



**FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

“DOULAS “

LAS ACOMPAÑANTES DEL NACER

Tesina de Grado
Licenciatura en Trabajo Social

ALUMNA: MALENA GRIME

DIRECTORA: MARICEL ANDREATTA

CODIRECTORA: SILVINA BOSCHETTI

Rosario, 2017.

Agradecimientos

A mis padres, mis hermanas, mi abuela y mi tía, *por ser incondicionalmente mi sostén y apoyarme siempre, aconsejarme y acompañarme en todos estos años en la universidad.*

A Nicolás, mi compañero, *simplemente por estar, por acompañarme y a veces por incentivar me en momentos de decaimiento.*

A mis amigas y amigos de la vida, *por sentirlos cerca en cada pregunta, por interesarse, por bancarme en todo este proceso.*

A mis amigas de la universidad, *que desde el primer año construimos esta amistad, siempre juntas en este proceso dándonos ánimo y fortaleza para poder culminar este recorrido.*

A mi Directora Maricel y a mi Co-Directora Silvina, *por sus tiempos y su dedicación, por enseñarme y aconsejarme. Por estar ahí desde el primer día, incluso cuando me costaba tener continuidad en el trabajo.*

A las personas entrevistadas, *por poder compartir conmigo parte de su tiempo y contarme sobre sus experiencias de trabajo.*

A todos los profesores de la facultad, *porque aportaron todos en mi formación académica, porque me ayudaron a crecer y ser otra desde mi comienzo en la facultad y al finalizar el paso por la misma.*

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO	
I.....	11
De la antigüedad a la edad media. El parto, un oficio femenino.....	11
1.1 Parteras y Comadronas en el renacimiento.....	17
1.2 Un giro de género en la atención del parto. Irrupción del hombre.....	21
1.3 Formación de mujeres comadronas.....	23
1.4 SIGLO XX-XXI. INSTALACION DEL MODELO MEDICO HEGEMONICO. EL HOSPITAL COMO LUGAR DEL PARTO.....	25
1.4.1 Humanizar el parto.....	27
CAPITULO	
II.....	32
2.1 Las doulas, nuevos actores en el acompañamiento del parto.....	32
2.2 Doulas y el sistema de salud público en Argentina.....	39
2.3 La salud publica en Rosario.....	39
2.4 Maternidad Martin.....	41
2.5 Maternidad del hospital Dr. Roque Sáenz Peña.....	44
CAPITULO	
III.....	47
Análisis de las entrevistas.....	47
Presentación del resultado	47

3.1 Parto respetado.....	47
3.2 Información y empoderamiento.....	50
3.4 Emociones y sensaciones.....	52
CAPITULO	
IV.....	54
4.1 Reflexiones sobre la intervención profesional de trabajo social.....	54
4.2 Conclusiones.....	58
Bibliografía.....	62

RESUMEN

El diseño y elaboración del presente proyecto conforma la tesina de grado para completar la formación de la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente a la Escuela de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales - Universidad Nacional de Rosario. El proyecto pretende hacer un recorrido histórico sobre el proceso del parto haciendo énfasis e hincapié en un actor que prevalece en todas las épocas históricas, las mujeres como protagonistas en el momento del parto.

La metodología empleada fue cualitativa, exploratoria- descriptiva., permitiendo realizar una historización del proceso del parto, reconociendo actores que intervenían en cada momento histórico, las personas involucradas ante este acontecimiento, hasta llegar a la figura de las Doulas en la actualidad.

En cuanto a su contenido, esta tesina está conformada por cuatro capítulos, que se organizan de la siguiente manera:

El capítulo 1 consta de una revisión histórica en lo referente al proceso del parto. Se analiza cómo ha ido transformándose la manera en que eran realizados los mismos, y quiénes eran los actores más importantes en cada momento histórico. En este recorrido vemos a un actor cuya manera de nombrarlo va a variar de acuerdo a cada momento, que prevalece en cada época histórica, y que de acuerdo al contexto y creencias de cada época, va a tener mayor o menor intervención en el parto y en el acompañamiento de las mujeres que están atravesando el embarazo.

