Sobre esta primera fragmentación del sistema sanitario, se inscribe una segunda fragmentación en el subsector público cuando las competencias en materia sanitaria se distribuyen en tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) sobre los cuales recaen competencias exclusivas o concurrentes.

El órgano máximo de control es el Ministerio de Salud el cual es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica y tiene formalmente a su cargo la normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendido la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación. (Belmartino, 1999, p.291)

El sector salud en Argentina presenta un alto grado de fragmentación que si bien se remonta a su proceso de conformación, con la institucionalización del modelo de obras sociales y su consolidación durante la dictadura de Onganía se consolidó como un sistema

estratificado en su cobertura e inequitativo en el acceso a las prestaciones.

La organización federal de nuestra forma constitucional de gobierno al garantizar autonomía a las provincias en materia de políticas de salud favorece la heterogeneidad institucional y a un cuadro nacional que presenta notorias desigualdades de acceso al derecho a la salud entre las jurisdicciones subnacionales.

El Consejo Federal de Salud es el organismo de coordinación nacional que reúne a todos los ministros de salud provinciales y es presidido por el ministro de la cartera nacional con el objetivo de coordinar las acciones del sector público en todo el país. Así es que, en la medida que la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de los servicios sanitarios está a cargo de los gobiernos provinciales y que las directrices del gobierno nacional sólo tienen valor indicativo, este instrumento de coordinación horizontal de políticas cobra un papel fundamental para la reducción de las profundas desigualdades que atraviesan a los territorios.

Esta diversidad determina la ausencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país. Sumado a esto, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a los servicios de salud pública. A este cuadro se suma la diversidad de organización hacia el interior de la provisión pública en cada provincia y las dificultades para conformar sistemas coordinados.

En esta investigación focalizo sobre el funcionamiento del subsector público en el nivel subnacional, lo que se fundamenta en una hipótesis que viene siendo explorada por el reciente campo de los estudios subnacionales: la implementación de políticas desde la escala nacional no explica las dinámicas y temporalidades de las intervenciones sociales del Estado en las escalas subnacionales.¹²

¹² Se puede consultar el libro *Itinerarios del bienestar en espacios subnacionales: la política social en la ciudad de Santa Fe (1983-2016)* (Soldano et al., 2021). El mismo parte de la idea que la escala subnacional presenta cierta autonomía de la nacional y puede ser un objeto de análisis independiente.

Como también se puede consultar el libro *Política subnacional en Argentina: enfoques y problemas* (Emilce Cuda et al., 2016) en donde se enfocan diversos objetos de estudio y observaron que también hay cierta autonomía.

Uno de los principios que rigen el funcionamiento del subsector público es el de gratuidad. En este sentido, brinda servicios gratuitos a través de una red de hospitales públicos, centros de salud e institutos especializados distribuidos a lo largo del territorio de modo desigual, los cuales sin embargo no están exentos de diversas barreras de acceso.

En cuanto a su cobertura, siguiendo a Acuña y Chudnosky (2002) es posible afirmar que este subsector cubre aproximadamente al 30% de la población, en su mayoría grupos sociales de bajos ingresos. En el subsector público se encuentra como referente al 'hospital público' que brinda asistencia a quienes carecen de cobertura.

Cabe mencionar que a partir de la reforma en la década de los años noventa se impulsaron dos estrategias de descentralización desde el Estado Nacional, como la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y la promoción de la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión. Se buscó que el hospital público se convierta en prestador de las obras sociales, con el propósito de gestionar recursos y obtener el pago de los servicios que brindan a sus beneficiarios.

3.2.1 El sistema de salud de la provincia de Santa Fe

El sistema de salud provincial se constituyó en la segunda mitad de la década del 30. Fue promovido por una coalición local que produjo y anticipó la expansión y centralización sanitaria nacional que tuvo lugar con el primer peronismo. “En 1941 la provincia de Santa Fe creó el primer Ministerio de Salud y Trabajo del país lo que es indicador de la incorporación temprana y jerarquizada de la cuestión salud en la agenda estatal provincial” (Gorrochategui, 2021 p. 96).

En la actualidad el conjunto de efectores que integran el sistema público provincial de salud se encuentra organizado en tres niveles de atención con el fin de universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, interviniendo de manera multidisciplinaria y oportuna en función de las necesidades de cuidado que requiera la población santafesina.

El Primer Nivel de Atención (PNA) se presenta como la puerta de entrada al sistema de salud cumpliendo una función esencial en cuanto la garantía de accesibilidad a la atención de los usuarios ambulatorios y seguimiento de la salud particular, familiar y comunitaria a través del instrumento de la adscripción poblacional de un territorio de proximidad. A este le corresponden las funciones permanentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y es por ello que desempeña tareas de diagnóstico, atención ambulatoria,

cuidados domiciliarios y toda otra relacionada con el cuidado de la salud, de acuerdo a la capacidad de resolución que cada efector tenga asignada (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe [MINSSF], 2019).

A partir de lo consultado en el informe de gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa fe (2017) actualmente la provincia cuenta con 451 efectores públicos provinciales y 191 municipales y comunales que componen el PNA, dando como resultado un total de 642 Centros de Salud y Servicios de Atención Médicas de la Comunidad (SAMCOs) sin internación desplegados por todo el territorio santafesino.

Por su parte, el segundo nivel de atención está conformado por los efectores de mediana complejidad asistencial y diagnóstica. Estos ofrecen atención especializada con énfasis en el apoyo matricial ambulatorio, internación abreviada y la estabilización del paciente ante la urgencia y emergencia. Intervienen ante la referencia asistencial y diagnóstica del PNA y los hospitales de referencia, brindando permanentemente los servicios de atención de especialidades de baja y mediana atención asistencial. Sin embargo, no son pocos los efectores en la provincia que continúan bajo el histórico modelo de atención bajo demanda espontánea sin ninguna referencia de la red (MINSSF, 2019).

Actualmente, en el territorio provincial se encuentran 118 efectores provinciales y 4 municipales de este nivel de complejidad, dando como resultado un total de 122 efectores desplegados por la provincia.

Finalmente, el tercer nivel está compuesto por los efectores de alta complejidad que dan respuesta a las necesidades poblacionales de cuidados críticos e intermedios. Intervienen ante la necesidad de internación o, en algunos casos, conservan parte de la atención ambulatoria tanto en contextos terapéuticos como diagnósticos. Estos efectores se encuentran situados estratégicamente en cada región provincial, conformando una red de referencia integrada por 12 efectores provinciales y 2 municipales, dando como resultado un total de 14 hospitales públicos de alta complejidad en la provincia (MINSSF, 2019).

A partir de fines del 2007, el sistema de salud de la provincia ingresó en una etapa de cambios significativos con la implementación del Plan Estratégico llevado adelante por el gobierno del Frente Progresista Cívico y Social. El gobierno orientó la acción pública hacia el reordenamiento del sistema, intención que se manifestó en el objetivo operativo de fortalecer la accesibilidad a la atención sanitaria y que las necesidades de la población sean resueltas en el territorio de proximidad. En este sentido, se implementó como estrategia la regionalización

que desde la jurisdicción salud plantea una política de coordinación de los servicios de salud en un área geográfica sobre la base de acuerdos entre las instituciones y los equipos de salud. Se implementa con el fin de optimizar los recursos disponibles, utilizar las tecnologías y los procedimientos costo-efectivos y mejorar la calidad de la atención.

La gestión sanitaria busca establecer de esta manera un ordenamiento territorial en el cual los establecimientos y dispositivos de atención, barriales, municipales, provinciales y nacionales, públicos y privados, se coordinen con criterio de redes escalonadas que garanticen progresividad en los cuidados, constituyendo tres niveles de atención. Asimismo, cada Región provincial en perspectiva de gestión sanitaria cuenta con una ciudad-Nodo que funciona como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. De este modo se organizaron las siguientes regiones:

- Región 1 - Reconquista
- Región 2 - Rafaela
- Región 3 - Santa Fe
- Región 4 - Rosario
- Región 5 - Venado Tuerto

El nuevo modelo enfatiza en la atención centrada sobre la persona e incorpora a la atención sanitaria el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades, en cuanto protagonistas y beneficiarios del sistema de salud. De esta manera se busca inspirar confianza y organización no hacia enfermedades concretas sino en torno a las necesidades integrales de las personas y el respeto de sus particularidades.

Asimismo, incorporar una perspectiva más amplia que no se limite a la atención centrada en el paciente, que sea capaz de trascender la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad. Una que pone de relieve la función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

La estrategia que guía el modelo de atención es la de atención primaria de salud (APS). Esto significa concebir a la atención desde el enfoque de derechos, entendiendo que el sistema de salud se organiza y gestiona alrededor de un conjunto de principios claves como el acceso universal, la equidad, la solidaridad, la búsqueda de respuestas a las necesidades de la población con un servicio integral y de calidad, la justicia social, la responsabilidad, la

intersectorialidad y la participación social, entre otros.

El funcionamiento integral y de calidad de la APS requiere de la coordinación funcional entre todos los niveles de atención. En este modelo los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) ocupan un lugar estratégico como puerta de entrada de los usuarios y, a través del instrumento de la referencia y contrareferencia garantiza su acompañamiento a través de su itinerario por el sistema.

La adopción de la estrategia de APS se complementa con la incorporación del modelo de atención de cuidados progresivos. La sanitarista Débora Ferrandini (2009), quien fue secretaria de salud de la provincia (2007-2011), sostiene que el modelo de cuidados progresivos consiste en una propuesta de organización del proceso de trabajo centrada en la necesidad de los/as pacientes y la capacidad de resolución del grupo médico especializado. Lo que organiza el proceso de trabajo es la calidad de cuidado que necesita la persona y de ese modo se organiza el recurso humano promoviendo la conformación de equipos de salud interdisciplinarios.

3.3 Institucionalización del parto en el Hospital José Bernardo Iturraspe de la ciudad de Santa Fe

En el siguiente apartado recupero algunos aspectos claves del derrotero histórico del Hospital J. B. Iturraspe que son de relevancia para el desarrollo de mi investigación.¹³

El hospital se comenzó a construir el día 20 de junio de 1896 y se inauguró el 8 de enero de 1911. Su nombre corresponde a quien fuera gobernador de la provincia entre 1898 y 1902 y, fuera el donante de los terrenos en donde se llevó a cabo la obra.

En sus inicios un grupo de santafesinos fueron los responsables de administrar los fondos con que se edificó el hospital. Finalizada la obra, este quedó bajo dependencia municipal y se denominó “casa de asilamiento” hasta el 26 de diciembre de 1912, cuando por ordenanza municipal, adquirió el nombre definitivo que conserva hasta la actualidad.

En 1941 se inauguró el Instituto de Maternidad y Puericultura a partir de la financiación conjunta entre el gobierno provincial y el nacional. La obra modificó la

¹³ Para esta reconstrucción se consulto

Piazzesi, S., & Bolcatto, V. (2011). Hospital Iturraspe: 100 años. Universidad Nacional del Litoral.

Página de Facebook de las Madres sustitutas del Iturraspe: https://www.facebook.com/pages/Mam%C3%A1s-sustitutas/17832126591229?sk=info&tab=page_info

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2012/10/30/metropolitanas/AREA-04.html>

<http://centroperinatologico-neo-santafe.org/>

estructura del edificio original al incorporar dos nuevos bloques con forma de T, la maternidad de tres y cuatro pisos de altura. La maternidad fue el primer edificio en contar con un ingreso independiente por la calle Bv. Pellegrini.

A partir de 1942 comienza a recibir la colaboración y asistencia continua de la Comunidad Religiosa de la Congregación de la Virgen Niña. Es así que se celebra un Convenio de Coordinación entre el Gobierno de la Provincia, representado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, Dr. Roberto Lavagna, y la sociedad de beneficencia del Hospital de la Caridad. Esta acta muestra que hasta mediados del siglo pasado, como muchos otros efectores era denominado hospital de la caridad y que la sociedad de beneficencia era la responsable de la administración. El convenio fue un paso estratégico del Ministerio de Salud y Trabajo en el proceso iniciado para la centralización de la política de salud.

A lo largo del tiempo, la sociedad de beneficencia mantuvo su importancia llegando a transformarse en Cooperadora, no solo a tener un miembro en el Consejo de Administración, sino a definir el destino de los fondos que recauda y hasta elegir a quién explota comercialmente el bar como su representante en el gobierno del Hospital. Esto es un aspecto que deja ver la fuerza e influencia que tenía la iglesia dentro del hospital.

El 1º de noviembre de 1985 se inauguró una parte nueva en el hospital que hace que queden 250 camas distribuidas entre los servicios de clínica médica, pediatría, clínica quirúrgica, otorrinolaringología, urología, maternidad y ginecología.