El capítulo 2, está conformado por el análisis de un nuevo actor en la actualidad que recibe el nombre de Doula. La misma realiza acompañamiento a las mujeres que transitan el embarazo, enmarcándose dentro del paradigma del parto humanizando y apoyándose en la Ley Nacional Nro. 25.929, “De derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”. En dicho capítulo se da cuenta de cómo surge este nuevo actor, y de cómo es el trabajo que ella realiza en este acompañamiento a las mujeres.

En el capítulo 3, se desarrolla el análisis de las entrevistas realizadas a Doulas de Rosario. La información que se ha obtenido como resultado de las mismas se ha ordenado en base a tres categorías, consideradas como las más importantes dado que coinciden en todas las entrevistas realizadas, y ellas son: parto respetado, información

y empoderamiento de las mujeres que atraviesan el embarazo y por último, las emociones y sensaciones que provoca el momento que las mujeres están viviendo con el embarazo.

Por último el capítulo 4 está compuesto por reflexiones sobre la intervención profesional del Trabajo Social, teniendo en cuenta las incumbencias que describe la Ley Federal de Trabajo Social; y también sobre la figura de las Doulas como un nuevo actor en el proceso de parto. En dicho capítulo también se realizan conclusiones finales del trabajo.

INTRODUCCIÓN

La elección del tema propuesto surge a partir del acercamiento a la temática de género desarrollada por medio de las prácticas pre-profesionales en la carrera de Licenciatura en Trabajo Social realizadas en el hospital Dr. Roque Sáenz Peña, ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario. El mismo es referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste. Este efector coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Rosario.

En un primer momento comencé a interiorizarme en el campo de la salud, recurriendo a lecturas específicas, asistiendo a jornadas de capacitación, como también observando y entrevistando a los/las trabajadores sociales que conformaban el servicio de trabajo social del hospital.

De la misma manera, mi tutora de prácticas, me permitió acercarme y conocer la intervención profesional en el campo de la maternidad, quién acompañaba e informaba a mujeres embarazadas sobre maternidad centrada en la familia y parto respetado.

A partir de ello comienza a surgir la inquietud de explorar sobre este acontecimiento que es el parto, pensando categorías para ser analizadas como parto humanizado, parto respetado, violencia obstétrica, violencia de género, modelo médico hegemónico, tecnificación del parto, etc., campo de intervención que tiene como protagonista a diversos actores, representaciones sociales y prácticas que acompañan a la mujer embarazada y a la familia en el proceso del parto.

Hasta hoy se sigue gestando en el cuerpo de una mujer y se nace en el acto físico que ella realiza al parir, siendo el nacimiento y el parto sucesos íntimamente entrelazados que llegan a fundirse. (Muñoz, 2007, p. 5). Ante este acontecimiento, muchas veces la mujer suele estar acompañada por su pareja o bien por sus familiares, pero, sobre todo, se ha encontrado tradicionalmente presente la figura de una persona tenida como experta que, dependiendo de aspectos tan variados como el contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el tiempo histórico en el que ocurre el nacimiento, puede ser la de una mujer de la familia, la comadrona, el obstetra, el chamán o el cirujano.

En nuestra sociedad, el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos del nacimiento, ha ido modificándose a lo largo de los siglos y conforme a la evolución social; de ser un suceso que transcurría en el interior del grupo con la ayuda y el apoyo en general de las mujeres, pasa a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico que debe ser controlado (Muñoz, 2007, p.6).

Comienza a cambiar el lugar del nacimiento y los actores intervinientes, introduciéndose nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo que conducirán maneras específicas de representarlo. (Muñoz, 2007, p. 6).

Hoy en día existe un nuevo actor que acompaña a las mujeres embarazadas hasta el momento del parto, o también en el post parto, personas conocidas como Doulas, mujeres que acompañan a mujeres.

La terminología “Doula” se refiere a la persona de apoyo entrenada y adiestrada profesionalmente para proveer apoyo durante el trabajo de parto. Ella no desempeña trabajos clínicos. (Colunga Alva, 2005 p.38).

“Doula” también se refiere a mujeres que están entrenadas y son expertas en proporcionar atención en el post parto tales como, cuidados a la madre y al recién nacido, apoyo y consejería en lactancia, así como realizar un masaje, cocinar, cuidar niños, realizar encargos y limpieza ligera para la nueva familia. (Colunga Alva, 2005, p.38).