A partir de la aprobación de la ley N°10.608 en 1991, el hospital quedó bajo la administración de un cuerpo colegiado: el consejo de administración. Por otro lado, el área programática que correspondía a cada hospital referencial quedó bajo la competencia del subdirector médico del hospital. De modo que la gestión del territorio, en el caso del Iturraspe conformado por 18 CAPS que integraban su área programática, quedó a cargo del subdirector. Desde allí, se programaba un conjunto de prestaciones sanitarias que “bajaban” desde el hospital referidas a rastreo epidemiológico, salud reproductiva, campañas de vacunación y control de las embarazadas.

En el año 2002 se creó el grupo de voluntarias “Mamá Corazón”, un grupo que trabaja en el acompañamiento de las madres en la maternidad y la neonatología del hospital orientado a otorgar un “apoyo asistencial integral” a madres de escasos recursos. El objetivo central que moviliza esta propuesta es la implementación del modelo de atención MSCF y la promoción de la Lactancia Materna. Tres años más tarde, el hospital fue reconocido la OMS y UNICEF

como Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

En el año 2007 se finalizó el nuevo Centro de Perinatología integrado por los Servicios de Maternidad y Neonatología que fue dotado de una importante infraestructura tecnológica y profesional. Fue esta obra la que hizo posible la implementación del modelo de atención MSCF.

En el año 2019 el hospital dejó de funcionar en el edificio histórico ubicado en Bv Pellegrini 3457 y se trasladó a un edificio en la zona norte de la ciudad que fue programado en el marco de una estrategia de ampliación y modernización de la oferta pública sanitaria. El nuevo efector se encuentra ubicado en el predio del parque Juan B. Justo, sobre Avenida Blas Parera 8000 entre las calles Gorriti y Berrutti, y cuenta con una superficie cubierta aproximada de 20.000 metros cuadrados. Se trata de uno de los hospitales más importantes y de mayor complejidad del centro norte provincial con una superficie total de 19.122 metros cuadrados. Mediante la modernización edilicia se buscó dar un salto de calidad en las prestaciones, en la accesibilidad y en la cercanía con los usuarios del sector público. Este brinda respuesta de mediana y alta complejidad a nivel regional.

Es un hospital de referencia de alta complejidad para los CAPS y efectores de segundo nivel de complejidad de la zona: Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe (CEMAFE), Hospital Sayago, Hospital Mira y López y el Hospital Protomédico.

Además, es el centro de referencia para la derivación de pacientes desde el centro norte provincial e incluso de los hospitales nodales de Rafaela y Reconquista.

Dispone de un Servicios de Maternidad 2B y Maternidad 3B con Neonatología, Guardia con sistema de Triage, Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, Quirófanos para cirugías de urgencia y programadas, unidad de cuidados críticos y áreas de internación adulta y pediátrica con un total de 278 camas. En relación al servicio de maternidad la misma continúa siendo Maternidad categoría tipo 3B y Servicio de Neonatología 3B donde se asiste el mayor riesgo obstétrico y el mayor riesgo neonatal, de prematuridad menor a 32 semanas de Edad Gestacional y menos de 1500 g de Peso al Nacer.

La complejidad de atención con la que cuenta la maternidad engloba el tipo 2B y 3B. La categoría 2 B tiene las mismas acciones que en el bajo riesgo, y además se agrega un mayor nivel de monitoreo y seguimiento para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo con mayor intensidad en

el seguimiento de la evolución de los pacientes. En lo que respecta a la categoría 3B es la que hace referencia al Alto Riesgo con Terapia Intensiva Especializada, con la especificidad de tener capacidad de resolver ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas como por ejemplo cirugía cardiovascular, neuroquirúrgica, quemados, trasplantes entre otras.

3.3.1 Un hito fundamental, el caso Ana María Acevedo

Es crucial mencionar que el 17 de mayo de 2007 falleció la joven Ana María Acevedo, víctima de la negligencia del servicio de ginecología del hospital. La negativa a practicarle un aborto no punible le ocasionó la muerte. El caso tuvo gran relevancia en la medida que a partir del mismo se desarrollaron las grandes luchas de los movimientos feministas hacia el interior del hospital. Estas permitieron visualizar un modelo completamente opuesto al de garantizar derechos desde una perspectiva de género, sentaron un precedente que logro hacer eco en la sociedad de la problemática y fortalecieron los movimientos sociales, quienes tomaron la causa para luchar por los derechos de las mujeres.¹⁴

En el sitio web de la organización feminista “Campaña Nacional por el derecho al Aborto legal seguro y gratuito” se encuentra la historia de los últimos días de vida de Ana María Acevedo, reconstruida a partir de los documentos ingresados a la causa legal y del relato de sus padres:

El 27 de febrero de 2007 el Comité de Bioética del Iturraspe analiza el caso, el registro de la reunión, que no incluye nombres ni cargos de quienes participaron, deja documentado el intercambio entre los/as profesionales: “que los/as médicos/as deciden dejar en suspenso el tratamiento, ya que el indicado para la patología está contraindicado si se está cursando un embarazo”. Además, se señala que “la enfermedad aún puede ser tratada con quimioterapia y radioterapia para mejorar la calidad de vida, pero se descarta por el embarazo”. Por último, el registro del Comité dice: “¿en algún momento se pensó en un aborto terapéutico?” respuesta: “por convicciones, cuestiones religiosas, culturales, en este hospital y en Santa Fe, no. (Campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, 2008)

De esta manera, el efector se situó en el centro de la escena pública como no garante

¹⁴Para profundizar sobre el caso Ana María Acevedo se puede consultar

<http://www.abortolegal.com.ar/santa-fe-170508-a-un-ano-de-la-muerte-de-ana-maria-acevedo/>

de derechos sexuales y reproductivos y viéndose condicionado por esta marca. Esto habilita a reflexionar sobre si este acontecimiento intervino hacia el interior del efector para dar comienzo a un proceso de cambio en los modos de atención.

3.3.2 Modelo de atención basado en el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia

Llegados a este punto de la reconstrucción, se vuelve necesario desarrollar las características principales del modelo de atención que, de forma incipiente, a partir del año 2005, comenzó a implementarse en el servicio de maternidad del hospital.

Desde el documento guía para la implementación de una MSCF (Larguía et al., 2012) realizado por UNICEF se define a la misma como un modelo que tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, acompañado por el equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los y las integrantes del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna.

Con la sanción de la ley N°25.929 o Ley de parto humanizado se puso en vigencia un marco legal que legitima este modelo. La norma establece que tanto el ámbito público como privado de la atención de la salud se deberá brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, las cuales se incorporan al Programa Médico Obligatorio.

La Provincia de Santa Fe adhirió a la Ley nacional a través de la Ley provincial N° 13634 el 29 de junio de 2017, norma que se reglamentó el 4 de noviembre de 2019 con el Decreto N° 3.342/2019. La norma define los siguientes componentes de un parto humanizado: que la madre sea informada, que el parto sea personalizado y respetuoso de la individualidad y cultura de la mujer, que no utilicen ninguna práctica innecesaria, que la madre sea acompañada y que pueda tener contacto con su bebé y a elegir cómo quiere tener su parto. Esto viene a complementar los postulados del Programa de Atención Maternidad Segura y Centrada en la Familia, siendo así el programa y la ley complementarios uno de otro. (Ley N°13634, 2019)

Ley de parto humanizado:

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

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

Este programa respaldado por la ley nacional produce algunas transformaciones y abre

un margen de posibilidades que habilitan reconfiguraciones para abordar el parto desde otra perspectiva. Representa un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos y en la lucha que vienen dando las mujeres a lo largo de la historia en esta temática.

Este modelo de atención busca promover un cambio en relación al paradigma en atención de la salud, supone romper con la práctica tradicional del cuidado en salud y surge como una negativa a reduccionismo, la negativa de la objetivación de los sujetos y tal vez una afirmación de la apertura al diálogo (Mattos, 2001). Incluyen las siguientes dimensiones y valores: la mujer y no la enfermedad es el centro de atención; la mujer o el grupo son concebidos en su totalidad; la asistencia es prestada en los diversos niveles de la salud; e implica un tratamiento diferente para las que viven en situaciones desiguales.

Estos valores y sentidos corresponden a una visión más amplia de las necesidades de las usuarias al nivel de relación entre éstas y las y los profesionales, a una propuesta de acciones horizontalizadas y abiertas, la asimilación de necesidades que no estaban previstas en la organización de las prácticas, así como la formulación de respuestas gubernamentales a ciertos grupos o problemas de salud específicos, que implican tanto acciones preventivas como asistenciales. De este modo, la integralidad, así como la interdisciplinariedad, son herramientas que buscan o intentan romper con la práctica tradicional del cuidado en salud.

Por lo tanto, el modelo de atención MSCF, se interrelaciona con los ejes centrales de ley de parto humanizado, entendiéndolo como el parto no medicalizado, integral y basado en el uso de intervenciones beneficiosas, avaladas por la mejor evidencia disponible, teniendo en cuenta no solo las necesidades biológicas, sino también las sociales y culturales de las mujeres, sus hijas, hijos y familias.

El programa recomienda catorce prácticas para el manejo del trabajo de parto y de post-parto (Larguía et al., 2012):

1. Adecuado diagnóstico y evaluación inicial de la mujer en trabajo de parto.
2. Apoyo continuo durante el trabajo de parto.
3. Permitir la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
4. Evitar la venoclisis, los enemas y el rasurado perineal de manera rutinaria. Una venoclisis es un procedimiento que se lleva a cabo para obtener una vía venosa.

5. Promover el uso de métodos analgésicos no farmacológicos.
6. Controlar la vitalidad fetal durante el trabajo de parto con auscultación intermitente.
7. Evitar el uso rutinario de amniotomía. Esta es una de las prácticas de partería y obstetricia más utilizadas en la actualidad. Consiste en romper de manera artificial, y totalmente intencionada, la bolsa del líquido amniótico que envuelve al feto con el fin de acelerar las contracciones, “romper aguas” antes de tiempo y acelerar el proceso de trabajo del parto.
8. Evaluación del progreso del trabajo de parto por medio de partograma, el cual es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.
9. Promover una adecuada evaluación de la mujer en período expulsivo.
10. Evitar el uso rutinario de la episiotomía.
11. Promover el clampeo tardío del cordón.
12. Promover el manejo activo del tercer período del trabajo de parto (salida de la placenta y membranas ovulares).
13. Fortalecer el contacto piel a piel temprano con la madre.
14. Asistencia inmediata del recién nacido.

Las recomendaciones expuestas son las estrategias que se da el programa para promover cambios dentro de lo que entendemos como el modelo médico hegemónico, evitando prácticas que en el modelo anterior eran naturalizadas y aceptadas por la comunidad médica y las pacientes. Las mismas remarcan las prácticas innecesarias apostando a la reflexión de las/os profesionales para que de este modo se pueda generar procesos de cambio comprendiendo que la centralidad de la atención está puesta en la mujer y la familia a lo largo de todo el proceso de atención del embarazo, parto y seguimiento del bebé.

Asimismo, también considero relevante traer las recomendaciones de la OMS (2015) en relaciona a al modo de atención del parto por cesárea. La OMS recomienda que los establecimientos sanitarios deban usar el sistema de clasificación de Robson con las usuarias del servicio. La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos sanitarios a:

- Optimizar el uso de las cesáreas mediante la identificación, el análisis y la concentración de intervenciones en grupos específicos particularmente relevantes para cada

establecimiento sanitario

- Evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas
- Evaluar la calidad de la atención, las prácticas clínicas y los resultados para cada grupo
- Evaluar la calidad de los datos reunidos y concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso.

Capítulo 4: Un recorrido por la Maternidad a través de las voces de las/os profesionales de la salud

“Luchar por un embarazo y parto respetado
es reivindicar la autonomía corporal femenina,
la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres
y transformar lo personal en político”

Felitti K. (2011, p.127)

4.1 Presentación

En el siguiente capítulo presento el análisis de la información recolectada en mi proceso de investigación. Esta es la información proveniente de las entrevistas realizadas a las profesionales de la salud como también de las actividades de las que he participado dentro del servicio de obstetricia.

En primer lugar, presento la descripción en profundidad de la Maternidad, donde recupero las herramientas, actores y recursos con los que cuenta narrado por sus propias protagonistas: las profesionales que se desempeñan día a día en ella.

El análisis se encuentra organizado en base a 3 grandes categorías provenientes de las teorías recuperadas de la bibliografía analizada. Estas representan los ejes analíticos centrales para mi trabajo: el modelo de atención tecnocrático, el humanista y el holístico.

Para realizar el análisis de la investigación me surgió la necesidad de traer nuevamente las preguntas que movilizaron este trabajo: ¿Cuáles son las percepciones del equipo de salud

del servicio de Obstetricia del Hospital J.B. Iturraspe en relación al concepto de humanización del parto?¿Cómo interactúan los actores, recursos e intereses que conforman el equipo de salud del Servicio de Obstetricia?¿Existen rupturas y continuidades en las percepciones y prácticas de los equipos del Servicio de Obstetricia del hospital J. B. Iturraspe entre los años 2005-2020?

En función de estos interrogantes identifiqué que las categorías que se presentan de modo transversal en el análisis en mi investigación son: modelos de atención del parto, diversas prácticas en el modo de atención del parto y modelo médico hegemónico.

4.2 Una introducción al servicio de Maternidad del hospital

La Maternidad del Hospital J. B. Iturraspe es un servicio de referencia del centro y norte de la provincia de Santa Fe. Atiende un promedio de 3500 nacimientos al año y, junto a la Neonatología, en su nivel de complejidad alcanzan la categoría de 3B en la medida que intervienen en los partos con mayor riesgo obstétrico y mayor riesgo neonatal. Estos son los de prematuridad menor a 32 semanas de edad gestacional y menos de 1500 g de peso al nacer.

En la actualidad dispone de 47 camas de internación, 4 salas de parto con sala de recuperación incorporada y 4 quirófanos propios para uso exclusivo en cirugías obstétricas 2 para baja complejidad y 2 para alta complejidad. De los cuales en este momento se están usando solo 2, porque los 2 restantes están siendo utilizados como cama de terapia intensiva. Debido a que fue necesario ampliar el sector por el contexto de Pandemia por Covid19 y por la alta demanda del sector de terapia intensiva. (Registro de campo, 10 de agosto de 2020)

El staff del servicio está conformado por el jefe de servicio, 4 médicas/os que se especializan en situaciones puntuales, como Embarazo y VIH y Embarazo de riesgo. Cuenta con anestesiología y hemoterapia de guardia activa. A esto se suman 13 Médicas/os obstetras en guardias rotativas de 24 horas.

El Hospital J. B. Iturraspe es un hospital escuela y, por consiguiente, cuenta con médicos residentes. En el área de baja complejidad se encuentra la jefa de obstétricas y 14 obstétricas en guardias rotativas de 12 hs. Además, completa el equipo una Licenciada en Trabajo Social y una Psicóloga.

Las mujeres y PCG llegan al servicio de obstetricia luego de que el seguimiento del embarazo se realiza en un CAPS o también a través del Servicio de Guardia del Hospital en casos de urgencias. Luego de su ingreso, el equipo interviniente de acuerdo a la complejidad

de la intervención requerida deriva a la paciente al área de trabajo de parto, área de bajo riesgo, donde es atendida por obstétricas o a la de alto riesgo donde es atendida por obstétricas y médicas/os obstetras.

4.3 Itinerario de las transformaciones en el servicio

Aquí me propongo desarrollar las transformaciones y cambios que se presentaron desde el año 2005 de acuerdo a las percepciones de las/os profesionales al momento en el cual se comenzó a desarrollar de modo incipiente el programa MSCF dentro del servicio de obstetricia, hasta fines de 2020.

En primer lugar hallé que el acompañamiento a la mujer por parte de la persona que esta decida durante todo el proceso de pre, parto y posparto fue uno de los grandes logros en relación a garantizar derechos. Cabe mencionar que el acompañamiento se permite solo en el área de baja complejidad, donde se dan los partos vaginales.

En este sentido, la Psicóloga sostiene:

Una de las claves es el acompañamiento en el parto, y gracias a dios y al esfuerzo de mucha gente, médicos en su momento, la jefa de parteras siempre, y el aporte de algunos otros, se ha ido transformando el espacio como para poder recibir al acompañante que la mujer desee, que la mujer elija para transitar ese momento y vivirlo como experiencia única y significativa. (Entrevista a Psicóloga, 15 de junio de 2020)

Luego una de las médicas entrevistadas manifiesta que un gran cambio fue el de hacer un centro perinatólogo¹⁵, lo que implicó integrar toda la atención del parto y en eso cambiar la mirada en la atención y hacerlo en relación al programa MSCF.

Aquí manifestó como fue ese desafío:

Uno necesitamos que sea un lugar que incluya a la mamá y al niño, que incluya a la familia que se sigan todos los pasos. Eso lo tienen clarísimo que se potencia la lactancia, que haya un espacio para la lactancia pero a la vez también le piden que sea un lugar de máxima complejidad, entonces todo eso es como difícil acomodar a

¹⁵ Centro Perinatólogo, es una unidad de atención que cuenta con una mayor capacidad de internación y la posibilidad de brindar atención a recién nacidos de mayor complejidad. Esta unidad de atención está dividida en tres bloques: Internación Obstétrica, Neonatología que incluye salas de enfermería y de extracción de leche para las madres, entre otros; y salas de partos con quirófanos y demás servicios requeridos.

profesionales, viste que lo médico es muy hegemónico, nosotros ya venimos con eso y nos cuestan los cambios. (Entrevista a Médica 1, 9 de mayo de 2019)

Otro proceso de cambio que describe esta entrevistada es como se dio la transformación de la inclusión para la atención desde la interculturalidad. Para llegar a esta instancia se hizo un trabajo comunitario, la comunidad Toba se acercó al efector. La Médica 1 manifiesta que se encontraron con resistencias, pero que se fue resolviendo a partir de compartir y expresar mutuamente las dudas e interrogantes. Se los llamó a miembros de la comunidad, y se abrió el espacio para que propongan y planteen cuáles son sus deseos y sus costumbres para que las/os profesionales puedan comprenderlos.

Así lo expresa la profesional:

Es algo que nos dimos cuenta que hacía falta, y fue muy positivo, nos dio mucha satisfacción. Por ejemplo ellos tienen la costumbre que no se bañan antes de parir en cambio, nosotros lo contrario y nosotros no entendíamos, porque desconocíamos. Se dieron jornadas en donde los integramos se abrió una puerta y se logró la transferencia mutua. (Entrevista a Médica 1, 9 de mayo de 2019)

La unidad de Atención para Personas Sordas es otro de los avances que se pueden visualizar.

Otra cuestión que el hospital mejoró un montón, fue como se integra a los pacientes sordos. Dado que no todos los sordos están letrados y no todos los profesionales pueden lograr entenderlos, así pueden tener un trato más equitativo. Hay una unidad de sordos y hay algunos médicos que saben lengua de señas. (Entrevista a Médica 1, 9 de mayo de 2019)

También las condiciones edilicias en el área de baja complejidad es un punto muy importante a la hora de pensar cambios significativos en el servicio.

Con el hospital nuevo cambió un montón porque la mujer tiene intimidad, ahora tenemos una ducha un baño individual con agua caliente en donde se pueden quedar ahí y estar horas bajo el agua, compramos bolsitas de agua caliente para ponerles en la cintura, hay más recursos que vos le puedes ofrecer a la mujer. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

Ahora bien, entre las prácticas de la atención del parto que contribuyen de modo significativo, considero relevante resaltar los cursos de preparación para el nacimiento que dictan en el servicio para las futuras usuarias. El curso es organizado por la jefa de obstétricas y es

dictado por Licenciadas en Obstetricia y eventualmente dependiendo de la temática se invita a otras/os profesionales del servicio como es el caso de psicólogas, obstetras, pediatras, etc. Tiene una duración de 8 encuentros y es dictado de forma presencial, pero desde el año 2020 producto de la pandemia se realiza de manera online y hasta que finalice el trabajo de campo continuaba la misma modalidad.

El mismo cuenta de 7 clases circulares, (esto quiere decir que la PCG y quien desee acompañarla puede elegir realizar el curso en cualquier momento de su gestación) son continuos y libres para todo público. Se realizan todos los jueves por la mañana y se tratan diversos temas en relación al nacimiento, lactancia y crianza. También respecto a salud sexual y reproductiva.

Las temáticas de las clases son; cuidados del recién nacido, lactancia humana, puerperio, parto y cesárea, trabajo de parto, motivos de consulta, armado de bolso, visita a la sala de parto. Las charlas están dirigidas a las usuarias que se encuentran internadas dentro de la institución. Además de las clases que se virtualizaron quedaron clases presenciales para personas que se encuentran internadas en el bloque de maternidad de alto riesgo.

Los cursos buscan dar información a las mujeres y PCG como también acercarlas al lugar donde van a parir, punto muy importante y pero que se vio limitado dado que las visitas guiadas no pueden llevarse adelante dado al contexto de pandemia por Covid-19.

4.4 Una introducción a las barreras del acceso al parto humanizado

En el siguiente apartado me propuse desarrollar cuales son las barreras que identifiqué para la atención del parto desde el paradigma de parto humanizado.

En principio pude visualizar que en general tienen que ver con prejuicios por desconocimiento a lo que la ley plantea y también se percibe una estigmatización a la población que asiste.

Con el fin de poder enfatizar en cada una de ellas construí 4 categorías de análisis

- Barreras del sistema de atención

Me refiero a barreras del sistema de atención a las acciones y/o actividades que el sistema de salud organiza sin tener en cuenta las necesidades de individualidad que tiene el proceso de atención del parto y nacimiento.

La primera barrera a la que refirieron las entrevistadas fue que las mujeres y PCG

llegan al servicio luego de que el seguimiento del embarazo lo hayan hecho en los centros de salud, este aspecto es importante a tener en cuenta dado que la mujer cuando llega al servicio se encuentra con profesionales totalmente desconocidos.

La fragmentación agudiza esto en la medida que el profesional que atiende el parto no es el mismo que el que hace el seguimiento:

No siempre la obstétrica que te ingreso es la que te va a asistir el parto ya sea porque cambió la guardia porque justo vino otro parto y ahí no se genera un vínculo una relación con la familia, quizás sí empatía, pero es algo que sucede y es una traba. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

Cabe destacar que una actividad que buscaba vincular a las mujeres y PCG con el servicio y de ese modo salvar las distancias, eran los cursos de preparación para el parto. Antes de la pandemia se realizaban recorridos por el servicio. Producto de las condiciones que generó el Covid-19 los cursos pasaron a ser virtuales, y lo que manifiesta la jefa de parteras es que hizo que se pierda a muchas de las mujeres que anteriormente participaban, dado que no todas las usuarias del servicio cuentan con dispositivos para acceder a la modalidad virtual.

- Barreras edilicias

Con barreras edilicias me refiero a aquellas que tienen que ver con las condiciones de construcción del edificio, como así también de normas de uso del mismo que interfieren y obstaculizan la atención.

La primera barrera edilicia que encontré fue que cuando se finalizó la construcción del nuevo edificio, que fue producto de una modernización en el sistema de salud, el traslado fue un proceso que no estuvo desprovisto de tensiones, generó incomodidad y estuvo atravesado por barreras para ser llevado adelante. Esto se materializa en noticias periodísticas donde se presentan las barreras que interpusieron profesionales y personal del hospital al momento de llevar adelante la mudanza. Esta fue suspendida en varias ocasiones y tuvo que intervenir la justicia.¹⁶ Esto muestra la fuerza con la que cuenta el colectivo profesional y el personal del hospital para interponer acciones cuando no están de acuerdo con decisiones de

¹⁶ Para más información se puede dirigir https://www.ellitoral.com/area-metropolitana/medicos-presentaron-amparo-frenar-migracion-iturraspe_0_rC5RsrGK5z.html

la Dirección.

Otra de las barreras que pude identificar, de acuerdo con lo que expresa una de las entrevistadas “ediliciamente es complicado que los familiares estén cerca de las pacientes dado que la puerta de acceso al quirófano está muy alejada de la puerta de ingreso de la maternidad” (Entrevista a Médica 2, 15 de agosto de 2020).

Aquí se muestra como al momento de pensar la distribución en el área de alto riesgo no se tuvo en cuenta aspectos relevantes a la atención del parto como es el acompañamiento y la cercanía de los familiares.

Además, en relación a la difusión de la información la profesional manifestaba que en el nuevo edificio está restringido colgar carteles y/o hacer intervenciones que busquen informar a las usuarias sobre sus derechos, lo cual se presenta como otra barrera.

En el área de baja complejidad lo único que no se tiene disponible es anestesia epidural para ofrecerle a las mujeres o PCG en caso de parto vaginal, “eso tiene que ver con una cuestión de presupuesto y es algo que se busca visibilizar y luchar para poder conseguir y tener disponible manifestó una de las profesionales”(Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio 2020), considero relevante traerlo dado que tiene que ver con las herramientas que se necesita tener disponible para la atención que responde a un modo de concebir y realizar la atención del partos que tiene ciertas huellas que se corresponde con el modelo tecnocrático.