Para poder entender a este sujeto con una práctica específica en el campo de la maternidad en la actualidad, consideré necesario indagar sobre la historia del parto, sujetos participantes, prácticas y discursos en relación con la atención obstétrica para poder comprender su intervención en el contexto actual del nacimiento y del parto.

Por la exploración realizada, los sujetos involucrados en la situación de parto, (con sus prácticas y discursos) fueron cambiando en el transcurso de la historia, surgiendo distintos protagonistas, instrumentalizaciones, institucionalizaciones en este momento de la vida, siendo las Doulas uno de los nuevos actores en este campo de intervención.

En tal sentido resulta de interés en la presente investigación, explorar el contexto histórico y actual en relación al campo de la maternidad considerando que no hay investigaciones realizadas en lo que respecta al rol de las Doulas, tal como

verifiqué en la revisión bibliográfica consultada, principalmente desde la profesión de Trabajo Social.

En base a las lecturas realizadas y a la experiencia de las prácticas como estudiante en el Hospital Roque Sáenz Peña, surgió como pregunta que formula esta investigación y que es sintetizada como planteamiento del problema.

¿Cuáles son las prácticas y discursos de las Doulas en el acompañamiento de mujeres embarazadas en el momento del parto?

Objetivos generales:

Analizar prácticas y discursos de las Doulas en el acompañamiento de mujeres embarazadas en el instante del parto en la Ciudad de Rosario.

Objetivos específicos:

1. Indagar sobre la historia del parto hasta el surgimiento de las Doulas.
2. Analizar prácticas y discursos de las Doulas en el acompañamiento de las mujeres en proceso del parto.

Metodología

Tipo de estudio y diseño:

Para poder dar cuenta de los objetivos propuestos la metodología empleada es cualitativa, exploratoria- descriptiva.

Con respecto a la recolección se realizaron entrevistas en profundidad con guías semi estructuradas a Doulas de la ciudad Rosario, para poder conocer sus prácticas y discursos en relación a la intervención con mujeres embarazadas. La elección de la técnica de recolección de datos es justificada por la manera en que puede ordenarse la información que no restringe ni dificulta la profundidad de los ejes tratados en la pauta, ni de otros que puedan surgir en el transcurso de la entrevista. Son entrevistas flexibles pero a la vez focalizadas en el tema a tratar.

En un primer momento fue considerado pertinente hacer una entrevista abierta como prueba a una de las Doulas para ajustar la guía de preguntas, de ser necesario. Se

acordará con cada una de ellas lugar y horario de encuentros para facilitar encuadre libre.

Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado explícito de las entrevistadas. Posteriormente fueron desgrabadas para su posterior análisis.

La técnica de análisis a utilizadas corresponde al método comparativo constante, uno de los métodos cualitativos reconocidos por varios investigadores, como Glasser y Strauss, Taylor y Bogdan, Lincoln y Guba, Sirvent M.T.

Se utilizaron la planilla de tres columnas elaborada por la Dra. María Teresa Sirvent, como procedimiento de análisis de los datos recogidos, para desarrollar proposiciones teóricas.

El análisis del discurso permitirá acceder a una mayor comprensión del objeto de estudio, logrando a partir del mismo acceder a la interpretación de las prácticas de los sujetos sociales entrevistados.

Población de la muestra

Universo:

El universo a investigar está conformado por Doulas de Rosario quienes realizan acompañamientos a mujeres que están transitando su embarazo.

Unidad de análisis:

La selección de casos será a Doulas que acompañaron a parturientas atendidas en el sistema público de salud de la Municipalidad de Rosario.

CAPITULO I

De la antigüedad a la Edad media. El parto, un oficio femenino.

Las referencias a los primeros escritos sobre los sucesos del nacimiento son aportadas desde el Antiguo Testamento donde son narrados dos partos con resultado de muerte materna en uno de ellos. La ayuda a las mujeres en el parto desde esta época es una actividad exclusivamente femenina nombrando a la presencia de la persona experta como comadrona o parteraza. (Muñoz, 2007, p. 19).