- Barreras disciplinares

Me refiero a las barreras disciplinares, aquellas en las que existen diversas ideas asignadas a cada profesión en particular, reforzándose a sí misma por ser de un colectivo específico.

La barrera que encontré en relación a las disciplinas, fue cuando las enfermeras manifiestan que en las situaciones que se las incluyen no se sienten cómodas ni verdaderamente incluidas. Aquí se puede ver la subalternidad de la profesión y la centralidad de las actividades a temas biomédicos. De esta manera ellas sienten que se las deja de lado y obtura hacia el interior del servicio las relaciones.

Hay ateneos los médicos nos han invitado y la verdad que es muy médico viste como que para enfermería viste como que quedas un poco afuera, todas terminologías que no escapa a nuestro conocimiento, pero son técnicas o trabajos de investigación que ellos después lo llevan a un protocolo. (Entrevista Enfermera 1, 18 de agosto de 2015)

En este sentido, Hugo Spinelli trae su aporte en relación a las debilidades que se presentan en las organizaciones de salud y a visibilizar cuáles son sus principales obstáculos. Es por esto que la necesidad de colocar el tema del trabajo en la agenda de las organizaciones, se fundamenta en que no es abordado por las mismas. Un hospital realiza ateneos semanales o mensuales –los temas más frecuentes son enfermedades o procesos de atención– pero es excepcional que la institución los reúna para hablar y pensar el "proceso de trabajo" y si lo hace no es raro que siga la lógica del trabajo industrial. (2010, p.282)

En esta línea pude observar indicios de un servicio absolutamente fragmentado en donde la mujer atraviesa distintas intervenciones sin un seguimiento único, tal como si se tratara una línea de montaje. Lo que muestra la preponderancia del modelo tecnocrático.

La Enfermera 1 lo plantea en su discurso:

Es cansador trabajar con gente, aparte los médicos no son los mismos las enfermeras no son las mismas, es decir hay médicos que vienen con mucha soberbia. Ellos te dicen capaz que viene una nena, así como vos y te dicen, yo voy a hacer lo que yo quiera. (Entrevista Enfermera 1, 18 de agosto de 2015)

Se presentan tensiones hacia dentro del servicio que muestran un campo de conflicto entre profesiones en donde hay posicionamientos antagónicos, lo cual se ve claramente en el discurso de la Trabajadora Social:

Hay gente que nunca estuvo convencida de esto cuando se inició la pelea con la ley de parto respetado imagínate las trabas que ponen, que tenemos una reglamentación del año pasado. (...) Hay cesáreas que deberían ser acompañadas y hay una resistencia absoluta a eso. Porque es una zona quirúrgica por una cosa y la otra y sigue estando la resistencia en enfermería, de obstetras, de los residentes, no las parteras, no todas, pero en su mayoría promueven este tipo de partos. Se juntan hacen una nota y la sacan en los medios. Mira che no están cumpliendo. Tienen una puja con los obstetras también ahí. (Entrevista a Lic., en Trabajo Social, 9 de junio de 2020)

Aquí la Trabajadora Social hace referencia a las disputas que se dan entre las/os profesionales, y como los médicos tienen cierta resistencia a respetar derechos que son válidos, pero tienen la fuerza y el apoyo de otras profesiones como es el caso de las enfermeras y los residentes para no hacerlo.

En cambio, intenta dar cuenta de cómo el grupo de obstétricas luchas por garantizar los derechos y buscan llegar a los medios de comunicación para visibilizar estas situaciones.

Se puede ver que el 12 de mayo de 2020 se publicó en el periódico virtual periodicas.org la noticia “El Hospital Iturraspe no cumple la Ley de Parto Respetado”. En la nota se desarrolla la experiencia de una persona gestante, como también el reclamo de las parteras.¹⁷

- Barreras ideológicas

Con barreras ideológicas me refiero a, aquellas que tienen que ver con el sistema de creencias de cada persona y que se materializan en sus prácticas. Es esta barrera la que tiene vínculo directo con las percepciones, las cuales son el objetivo principal de mi investigación y se buscan explicar a partir de estos aspectos.

Es un ejemplo de ello lo que manifiesta la médica 2 en el siguiente relato:

Al momento de la solicitud de la placenta para llevársela a su casa, “no te imaginas todo lo que dijeron” (Entrevista a Médica 2, 15 de agosto 2020) aquí se identifica el desconocimiento del derecho a poder solicitar la placenta lo cual está muy claro en la reglamentación de la Ley N°13.634 en el inciso D “se podrá solicitar la placenta, a solo requerimiento, para lo cual el equipo de salud le informará la mejor forma de almacenamiento y transporte, y dejará constancia de ello en la historia clínica”. (Ley N°13634,2019).

La Trabajadora Social aporta en su discurso que no todos los profesionales tienen el mismo criterio a la hora de pensar en respetar y garantizar derechos, “no todos los profesionales están de acuerdo en respetar los derechos de esta manera, lo más duro es el personal de salud que se adapte a estos cambios”. (Entrevista a Lic. en Trabajo Social, 9 de junio de 2020).

También una de las entrevistadas manifestó que en una oportunidad uso luces tenues y música en la sala de TPR y al otro día recibió un memo (nota donde se pasa información al personal por parte de quien coordina el servicio) pidiendo que no repitiera esa acción, pero manifestó que fue esa vez únicamente y que continuó haciéndolo de todos modos en otras oportunidades. Es en esta instancia donde se puede visualizar marcas del modelo tecnocrático, dado que no se puede habilitar prácticas que salgan de lo establecido por el MMH.

¹⁷ <https://periodicas.com.ar/2020/05/12/el-hospital-iturraspe-no-cumple-la-ley-de-parto-respetado/>

Otra práctica recurrente es lo que relata la Trabajadora Social: “Primero a las embarazadas les dicen panza por ejemplo yo llevo, no tienen identidad son panzas todas son mamá, ninguna tiene nombre ninguna tiene apellido”. (Entrevista a Lic. en Trabajo Social, 9 de junio de 2020).

De este modo, se produce la despersonalización de la mujer o la PCG. Esto es, una práctica de atención que además de no corresponderse con lo establecido en la ley de parto humanizado, deja entrever cómo la subjetividad de los actores durante la implementación de una política puede desviar sus objetivos específicos. Así opera el modelo tecnocrático en el que la mujer o la PCG es objetivada, el cuerpo es manipulado como una máquina y el médico es situado en una posición de profesional supremo que puede tomar decisiones con absoluta independencia.

Considero importante tomar el aporte de Spinelli para poder reflexionar sobre la labor de las/os profesionales y su impacto.

El trabajador de la salud, no es el trabajador manual pensado por Taylor, sino que es un trabajador del conocimiento y por ende el lenguaje –verbal y no verbal– es central en su proceso de trabajo. El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento, hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad. (Spinelli, 2010, p.283)

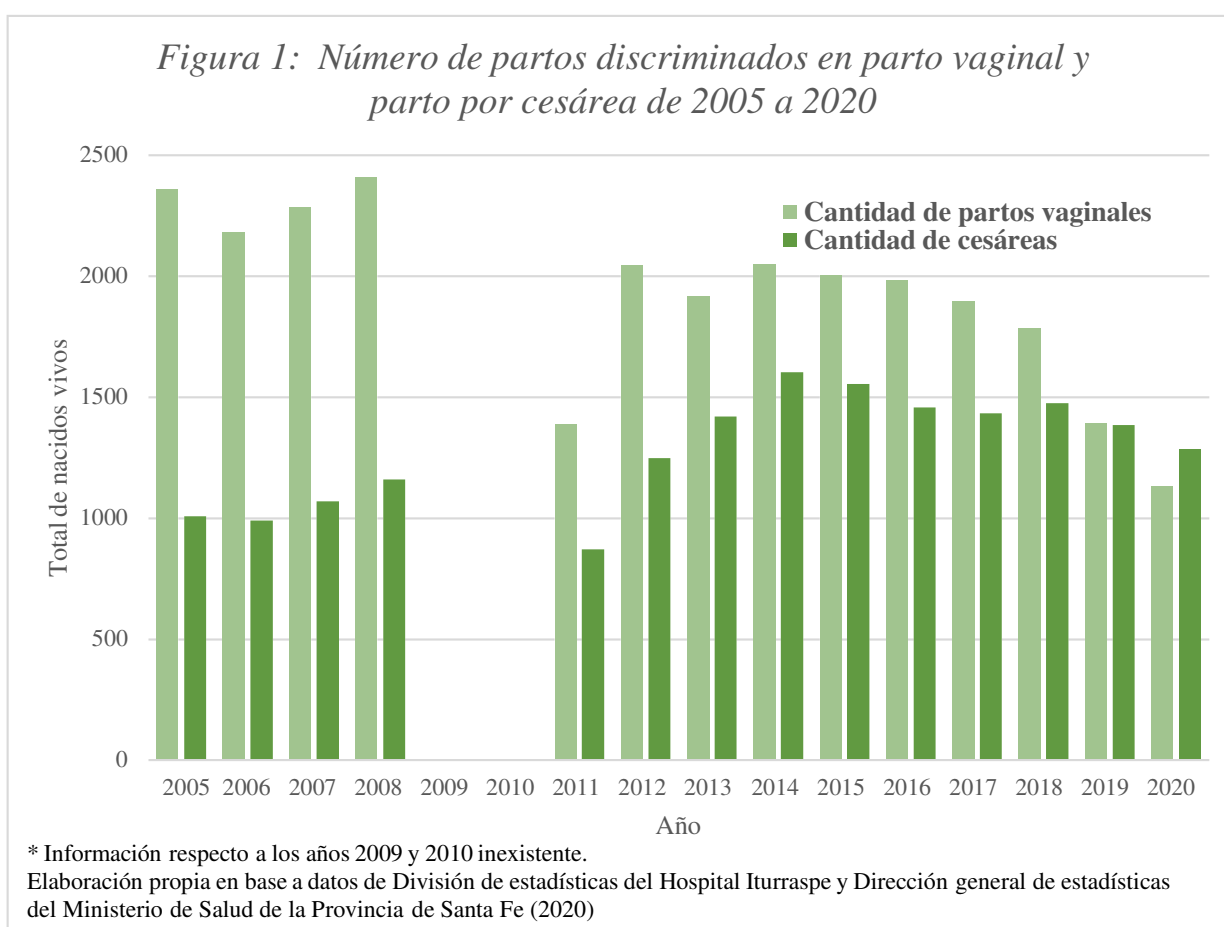
De esta manera se puede ver como el profesional de la salud produce un impacto en las personas que atiende dado que sus palabras influyen en la persona y tiene consecuencias, es por esto que la reflexión en sus prácticas es fundamental. Mediante esta construye la realidad. Se generan marcos referenciales donde se ponen en juego los derechos del paciente. Aquí es donde cobran importancia sus creencias y su instrumento de expresión: la palabra.

Es de este modo que la subjetividad de cada profesional afecta a la implementación, dado que no hay protocolos en relación al trato, a la información que se debe dar y más que nada en todo lo que respecta a la comunicación.

4.5 La cesárea: un modo de parir en alza que no garantiza derechos

En este apartado abordo el modo de parir por cesárea y como se lleva adelante en el servicio. Identifiqué que en el servicio se presenta una tendencia en crecimiento al parto por cesárea, situación que no se adecua a los lineamientos que postula la OMS.

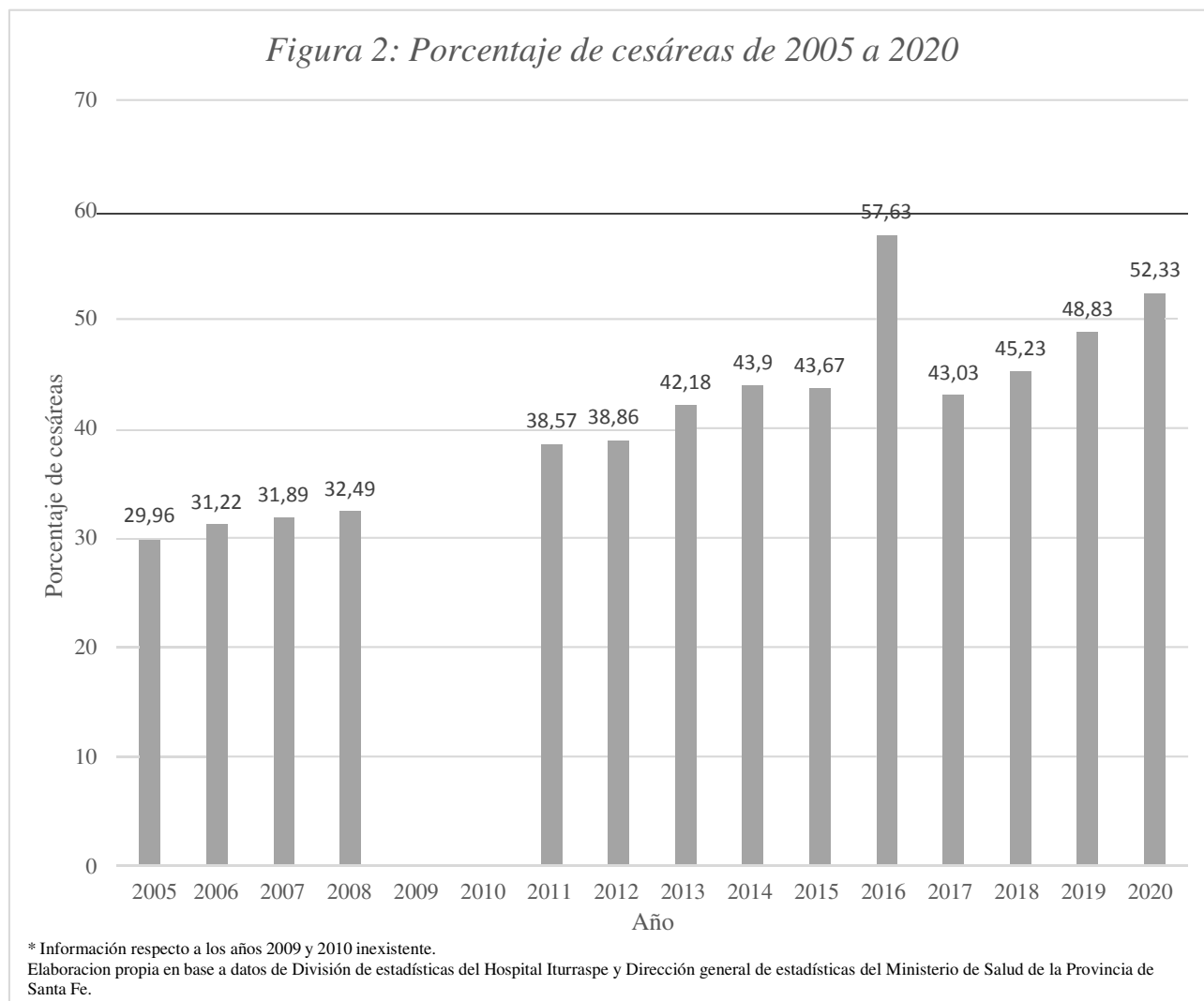
El acceso a esta información hizo que pueda registrar cuales son las tasas de partos vaginales y por cesárea para cotejar con los lineamientos de la OMS, la cual desde 1985, recomienda que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Es así que pude llegar a obtener los porcentajes de cesáreas que se dan en la maternidad. De esta manera pude relevar la información que devela que desde el año 2005 hasta el 2020 superan el 25 %. A continuación, se detallan el número de partos y se discriminan por tipo de parto, vaginal, o por cesárea en la figura 1 y los porcentajes de cesáreas se presentan en la figura 2.¹⁸



En la figura 1 se visualiza como el parto por cesárea en el período 2005- 2020 en el servicio de obstetricia se sostiene y va en aumento.

La información de los años 2009 y 2010 se encuentra incompleta por lo que no me fue posible hacer la desagregación de la información en parto vaginal y cesárea.

¹⁸ Las tablas con la información que dieron origen a las figuras 1 y 2 se encuentran en el anexo.



Es en la figura 2 donde se puede ver como el porcentaje de cesáreas se aleja del 15% como máximo esperable, recomendado por la OMS y continúa en aumento.

Es a partir de estos datos que pude vislumbrar que los partos por cesárea sobre el total de partos se han incrementado en lugar de reducirse a lo largo de los 15 años de implementación del modelo de atención MSCF.

La OMS recomienda que los establecimientos sanitarios deban usar el sistema de clasificación de Robson con las usuarias del servicio, para disminuir estos números.

Como ya mencioné anteriormente, pude identificar que las mujeres y PCG son acompañadas por una persona de su confianza, en el caso del parto vaginal, pero pude identificar que en el caso de cesárea no está autorizado excepto en casos excepcionales como el que expongo a continuación.

Encontré en el discurso de la Médica 2 la referencia a la primera cesárea respetada, ella explica que para llegar a ella fue necesario la presentación de un plan de parto y es de esta manera que pudo ser llevada adelante.

A continuación, se presenta el relato de la Médica 2 donde describe la primera cesárea respetada, fue en caso de excepción.

La primera cesárea respetada que hicimos fue la de Noelia¹⁹, fue hace 3 años, fue la primera mujer que presentó un plan de parto, ella había pedido un determinado tipo de música, ella tenía gemelos, pero le habíamos hecho la cesárea. Ella lo que quería era parto, pero bueno no se pudo porque hizo una complicación materna, que había que sacarlos antes, una semanita antes. Esa fue la única vez que entró un marido, un papá al quirófano, porque hubo todo un movimiento, aparte era conocida mía. Bueno entonces, yo pedí ciertas cosas y como ella lo había presentado bien formal al jefe del servicio y en Dirección. Entonces el jefe me dijo, bueno sí. Yo le digo vos déjame y yo preparo y él me dijo si vos te vas a encargar, encárgate vos, pero a mí no me traigas problemas, vos quedate tranquilo le dije yo. Y fue toda una logística hablar con la Jefa de quirófano de ese momento que era María, explicarle cómo iba a ser. (Entrevista a Médica 2, 15 de agosto de 2020)

En su relato se puede ver como esta práctica es conflictiva dado que el jefe de servicio plantea la posibilidad de tener posibles problemas, la médica manifiesta que esto se debe a que son muchas las personas que intervienen en esta instancia y no todas están de acuerdo con lo que plantea la ley, un tópico que ya fue abordado pero que es puntual retomar.

Es en esta práctica donde se puede ver una transacción particular que vislumbra un patrón clientelar. Se ve como un derecho se convierte en un privilegio, se disfraza de buena práctica a algo que continúa reproduciendo las desigualdades a la hora de pensar la atención del parto.

Cabe mencionar que la ley contempla que las mujeres sean acompañadas en todo momento independientemente de la vía por la cual sea el parto, es así que, si se hace una cesárea la mujer o PCG debe poder estar acompañada, algo que no ocurre de manera regular en el servicio.

Es aquí donde quiero hacer mención que un parto humanizado no depende de la vía

¹⁹ Todos los nombres que se mencionan son ficticios para mantener el anonimato de las entrevistadas.

que se dé el mismo, sino del respeto por los derechos a la mujer o PCG en cada una de esas instancias. Lo que quiero dejar claro es que un parto por cesárea también es un parto humanizado si se cumplen todos los derechos de las mujeres o PCG que lo transitan.

Pero teniendo en cuenta que en el servicio no se permite el acompañamiento a las mujeres o PCG en partos por cesárea y se visualiza un crecimiento en la tasa de estas es que pude inferir que las percepciones de las/os profesionales en relación al parto humanizado no se encuentran acordes a lo que la ley y los programas vigentes plantean, sino que presentan vinculación con el modelo atención tecnocrático.

También considero que la utilización de un instrumento como el Plan de parto. El cual es un instrumento que utilizo la mujer a quien se le garantizo un parto humanizado puede ser un mecanismo para generar cambios al interior del servicio y que se lleve adelante un parto en el que no se nieguen derechos.

En relación al Plan de parto la Obstétrica manifestó que nunca tuvo una consulta por eso, lo que refuerza la necesidad de difundir este documento que puede ayudar a empoderar a las mujeres y PCG y hacer efectivo el cumplimiento de la Ley de parto humanizado.

El mismo es un documento realizado con el consentimiento del médico en el que la mujer o la PCG estipulan sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y nacimiento y es presentado a la institución. Este documento genera visibilidad y seguridad en la medida que compromete las prácticas de quienes lo reciben.

El mismo está contemplado en la ley como un derecho. Se encuentra en el inciso B de la Ley provincial N°13634 que se presenta a continuación:

Podrá la usuaria del servicio de salud, en virtud de las mencionadas preferencias y elecciones, presentar conforme a su derecho a: establecer Directivas Anticipadas sobre su salud, un Plan de Parto donde manifieste los lineamientos generales de la asistencia que desea recibir durante la gestación, el parto y el postparto inmediato el cual será parte integrante de la historia clínica.

Las directivas deberán ser aceptadas por la Institución y por los profesionales intervinientes, salvo que impliquen desarrollar prácticas contrarias a la legislación y evidencia científica vigente, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Idealmente, dicho Plan de Parto, será confeccionado conjuntamente entre la persona gestante y el equipo de salud, si las circunstancias lo permiten. (Ley N°13634, 2019).

Considero que la puesta en escena de un instrumento tan importante pero invisibilizado hasta el momento en el servicio puede ser un posibilitador de cambios que abone a garantizar los derechos de las mujeres y PCG en su transitar por el servicio.

4.6 Prácticas que garantizan derechos

En contraposición a lo anteriormente mencionado pude identificar que las mujeres y PCG cuentan con una amplia gama de elementos para elegir en el momento del trabajo de parto y parto.

En el caso de ser embarazos de bajo riesgo se encuentran con una sala de parto donde tienen disponibles telas, pelotas, banquito, un baño con ducha para que puedan tenerlo disponible en todo el momento que están en trabajo de parto y el momento del parto. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

En una de las clases del curso de parto una de las mujeres asistentes consultó si la episiotomía²⁰ es una práctica de rutina. La Obstétrica que dictaba el curso manifestó que no era una práctica de rutina. Esto se refuerza con el relato de la jefa de Obstétricas “la episiotomía no se hace de rutina, de hecho, tenemos un 15% de episiotomía que es un número relativamente bajo o sea que re bien con esto” (Entrevista a Lic. en Obstetricia 16 de junio de 2020)

Además, la mayoría de las entrevistadas manifestó que las prácticas que se encuentran garantizadas son el corte de cordón tardío, el contacto piel a piel entre la persona gestante y el bebé como también que puedan moverse libremente, ingerir alimentos, ducharse, escuchar música, utilizar esencias y hornitos, estas dos últimas opciones no suceden siempre y en general son menos utilizados que las demás y deben ser traídos por las mujeres y PCG.

Las entrevistadas sostuvieron que las terapias alternativas son aceptadas, pero es necesario aclarar que no se encuentran oficialmente incluidas. El Servicio contaba con una profesora de yoga que dictaba clases para las mujeres y PCG, pero por no ser consideradas profesionales no pudieron concretar su contratación y su inclusión en el staff, quedando como una actividad que realizaba ad honorem lo que determinó que la práctica se fuera perdiendo.

²⁰Episiotomía es la incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo. La práctica de la episiotomía en forma restringida tiene beneficios cuando se la compara con su uso en forma rutinaria. No hay evidencia que el uso rutinario ó liberal de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales. (Uranga et al., 2004, p. 36)

Tampoco cuenta con Puericultoras ni Doulas, pero las mujeres y las PCG pueden ingresar con sus Doulas, aunque se trata de un acompañamiento gestionado de manera particular. Por su parte, de las Puericultoras las entrevistadas no hicieron ninguna mención por lo que se infiere que se trata de una profesión completamente invisibilizada. A partir de estos indicios es posible advertir un incipiente marco de creencias sostenido en el modelo de atención holístico que busca integrar otras profesiones percibidas como alternativas.

Quiero resaltar que en el servicio de obstetricia pude identificar que hay una condición de posibilidad para la atención desde un paradigma humanístico. Esto se puede observar en el área de baja complejidad donde se llevan adelante los partos vaginales, las salas están preparadas con todo lo que necesitan las mujeres o PCG para elegir como parir. La sala de TPR (trabajo de parto, parto y recuperación) cuenta con telas, pelotas, un banquito, un equipo de monitoreo fetal, un baño donde se encuentra disponible la ducha.

En el relato de la Psicóloga y la Trabajadora Social esto se puede vislumbrar con claridad:

Ediliciamente las salas son bellísimas, son amplias, tienen todo lo que la mujer necesita, los elementos sobre todo para garantizar las diferentes posiciones para parir y la pelota, donde te colgás unas telas, viste bueno y son las mismas parteras las que garantizan que la mujer pueda optar y elegir la posición que siente en ese momento los elementos están a disposición en cada sala de parto, las camas también son bellísimas la verdad que en eso se ha logrado un gran avance una mejora en todo lo que es el acondicionamiento de las salas de parto, son bien amplias él bebe está ahí todo el tiempo, todo el equipo profesional está acompañando a la mujer la verdad que si se ha logrado un muy buen trabajo.(Entrevista a Psicóloga, 15 de junio de 2020).