Si nos remitimos a la prehistoria: la mujer paría sola o ayudada por otra mujer; de la misma manera en el neolítico la mujer sigue responsabilizándose de los cuidados domésticos, de la salud y también de la asistencia de los partos y de los cuidados de los recién nacidos. En la biblia, se pueden encontrar citas textuales donde se hace referencia al trabajo de la partera, es decir comadronas hebreas, mujeres que gozaban de una consideración distinguida y prestigio social. Las Matronas eran aquellas mujeres encargadas de la asistencia al parto, siendo más expectante y no intervencionista. (Abad Linares, 2009, p. 1).

En Grecia las parteras y comadronas llegaron a alcanzar prestigio en el siglo V A.C. Hubo en esta época dos tipos de comadronas, las más hábiles encargadas de los partos difíciles y las que asistían a los normales. (Abad Linares, 2009, p. 2).

En Atenas la primera mujer dedicada a la obstetricia fue Agnódice, quién construyó su deseo de convertirse en médica al ser testigo del aumento en el número de mujeres que morían en el parto o se sometían a partos dolorosos. Fue conocida como la “comadrona de Atenas”, y dado que no era fácil que las mujeres aprendieran o ejercieran medicina en esa época, tuvo que utilizar un recurso inesperado disfrazándose de hombre para recibirse de médica. En este período de la historia las mujeres no podían estudiar medicina en Grecia.

Existen dos etapas claramente definidas en cuanto a la figura de las matronas en la civilización griega en cada una de las cuales han actuado como elemento estructural

los textos médicos-filosóficos que dinamizaron la práctica obstétrica, la alejaron de la magia de antaño y la acercaron más a los saberes de los hombres.

En una primera etapa, hacia el año 500 A.C., las matronas o “maiai” disfrutaron de un estatus elevado. En este período de vida pública legal, las matronas según las leyes de Atenas debían ser madres y estar en edad no reproductiva. Sin embargo, estas matronas pre-hipocráticas todavía arrastran el peso de la magia y las supersticiones. (Rojo Martinez, 2014, p.71).

Agnódice ejerció la profesión con apariencia de hombre, aunque revelaba su identidad a sus pacientes. La demanda de sus servicios era enorme, lo que afectó las ganancias económicas de los médicos y llegó a despertar la envidia en ellos, que no dudaron en acusarla de practicar ilegalmente la asistencia al parto. Fue sometida a un juicio por practicar con atribuciones falsas (Lozano, 2011, p. 47).

En el momento del parto como expresa Mascaro (1947, p. 2), las mujeres parían de rodillas como las egipcias, o sentadas sobre un taburete bajo, reclinando la paciente la mitad superior de su cuerpo sobre otra persona; la comadrona se situaba delante en cuclillas. En la Grecia Antigua son las mujeres quienes ‘traen’ la vida al mundo, situación debida en general a que se negaban a que un varón accediera a su privada anatomía femenina, ni siquiera en el embarazo o el parto. En el momento del parto, la mujer recibía la atención de la ‘partera’ y en algunas ocasiones, podía haber un médico disponible cerca, pero en poquísimas ocasiones actuaría (Moral, 2011, p. 53).

Como se observa, el oficio de partera o comadrona en el mundo griego antiguo era un privilegio exclusivo de la mujer, dado lo delicado e íntimo del momento del parto, con las posibles complicaciones biológicas y de otro tipo que podía acarrear.

Con respecto a la sociedad Romana de los primeros siglos las comadronas adquirieron conocimientos y actuaron como especialistas en el cuidado de las dolencias femeninas a partir de la observación de sus procesos corporales (Muñoz: 2007, p.21).

La medicina romana aparece tras el auge de la medicina griega, de la cual hereda sus conocimientos.

El Senado de Roma dictaminaba quiénes debían ser las parteras, mujeres aprobadas en su arte, que debían examinar o asistir a las esposas de emperadores y césares romanos. El parto y los aspectos reproductivos en general, se adscribían a la esfera de lo natural, de lo femenino, de lo doméstico, de lo privado, fuera del dominio de lo público, espacio tradicionalmente masculino.

Las escuelas médicas estuvieron abiertas a las mujeres y existen abundantes referencias de escritos de ginecología y obstetricia hechos por mujeres; Olimpia, Lais, Elefanti, Aspasia, Cleopatra, médica romana con su “Armonia Gyneacorum” de la que parece que se sirvió Sorano de Éfeso para escribir su ginecología (Fernández Conde, 2011, p. 17).