Hay una sala de trabajo de parto impresionante tiene todos los elementos para que una mujer realmente decida como tener a su hijo. Banco, telas, pelotas, música, hay una jefa de parteras que está todo el tiempo militando ejemplo obligando a las parteras que llamen a las mujeres por su nombre y no por el apellido digo porque lo he presenciado. (Entrevista a Lic. en Trabajo Social, 9 de junio de 2020).

Las entrevistadas en su mayoría plantean que el hospital cuenta con espacios lo suficientemente equipados para que las mujeres y las PCG puedan acceder a elegir como quieren parir y, en consonancia con esto, se practique un parto humanizado en el área de bajo riesgo, no se planea lo mismo en el área de alto riesgo.

4.7 Percepciones del parto humanizado

A continuación, presento las percepciones de las profesionales de la salud en relación al parto humanizado.

Con percepciones me refiero a lo que las profesionales consideran como debe ser la atención del parto humanizado, y se traduce en el modo en que las/os profesionales de la salud se posicionan frente al protagonismo de la mujer, la información previa indispensable, la formación continua del equipo, el acompañamiento, entre otras.

Cabe mencionar que de los profesionales de la salud del servicio de obstetricia del Hospital Iturraspe quienes accedieron a ser entrevistadas fueron solo mujeres, los varones a los que se contactó se negaron a ser entrevistados, aspecto que no es menor dado que denota el interés en la temática.

A continuación, presento los fragmentos en que las entrevistadas desarrollan lo que consideran como parto humanizado.

La Psicóloga dice “el parto respetado es un buen trato sobre todo, con un buen trato sobre todo, con un lenguaje apropiado, buscando que la mujer y su familia se sienta cómoda. Que puedan sentirse parte del servicio, siendo protagonistas de ese evento tan importante para el cual asisten al hospital que es el nacimiento. (Entrevista Psicóloga, 15 de junio de 2020)

La Médica 1 manifiesta que, yo lo que te puedo decir y lo saco de todos los programas que surgen como guía para hacer una buena calidad de atención es que necesitamos tener la mirada puesta en la persona protagonista que no somos nosotros ni el sistema ni el agotamiento entonces si nosotros tuviéramos la mirada puesta en el protagonista en la atención de esa persona todo sería más fácil de aplicar yo considero que eso es fundamental para el parto humanizado. (Entrevista a Médica 1, 9 de mayo de 2019)

La Médica 2, pero lo que considero yo que es un parto respetado es primero atender las necesidades de la mujer cuando viene a parir, es importante el tema de la contención, que la mujer este acompañada por alguien que ella decida eso como primera medida, después hacer el acompañamiento si bien es cierto nosotros no estamos todo el tiempo con la paciente porque para eso está el acompañante para darle sostén y todo. Bueno es fundamental que le persona cada vez que entre es importante que se presente con la paciente y con el familiar yo cuando tengo que entrar intento ser

clara explicar, presentarme. (Entrevista a Médica 2, 15 de agosto de 2020)

La Trabajadora social plantea “que te den la opción eso creo que es, tiene que ver con el parto respetado porque si yo no lo sé, dónde quieres estar, si preferís un parto preferís una cesárea que puedas elegir” (Entrevista a Lic. en Trabajo social, 9 de junio de 2020).

La Licenciada en Obstetricia postula que un parto respetado es un nacimiento donde la mujer considera que fue respetado, después uno asiste nacimientos en un contexto de respeto y hay que ver lo que cada uno considera respeto para mí hay cuestiones básicas de decir ingreso me presento hola, permiso te voy a examinar por esto y esto, quieres esto te doy opciones, brindamos información, asesoramos en lactancia, un montón de situaciones. (Entrevista a Lic. en Obstetricia 16 de junio de 2020)

La Enfermera 1 manifiesta que acá tratamos que el trato sea bueno, acá hay médicas que son médicas obstetras toco ginecólogas que son muy buenas chicas, como que las solidariza ser madres también si, si, si perdóname que te diga así y estas chicas son las que están en los consultorios con las adolescentes que son madres entonces cambia mucho (...) Si lo del parto humanizado sí, no fue fácil porque viste nadie es igual a nadie y ya ahí la personalidad es única e irrepetible de cada uno, o sea tenés los médicos, las parteras, los residentes, los pediatras, los alumnos, los enfermeros, es impresionante, más los familiares que se te suman, salís con la cabeza así –hace referencia a una cabeza gigante- más o menos. (Entrevista a Enfermera 1, 18 de agosto de 2015)

La totalidad de las entrevistadas concluyeron en que el parto humanizado implica poner a la mujer como protagonista y de la importancia del acompañamiento por una persona de su elección. La psicóloga sumó la importancia de pensar en la mujer y en su familia, lo cual muestra una amplitud en el pensar la atención no solo hacia la mujer sino a incluir a la familia. Todas plantean la necesidad de escucha activa hacia la mujer y de informarlas.

Es aquí donde encontré una mirada desde el paradigma de atención humanístico, puesto que se manifiesta que la mujer es quien debe ser el centro de la atención y no los equipos médicos, es una mirada que busca la transformación.

También es importante destacar que hay una multiplicidad de profesionales que piensan desde el mismo plano, cuestión que no es menor, dado que en muchos casos existen profesiones que son más rígidas que otras a la hora de pensar en cambios. Es aquí que se

visibiliza que existe una comunión entre profesiones. De este modo se presentan similares posicionamientos en relación al parto humanizado.

Asimismo, también encuentro tintes de subalternidad al interior de las profesiones, estose visualiza en la forma de nombrar a las Licenciadas en Obstetricia como “chicas” y también cuando hace referencia la Médica 2 que los médicos intervienen cuando hay complicaciones haciendo mención a que en los momentos que se presentan problemas son ellos quienes intervienen dejando ver así una supuesta superioridad en su rol.

Pero sobre todo las chicas las parteras son las que más tiempo pasan con ellas y nosotros los médicos nos llaman cuando hay alguna complicación que resolver o hay que decidir una cuestión como por ejemplo una cesárea, entonces si entro yo a la sala de parto. (Entrevista a Médica 2, 15 de agosto de 2020)

La Enfermera 1 suma la mirada de que la atención por mujeres es un aspecto positivo dado que considera que son más empáticas con las mujeres y PCG por el hecho de ser madres, aquí pude encontrar que la mirada es un tanto sesgada porque presenta a la empatía o el buen trato de las mujeres profesionales por el solo hecho de ser madres y no por tener una mirada desde el paradigma del parto humanizado, que es el que plantea la ley como garante de derechos, y también hace referencia a lo complejo que resulta la aplicación debido a la multiplicidad de actores con los que cuenta el servicio.

Un aspecto que también es relevante es el que toma la Trabajadora Social cuando hace referencia a que es necesario respetar, cuando las mujeres desean y también cuando no, el no forzar a realizar algo que no es requerido es una acción necesaria y es importante que las/os profesionales lo tengan presente.

También la Psicóloga relata la importancia del cuidado en los casos de pérdidas y de acompañamiento en el duelo lo cual implica también el respeto y el acompañamiento en ese proceso por parte de las/os profesionales de la salud.

Considero relevante rescatar que es en la mayoría de los relatos de las profesionales se muestra un gran interés por remarcar que los deseos y decisiones tienen que ser respetados y puestos en el centro de la escena.

4.8 Aspectos de relevancia para la investigación

En este apartado me propuse recuperar los aspectos más relevantes que inciden en las percepciones. Es decir, intervienen como variables que inciden en ellas. Los que desarrollo en

3 sub aparados. La formación de las/os profesionales, la continuidad de las prácticas que no garantizan derechos y los posibilitadores de cambios.

4.8.1 La formación de las/os profesionales de la salud en torno al parto humanizado

En este apartado busqué identificar y desarrollar la formación en la que está involucrado el personal de salud. Todas las entrevistadas se mostraron abiertas y predispuestas a capacitarse en relación al parto humanizado.

La mayoría de las profesionales se capacitó en la temática a través de instancias de formación producto de su iniciativa particular, esto es, como espacios de formación extra hospitalarios. Así es que la Médica 2 cuenta con una Diplomatura en derechos sexuales y reproductivos, la Trabajadora Social es Especialista en género y diversidad sexual, la Psicóloga es Especialista en salud perinatal, y la Médica 1 se encuentra cursando una Maestría en salud pública.

Por su parte, la Licenciada en Obstetricia es docente en la Facultad de Ciencias Médicas en la Licenciatura en Obstetricia y formó parte de diversos proyectos de extensión en relación al parto humanizado. Además, integra el comité de lactancia del hospital y es coordinadora de los talleres de preparación para el parto. Ella sostiene que:

Trabajar desde la universidad teniendo como socio al hospital dio otro movimiento a la carrera de obstetricia y otras posibilidades para hacer difusión, desde el proyecto se llevaron adelante capacitaciones para los centros de salud y buscamos hacer visitas guiadas al hospital y les dimos un cuestionario a las mujeres y a sus familias para indagar lo que conocían sobre sus derechos y les rindamos folletería también incluimos a los profesionales de los centros de salud. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

Aquí podemos ver como la Licenciada en Obstetricia presenta un amplio recorrido formativo en materia de parto humanizado lo cual explica en buena medida su posicionamiento como agente de cambio al interior del servicio.

También es relevante su observación en relación a que las familias en los cursos de capacitación en los centros de salud estuvieron más interesadas que los profesionales, lo que denota que las profesionales interesadas en llevar adelante la atención desde el paradigma del parto humanizado son la excepción dentro del servicio, “los resultados fueron que los profesionales la mayoría conoce y saben de lo que se trata, pero vimos mayor interés en las

familias en conocer más en profundidad sobre la ley y no así en los profesionales” (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020).

Pude identificar que en general las capacitaciones dentro del servicio son en referencia a cuestiones biomédicas y la única capacitación obligatoria es sobre Lactancia Materna. Es decir, no existe una política institucional de formación en parto humanizado.

La Obstétrica manifestó que se buscó hacer capacitaciones en relación al parto respetado, pero que tuvo muchos obstáculos que llegaron hasta ejercer violencia simbólica hacia su persona y sus colegas o también manifiesta que se piensa equivocadamente que sus proyectos tienen un trasfondo político. Ella manifiesta que sus intereses están puestos en garantizar derechos y seguir sus convicciones para trabajar en pos de la salud pública.

(...)Hacer parto respetado no es hacer un parto es todo un contexto o sea es la promoción es la difusión es el crecimiento de tus propias colegas entonces lo que yo busco es que ellas también crezcan y se afiancen en lo que están haciendo y esto crezca y quede porque cuando yo no esté quiero que siga este proceso. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

A partir de lo expuesto puedo decir que el servicio no cuenta con espacios de reflexión sobre sus prácticas ni instancia alguna sobre la perspectiva de género que las atraviesa. La inclusión de esto último permitiría una mirada más amplia en lo que respecta al parto humanizado y a las buenas prácticas del mismo.

En relación a lo anterior, considero que si bien el modelo de gestión de salud santafesino apunta a ser democrático a través de la participación de las/os trabajadoras/es y las/os ciudadanas/os y tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de toda la población, este postulado queda en lo discursivo no pudiendo plasmarse en la práctica.

Es decir que a la hora de poner en práctica esto aparecen dificultades y no se visualizan acciones tendientes a la misma, como es el caso de capacitaciones que formen a las/os profesionales en esta perspectiva, así como tampoco se habilitan espacios donde puedan participar tanto las mujeres y las PCG como las/os profesionales del sistema de salud, o los espacios que se habilitan son escasos y opcionales, quedando así librado a la libertad del personal a participar.

La necesidad de estos espacios es porque las/os profesionales se ven atravesados por las capacitaciones realizadas o la ausencia de estas y se ve plasmado en los prejuicios que

presentan, las barreras para el cambio y también en las potencialidades.

Mis intenciones no están puestas en hacer un análisis lineal en relación a la capacitación y formación, pero considero que es un punto relevante a la hora de pensar en potenciadores de cambio.

A continuación, presento algunos de los relatos de las entrevistadas:

Formales no, en realidad hubo la jefa de parteras, ella es la que más se ha puesto la capa y la espada en este sentido por el parto respetado ha hecho mucho, para transformar la maternidad y bueno ella hace un par de años organizó un viaje a una maternidad en Buenos Aires a la Estela de Carlotto fueron un par de días con todo un grupo interdisciplinario, profesionales, administrativos, los médicos, enfermería y todos los que estuvieran interesados y querían formarse en esta cuestión así que recorrieron las instalaciones es podría decirse que fue informal. (Entrevista a Psicóloga, 15 de junio de 2020)

(...) Capacitaciones en perspectiva de género, desde la institución no, la única que hay obligatoriamente es la de lactancia materna que es un curso anual que se hace siempre en agosto y eso es obligatorio para todo el personal que ingresa en neonatología pediatría y todas las profesiones que tienen que ver con embarazo y neonatología y el binomio madre y niño tienen que recibir esa capacitación es re importante (Entrevista a Psicóloga, 15 de junio de 2020).

El año pasado cuando estábamos por mudarnos a la maternidad nueva me contacte con la gestión e hicimos un proyecto de transferencia donde fuimos 12, 4 días a convivir a la maternidad Estela de Carlotto, fuimos a hacer la convivencia allá, íbamos a las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde para ver cómo estaban trabajando ellos no vimos en ningún momento un parto, nos contaban cómo se gestó, la ideología como están trabajando, una experiencia hermosa. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

Es a partir de estos relatos como se puede inferir que las capacitaciones quedan a merced de intenciones particulares y no son parte de la propuesta de capacitación del servicio.

Es aquí donde cabe mencionar que la Trabajadora Social fue la única que utilizó el término personas con capacidad de gestar para referirse a las, los y les usuarios del servicio, lo

cual muestra una amplitud en su mirada, dejando entrever la diferencia en su discurso donde el mismo está teñido de su formación con perspectiva de género.

También pude identificar como el equipo de obstétricas está capacitado para ofrecer partos en el agua, lo cual muestra el interés de ese grupo por capacitarse conformándose en un potenciador para garantizar derechos.

Tenemos 7 obstétricas capacitadas por Barbara Harper²¹ es una capacitación internacional para asistir partos en el agua y se presentó un proyecto para hacer parto en el agua y se hizo en Casilda, pero no en Santa Fe así que bueno quedo medio trunco con el cambio de gestión. (Entrevista a Lic. en Obstetricia, 16 de junio de 2020)

4.8.2 Continuidad en las prácticas que no garantizan derechos

En esta sección expongo algunas de las prácticas instituidas como obstructoras de derechos reconstruidas a través de las declaraciones de las entrevistadas. Es necesario recordar que la omisión de algunas de las prácticas enunciadas por la ley de parto humanizado como obligatorias configura una práctica sanitaria encuadrable como violencia obstétrica.

A continuación, presento las prácticas o la omisión de ellas que pude identificar en el transcurso de mi investigación.

En primer lugar, una de las prácticas que puede identificar es la prohibición de un acompañante en el momento del parto por cesárea. La prohibición de un acompañante en el parto por cesáreas es una práctica instituida que viola los derechos de las mujeres. Se encuentra estipulado en inciso G de la ley provincial N°13634 que reglamenta la ley de parto humanizado N°25929:

Toda persona gestante, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene derecho a estar acompañada en todo momento por las personas de su confianza y elección. Estas personas sólo podrán reemplazarse con el consentimiento de la mujer. Asimismo, deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada.

No se podrán exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo a los acompañantes elegidos por la embarazada, salvo la acreditación de

²¹ Barbara Harper es la fundadora y directora del Servicio Internacional de Investigación de Parto en el Agua, centro que lleva investigando sobre el parto en el agua y nacimiento amable desde 1983. Como experta reconocida internacionalmente, da conferencias en hospitales y universidades de todo el mundo.

identidad. A falta de otra prueba en ese momento, se admitirá la presentación de una declaración jurada que acredite la identidad de la persona acompañante, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente por el plazo de cuarenta y ocho (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo por la documentación acreditante. En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer hubiese dado a luz. Todo lo referido en el presente inciso será aplicado en todo momento del proceso de atención y cualquiera sea la vía de nacimiento, vaginal o cesárea. (Ley N°13634,2019).

De este modo se deja claro que incurrir en no permitir el acompañamiento en las cesáreas es un acto que viola un derecho.

En relación a las prácticas instituidas la Psicóloga manifiesta que es necesario seguir trabajando para reducir muchas prácticas que no son las que garantizan derechos y lo plantea como un desafío del servicio:

Reducir todo lo que es medicalización, intervenciones innecesarias, eso afecta mucho todavía ha habido cambios, pero no totales los cambios han sido parciales entonces se sigue viendo intervenciones innecesarias, lamentablemente o medicalización a veces malos tratos enmarcados en lo que es violencia obstétrica y lamentablemente se ve también individuales y aislados, pero no lo podemos negar y se trata de trabajar en equipo. Fallas hay por todos lados no te voy a mentir. (Entrevista a Psicóloga, 15 de junio de 2020)

No llegan las denuncias, la Trabajadora Social te puede decir más, pero no llegan (...) Surgen inconvenientes, las mujeres lo transmiten, surgen en las entrevistas u omisiones. Falta de información, dar por supuesto que la mujer sabe, que la mujer conoce de la información (...) por eso hay que trabajar mucho con cada profesional, para que se puedan adecuar a la situación de cada mujer, al lenguaje, trabajar desde la empatía, que el lenguaje sea concreto claro, que si es necesario repetirle las cosas muchas veces, por ahí los médicos se quejan, pero ya se lo dije, y uno le explica que la intensidad de las emociones hace que nuestro juicio se vea interferido. Te olvidas de las cosas. (Entrevista a Psicóloga, 16 de junio de 2020)

La Enfermera 1 hace su aporte en relaciona la continuidad en las prácticas que no garantizan derechos:

Es cansador trabajar con gente, aparte los médicos no son los mismos las enfermeras no son las mismas, es decir hay médicos que vienen con mucha soberbia ellos te dicen capaz que viene una nena, así como vos y te dicen yo voy a hacer lo que yo quiera. (Entrevista Enfermera 1, 18 de agosto de 2020)

Aquí la Enfermera 1 hace referencia a que algunos profesionales presentan cierta autoridad que les permite hacer su trabajo del modo que ellos quieran y no como plantean las leyes y programas vigentes.

Al igual que el anterior, esto fue observado y considero como una limitación para el buen desarrollo de la atención del parto humanizado y del pleno ejercicio de los derechos de las mujeres y PCG.

Un punto que me resultó muy interesante fue como en el relato de la Médica 1 se muestra la fuerza que tiene el MMH dado que expresa que son ellos quienes habilitan los cambios.

Aunque suene contradictorio yo creo que los que posibilitan los cambios fueron los médicos, tanto en obstetricia como en neo. O sea, si se abre la puerta a parir de ellos todo es más fluido, todo lo demás es ruido porque a veces son los que habilitan y la mayor resistencia también la ponen ellos (risas) y los que más se resisten son los que no se actualizan, pero es cuestión de tiempo y se van aggiornando. (Entrevista Médica 1, 9 de mayo de 2019)

Es aquí donde se manifiesta la fuerza que detenta el MMH que se representa en el modelo tecnocrático, y toda su fuerza es la que la profesional manifiesta como la misma que debe transformarse para generar cambios y como es definitoria a las otras profesiones y a las prácticas que se llevan adelante. Mostrando de esta manera que es un modelo que sigue vigente y que tiene algunas aristas que habilitan la entrada de nuevas prácticas. Dejando muy claro cuál es el grupo que puede ofrecer mayor resistencia a los cambios, y también ser el que perpetúa las relaciones de poder.

4.8.3 Posibilitadores de cambios

En este apartado presento las estrategias identificadas en los discursos de las profesionales que tienden a impulsar cambios.

La Médica 2 describe una herramienta que pensó con sus alumnos para acercar a las PCG con el fin de proporcionar más información y realizar una presentación de lo que el

servicio tiene para ofrecer.

Yo soy instructora de residentes y con ellos habíamos armado un documento en el cual se presentaba todo lo que el servicio tiene disponible a la hora de parir. También presentábamos todos los derechos que tienen las mujeres, pero con la pandemia se nos vino todo abajo. (Entrevista Médica 2, 15 de agosto de 2020)

Es aquí donde se visualizan modos de pensar la necesidad de socializar la información hacia las mujeres y PCG que asisten al servicio.

Considero relevante destacar que el servicio cuenta con un grupo instituyente que lo conforman la Licenciada en Obstetricia, la Psicóloga, la Trabajadora Social y algunas Médicas, puedo decir que tienen una mirada puesta en la implementación efectiva del parto humanizado, lo cual es un aspecto muy importante en relación a la potencialidad con la que cuenta el servicio para garantizar derechos.

Por ellos tomo a Schvarstein para definir instituido lo cual es “aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes, así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social” (1992, p.26). Es así que lo instituido en tanto tal no lo es de una vez y para siempre sin que en ello siempre esté presente la fuerza opuesta que es lo instituyente como protesta y como negación de lo instituido.

Es en este grupo que se encuentra la fuerza que impulsa los cambios y rompe con lo establecido.

Capítulo 5: Consideraciones finales

En el siguiente capítulo presento las conclusiones finales, donde expongo los resultados a los que llegué a partir del proceso de investigación que, lejos de ser reflexiones cerradas y acabadas, pretenden ser aportes a los distintos debates e incentivos a continuar investigando y problematizando sobre los conceptos y prácticas de las/os profesionales de la salud.

La construcción de la presente tesina estuvo guiada por el objetivo de indagar y analizar las percepciones de las/os profesionales en relación al modo de atención de parto humanizado que integran el Servicio de Obstetricia del Hospital J. B. Iturraspe entendiendo que dichos aspectos forman parte de un entramado contradictorio de posiciones que guían las formas de interpretar la realidad y los modos de intervenir en ella.

El supuesto del cual partí es que el modo en que las/os profesionales entienden el modo de atención del parto humanizado impacta en la calidad de atención y que a pesar que contemos con programas y leyes vigentes, el parto humanizado sigue siendo una meta difícil de llevar a cabo en la medida que se trata de una práctica de salud atravesada por el modelo médico hegemónico.

A partir del análisis de los distintos discursos pude observar una heterogeneidad en la construcción de los conceptos en relación al parto humanizado, los que parecerían reflejar los saberes y valoraciones construidas, así como también las formaciones, experiencias, posiciones sociales e intereses de las entrevistadas.

A su vez, esta diversidad de sentidos muestra que estamos frente a dos concepciones distintas: una instituida y otra instituyente. Sin embargo, cabe señalar que la inclusión de los discursos, en una concepción u otra, presenta límites porosos ya que los relatos no son rígidos ni absolutos, sino que anidan contradicciones, tensiones que son necesarias poner en valor, en tanto podrían ser potenciadoras de los procesos de cambio en el modelo de atención.

El análisis posibilita comprender la dinámica institucional, los modos de dar respuesta a las demandas de las usuarias, las asimetrías de poder y los posicionamientos respecto a la atención.

Todas las entrevistadas están familiarizadas con el parto humanizado. En general, tienen muy claro lo que es e identifican con mucha facilidad las fallas en el servicio.

Considero crucial dejar plasmado que quienes accedieron a participar de mi investigación fueron solamente mujeres, lo cual muestra como las tensiones y disputas de poder tiene un sesgo de género. Cabe mencionar que a la hora de convocar a varones que trabajan en el servicio ninguno accedió a ser entrevistado como también al momento de participar de actividades para el servicio la mayoría de asistentes eran mujeres. En todo lo que respecta promover el modelo de atención de parto humanizado se muestra un evidente desinterés por parte de los varones.

Los inconvenientes que identifican las entrevistadas tienen que ver con falta de comunicación, y la insuficiencia de información que se les proporciona a las mujeres y PCG que se atienden en el servicio. Así también las prácticas instituidas son una barrera muy grande y es una problemática a trabajar.

Puedo decir que las fallas están puestas más que nada en las áreas de mayor

complejidad como el área quirúrgica, y no así en el área de bajo riesgo donde pude identificar una apertura e intenciones de reflexión y cambio para implementar el modelo de atención de parto humanizado.

Es relevante tener en cuenta que en el servicio no se permite el acompañamiento a las mujeres o PCG en partos por cesárea, esto se visualiza con un crecimiento en la tasa de cesáreas, que permite inferir que las percepciones de las/os profesionales en relación al parto humanizado no es la acorde a lo que la ley y los programas vigentes plantean sino la que coincide con el modelo de atención tecnocrático. De esta manera, queda en evidencia que el grupo de profesionales que accedió a las entrevistas se presenta como una excepción a la regla pensando el modelo de atención desde el paradigma humanista.