Es de gran importancia remarcar en este período la figura de Sorano de Éfeso, médico griego que ejerció su profesión en Roma. Sus tratados sobre las enfermedades de la mujer lo llevaron a ser considerado uno de los padres de la ginecología.

Los escritos de Sorano sostenían que una comadrona no necesitaba ser madre para comprender cómo nacen los niños. El honor de haber escrito el primer tratado de partos para comadronas romanas, corresponde a Moschión, discípulo de Sorano quien tradujo del griego al latín y recopiló en el siglo II, las enseñanzas de su maestro, recomendando la versión podálica y sus ventajas (Lattus, Carreño, 2016, p.42).

Sorano, advirtió que saber leer y escribir era un requisito importante para ser comadrona y así poder conjugar los conocimientos prácticos con los teóricos. Describe cuáles debían ser las cualidades de una buena matrona: buena memoria, paciente, moral para inspirar confianza, constitución fuerte y mente sana. Recomienda la forma en que la matrona debía dirigirse a la paciente para transmitir confianza y serenidad ante situaciones de peligro. Destaca la conveniencia de que la matrona domine algunas ramas de la medicina como la farmacología, la quirúrgica y el conocimiento sobre plantas medicinales que ha de prescribir. Sus enseñanzas se mantuvieron en vigencia en el milenio siguiente. (Abad Linares, 2009, p.4).

Las parteras de ese entonces, mujeres autodidactas, no tenían ninguna preparación, ni entrenamiento, ni educación especial. Ejercían el arte de la obstetricia, o práctica de los partos, o arte de partear, siguiendo las normas empíricas recibidas por la

tradición oral y práctica, y a la vez la observación de las actividades de las parteras más antiguas, y de su propia experiencia, pues si debían ayudar a parir, debían de haber sido madres antes de ejercer como parteras. Gracias a su habilidad, monopolizaron la asistencia del parto hasta el siglo XVIII. (Lattus, Carreño, 2016, p.42).

“A Hipócrates, llamado *“Padre de la Medicina”* se le atribuyen las primeras lecciones prácticas. Él inició la transición entre el médico-sacerdote y el hombre científico de la medicina y suprimió de ésta última los ritos religiosos, pero las enseñanzas obstétricas contenidas en sus escritos eran muy inferiores a las referidas a otros aspectos de la patología. Hipócrates, partía de conceptos anatómicos erróneos, y carecía de la experiencia de la observación directa del parto. Para él, el feto tendía a abandonar el claustro materno obligado por el hambre, y nace en virtud de sus propias fuerzas, y destaca que solamente en presentaciones cefálicas, porque puede apoyar los pies en el fondo del útero materno. En la presentación podálica, siempre intentaban convertirla a cefálica, y si no se conseguía, se aconsejaba la embriotomía. Pensaba que el parto natural era imposible en presentación podálica, por sus observaciones de grandes desastres en la retención de cabeza última, en que moría la madre, el feto o ambos”. (Lattus, Carreño, 2016, p.42).

Continuando con lo expuesto por Lattus y Carreño, en ocasiones la comadrona requería la presencia del cirujano, pero solamente para intervenciones embriotómicas, que era el único modo de resolver las distocias, como no tenían experiencia en el desarrollo del parto normal los resultados de sus intervenciones solían ser funestos para la madre y el hijo y por todo lo anterior la parturienta rechazaba la presencia del cirujano.

Es de suponer que entre las matronas unas fueran más expertas que otras pero aun así, posteriormente, se ha considerado que tanto ellas como el nivel de su práctica durante la alta Edad Media, se encontraba por debajo del de las matronas de los primeros siglos y el parto estaba estrechamente relacionado con la muerte (Towler y Bramall, 1991; Laurent, 1989, p. 223).

En relación a esto Claudia Opitz (1994) aclara que las comadronas y parteras asistían los nacimientos y conocían todo lo relativo a la salud femenina en la baja Edad Media, pero que sus conocimientos y habilidades no eran tan amplios como se supone hoy día, donde los medios con que contaban las parteras eran escasos y limitados teniendo un final desgraciado los partos difíciles.