Como punto clave, entiendo que si bien el modelo de gestión de salud santafesino apunta a ser democrático a través de la participación de las/os trabajadoras/es y las/os ciudadanas/os y tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de toda la población, este postulado queda en lo discursivo no pudiendo plasmarse en la práctica.

A la hora de ponerlo en práctica aparecen dificultades y no se visualizan acciones tendientes a la misma, como es el caso de capacitaciones que formen a las/os profesionales en esta perspectiva, así como tampoco se habilitan espacios donde puedan participar tanto las mujeres y las PCG como las/os profesionales del sistema de salud, o los espacios que se habilitan son escasos y opcionales quedando así librado a la libertad del personal a participar.

A lo largo de todo el trabajo encontré solamente una profesional que incluye el termino personas con capacidad de gestar en su discurso, lo que muestra una amplitud en su mirada dejando entrever que esa diferencia está teñida de su formación con perspectiva de género. Las demás entrevistadas solo hicieron referencia al término mujeres, lo que muestra una inexperiencia e invisibilización en lo que respecta a la atención del colectivo LGBTIQ+.

También pude identificar que en general las capacitaciones dentro del servicio son en referencia a cuestiones biomédicas y la única capacitación obligatoria es sobre Lactancia Materna. Es decir, no existe una política institucional de formación en parto humanizado.

Es así que entiendo que es necesario capacitar al personal en perspectiva de género lo que sería una forma de acercar a todo el plantel a la reflexión sobre las prácticas instituidas que no garantizan derechos y ayudaría a reforzar y apoyar los cambios que se vienen dando.

Para esto una línea de trabajo posible sería la aplicación de la Ley Micaela N° 27499,

es una oportunidad para incluir la perspectiva de género desde una política pública que se encuentra disponible y es obligatoria. Como también se encuentran disponibles cursos de capacitación en relación a la temática en la plataforma del Ministerio de Salud de la Nación los cuales están dirigidos a equipos de salud y son gratuitos.

Asimismo, otro de los hallazgos de mi trabajo fue describir como la subjetividad de cada profesional afecta a la implementación del modo de atención, por lo que construir protocolos en relación al trato, a la información que se debe dar y más que nada en todo lo que respecta a la comunicación es un aspecto importante a tener en cuenta.

Puesto que como he planteado en el desarrollo de la investigación, la institución debe garantizar el derecho de las mujeres y PCG a contar con toda la información, así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de las personas usuarias.

Dicho esto, entiendo que existe un grupo que busca hacerlo efectivo y a pesar de algunos obstáculos detectados es de gran importancia que se siga trabajando en pos de mejorarlo.

Además, resulta interesante pensar cómo la pandemia impactó en el servicio y supuso una reversión de cambios orientados a garantizar derechos. Lo cual considero dejarlo aquí como un interrogante para futuras investigaciones.

Otro punto importante es seguir trabajando en pos de que los Estados garanticen estos derechos a través de políticas y programas para mejorar la atención en salud de las mujeres y PCG, incorporando la perspectiva de género, los derechos humanos y la atención culturalmente adecuada antes, durante y después del parto a todas las políticas públicas y programas que afecten a la salud de las mujeres y PCG.

Es así que puedo decir que queda un arduo camino por recorrer para la humanización de la obstetricia y que sigue constituyendo un desafío para las/os profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. Puesto que el objetivo es que los equipos de salud puedan basar sus conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha activa, para tomar en consideración el respeto a la autonomía de la mujer y PCG en la toma de decisiones a lo largo

del proceso de gestación y parto, y de esta forma situarla en el centro de la asistencia.

Abonando a esto creo de importancia comprender que los procesos de cambio son arduos y se encuentran atravesados por una multiplicidad de factores que lo alejan del ideal. Sin dejar de lado esto considero que desde los espacios desde los cuales se viene reflexionando y analizando estas temáticas podemos arribar a ciertas conquistas que busquen desnaturalizar los mandatos que el patriarcado y la heterónoma imponen frente a los cuerpos de las mujeres y PCG, lo cual es lo que busca promover esta investigación.

Y así poder pensar en mujeres y PCG libres, autónomas que puedan planificar y decidir sobre sus cuerpos, acompañadas por equipos de salud que faciliten la puesta en acto de estos derechos. Desde estos supuestos como estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social y futura profesional creo necesario indagar y seguir formándome teniendo como horizonte la perspectiva de género.

Para concluir no quiero dejar de mencionar que esta investigación es un primer acercamiento al extenso universo de la atención del parto y busca dar paso a seguir problematizando y reflexionando sobre la temática. Y pregonar que uno de sus fines es servir a la salud pública para acompañar, revisar y potenciar sus prácticas.

Bibliografía

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Centro de estudios para el Desarrollo Institucional. Documento N°60, Universidad de San Andrés.
- Alemán, N. M. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (12), 79-92.
- Alvarez Matteazzi, E., & Russo, P. (2015). Violencia obstétrica: naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto.
- Bartra, E. (2012). Acerca de la investigación y metodología feminista. En Bartra, E. *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. UNAM.
- Belmartino, S. (1999). Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?, Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Bibliografía Pagura, M. F., Spina, P., Marano, M., & Busaniche, M. (2015). El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas. +E: *Revista De Extensión Universitaria*, 4(4), 124–129.
- Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.
- Borda, P., Dabenigno, V., Freidin, B., & Güelman, M. (2017). Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 147-162.
- Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco Edita.
- Capisiski, J (1976). Parto vertical. *Vivir*, 1(6), 64-68.
- Castrillo, M. B. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. *Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS) (La Plata, 2014)*, 1.
- Castrillo, M. B. (2015). Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. In XI

Jornadas de Sociología (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 13 al 17 de julio de 2015).

Castro, J. C. D., Clapis, M. J. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 960-967.

Castro, R. P., & Bronfman, M. P. (1993). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 375-394.

Colanzi, I. (2014). De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica. In VIII Jornadas de Sociología de la UNLP (La Plata, 2014).

Concejo Interuniversitario Nacional (2021) Guía para un lenguaje no sexista en el Concejo Interuniversitario Nacional. Disponible en: <https://www.cin.edu.ar/download/guia-para-un-lenguaje-no-sexista-en-el-consejo-interuniversitario-nacional/>

Cuevas, M. C. (2008). La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. *Ensayo y Error: revista de educación y ciencias sociales*, 17(35), 95-115.

Davis-Floyd, R. (2001). Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina. Buenos Aires: Editorial Creavida.

Decreto DNU N°260/2020. Emergencia Sanitaria Boletín Oficial de la República Argentina, 13 de marzo de 2020.

Decreto DNU N°297/2020. Asilamineto Social preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina, 19 de marzo de 2020.

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud (2015) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

Dirección General de Estadísticas Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2021) Número Total de nacidos vivos de 2005-2011. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (Inédito)

Ditine, S. (1985). La silla de parto. *Vivir/Buenos Aires*, 10(sn), 25-29.

División Estadística Hospital Iturraspe. (2021) Partos de Abril 2011 a octubre de 2021. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (Inédito)

División Estadística Hospital Iturraspe. (2021) Total de Cesáreas de 2005-2008. Ministerio de Salud de La Provincia de Santa Fe. (Inédito)

Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 113-129.

Flores, V. (2013). Interrupciones: ensayos de poética activista: escritura, política, educación. La Mondonga Dark.

Furtado, L. A. C., & Tanaka, O. Y. (1998). Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, 32, 587-595.

Gorrochategui, J.(2020) Las ideas importan. La salud pública de la provincia de Santa Fe desde los años treinta hasta las reformas neoliberales.(Inédito)

Guber, R. (2004). El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo (pp. 323-323). Buenos Aires: Paidós.

<http://www.abortolegal.com.ar/santa-fe-170508-a-un-ano-de-la-muerte-de-ana-maria-acevedo/>

http://www.partohumanizado.com.ar/parto_respetado/index.html#&panel1-1

<https://partoespetadoencolombia.wordpress.com/2016/05/05/parir-sin-miedo-parir-sin-dolor/>

Jerez, C. (2014). Clase y género en las propuestas de la “Humanización” del parto: Un análisis desde la Antropología feminista.

Larguía, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., ... & Argentina, U. N. I. C. E. F. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural: Conceptualización e implementación del modelo. UNICEF Argentina.

Ley Nacional N° 25.929. Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 21 de noviembre de 2004.

Ley Provincial N°13.634. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe, 4 de noviembre de 2019.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y

algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.

Mattos, R. A. D. (2009). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos 1. Texto extraído do sítio WWW. lappis. org. br–Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Acessado em, 13(07).

Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. *La antropología médica en México*, 1, 97-111.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2019) Gestión 2015-2019. Gobierno de la Provincia de Santa Fe.

Mintzberg, H. (2015). *La sociedad frente a las grandes corporaciones: La necesidad del equilibrio social*. Libros de Cabecera.

Mitjavila, M. (1998). El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Morales Alvarado, S., Guibovich Mesinas, A., & Yábar Peña, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Médico (Lima)*, 14(4), 53-57.

Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/>

OMS (1985). “Recomendaciones sobre el nacimiento”. Fortaleza Brasil.

OMS (2015), Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.

Osorio, V y Saulo ,J (2019)) Parir sin nombre, vivir sin voz en *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón (pp. 183-197)

PEIS “Fortaleciendo las buenas prácticas en los efectores públicos de salud” Reseña histórica Hospital José Bernardo Iturraspe, (inédito).

Piazzesi, S., & Bolcatto, V. (2011). *Hospital Iturraspe: 100 años*. Universidad Nacional del Litoral.

Política Subnacional en Argentina: enfoques y problemas / Emilce Cuda ... [et al.]; compilado por Sebastián Mauro; Victoria Ortiz de Rozas; Martín Paratz. - 1ª ed. compendiada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales, 2016.

Pozzio, M. (2014). El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y

- experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México. *Salud colectiva*, 10, 325-337.
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el " parto humanizado" y la violencia obstetrica. *Revista Estudios Feministas*, 24, 101-117.
- Radi, B (2019) Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos en Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización. *Tinta Limón*. (pp. 125-143)
- Ramírez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter. cambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe. - 1a ed . - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS ; Santa Fe : Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe,2017.
- Rivero, M. B. (2017). Voces y miradas de mujeres en sus roles de madres y cuidadoras (Universidad Nacional de la Plata).
- Saletti, Lorena (2009). "Revisión bibliográfica de la literatura feminista en relación al concepto de maternidad". Artículo presentado en IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Rosario, Argentina
- Sánchez, C. (08 de febrero de 2019).
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Schvarstein, Leonardo (1992) *Psicología Social de las Organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Scott, J. W. (2015). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *El género: una categoría útil para el análisis histórico*, 251-290.
- Soldano, D. (2021). Itinerarios del bienestar en espacios subnacionales: la política social en la ciudad de Santa Fe, 1983-2016.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. *Políticas Públicas, Mujer y Salud*, 27-39.

Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martínez, I., Weisburd, M. J., García, O., ... & Queiruga, M. (2004). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina: Ministerio de salud de la Nación Argentina.

Vasilachis, I. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa.

APÉNDICES

Índice:

Apéndice A: Tablas

Apéndice A: Tablas

Tabla nº1 Número de nacidos vivos, cantidad de partos vaginales y cesáreas y porcentaje de cesáreas de 2005 a 2008.

Año	Cantidad de partos vaginales	Cantidad de cesáreas	Total de nacidos vivos	Porcentaje de cesáreas
2005	2358	1009	3367	29,96
2006	2183	991	3174	31,22
2007	2283	1069	3352	31,89
2008	2408	1159	3567	32,49

Fuente: Elaboración propia en base a documentos oficiales. (Dirección General de Estadísticas Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2021. Número Total de nacidos vivos de 2005-2011) y (División Estadística Hospital Iturraspe, 2021. Total de Cesáreas de 2005-2008. Ministerio de Salud de La Provincia de Santa Fe).

Tabla nº2 Cantidad y tipos de partos, desde abril 2011 hasta octubre 2021 discriminada por mes, año y porcentaje de cesáreas.

Año	Cantidad de partos vaginales	Cantidad de cesáreas	Total partos anuales	Porcentaje de cesáreas
2011	1387	871	2258	38,57
2012	2043	1249	3292	38,86
2013	1919	1420	3339	42,18
2014	2049	1604	3653	43,9
2015	2004	1554	3558	43,67
2016	1982	1457	3439	57,63
2017	1897	1433	3330	43,03
2018	1786	1475	3261	45,23
2019	1394	1385	2779	48,83
2020	1131	1285	2373	52,33

Fuente: División Estadística Hospital Iturraspe. (2021) Partos de abril 2011 a octubre de2021.