Son testimonios de esta situación tal como lo expresa Opitz, las descripciones de partos en los relatos milagrosos dando cuenta del pavor que embargaba a las mujeres de la época – de cualquier clase social- ante la idea del parto. Con respecto a esto Laurent Sylvie (1989) expresa que hay estudios en donde se informa que la religión católica pedía que las mujeres embarazadas se confesaran antes del parto.

La atención que se ofrecía al parto estaba más enfocada a “dejar hacer a la naturaleza”, como del mismo modo por medio de remedios de curación naturales que eran más amplios que los estrictos del parto (Montserrat, 1988, p. 34).

Se puede deducir que al tener y poseer estos conocimientos y prácticas en una época en que las supersticiones y mitos formaban parte del universo de creencias reales, las llevaría en no pocas ocasiones a ser calificadas de brujas. Esta situación recayó principalmente en las comadronas, también llamadas “mujeres sabias”, que durante toda la Edad Media, fueron quienes controlaron y transmitieron el saber en torno a la reproducción (Usandizaga, 1970; Donnison, 1977:4; Cabré i Pairet, 1988) que seguía desarrollándose en el espacio de la privacidad.

Es en la Edad Media cuando se produce claramente un divorcio entre la medicina y la cirugía. La cirugía quedó subordinada a la medicina y la práctica quirúrgica fue quedando en manos de barberos y sangradores. (Fernández Conde, 2011, p. 20).

Este período se describe como una época de retroceso cultural, donde las pócimas y talismanes se aplicaron de nuevo en la asistencia al parto. Sigue existiendo un conocimiento popular de los temas relacionados con el parto. La transmisión de este conocimiento se hace de forma oral (Fernández Conde, 2011, p. 20).

Estas mujeres se formaban acompañando a otra mujer de más edad y experiencia que venía cumpliendo con tal menester. Los conocimientos sobre los cuidados de la mujer embarazada, de la parturienta, de su recién nacido, de los métodos anticonceptivos y abortivos así adquiridos se transmitían de generación en generación, normalmente de madres a hijas o a cualquier otro familiar. De este modo la partera se iba haciendo una experta en su ámbito de actuación. (Fernández Conde, 2011, p. 20).

Esta forma de transmisión del conocimiento y del saber puso a la matrona en situaciones de destierro y riesgo para su vida, acusada de magia, brujería y superstición

durante mucho tiempo. A pesar de que los médicos de la época supervisaban a las matronas, rara vez atendían un parto.

Durante la Edad Media la Iglesia Católica se situó como la única fuerza política y espiritual de Occidente y expresó un rechazo total hacia el conocimiento científico: no sólo no se promovió el desarrollo de la ciencia sino que se propició la pérdida de los conocimientos generales de épocas anteriores. (Fernández Conde, 2011, p. 21).

La práctica de la medicina fue prohibida en Europa en el siglo XII para las mujeres y los judíos, quedando circunscripta a los conventos. En medio de este oscurantismo medieval surge un foco de resistencia en la Escuela de Salerno donde las mujeres practicaban medicina y cirugía. Podemos reconocer a Trótula y las damas de Salerno que fueron quienes ayudaron a que se produjera el Renacimiento médico. (Fernández Conde, 2011, p. 21).

De este periodo medieval una de las parteras y comadronas más importantes fue quien se mencionó anteriormente, Trótula, a esta matrona se le atribuye la obra de obstetricia y ginecología del siglo XI, basada en los escritos de Sorano. (Fernández Conde, 2011, p. 21).

No se sabe con certeza si era realmente una mujer o si era médica o comadrona de Salerno. Trótula aportó quizás el trabajo más importante en la asistencia al parto del período, copiado durante siglos y cuya autoría fue puesta en duda e incluso negada, al afirmar que tales conocimientos eran imposibles para una mujer del siglo XI, y menos no siendo médico, sino comadrona.

En sus citas, Trótula relaciona los desgarros perineales con la mala asistencia al parto, propugnando una correcta protección perineal; describe las laceraciones, su sutura, cuidados posteriores y la importancia de la limpieza y prevención de la contaminación en todos los procedimientos quirúrgicos. Habla de la versión interna del feto y los casos de presentaciones anómalos del mismo, recomendaciones en la conducta del parto que incluían baños, masajes, deambulación e incluso y sorprendentemente, prescribe opio para alivio de los dolores de parto, actitud proscripta por la Iglesia. (Fernández Conde, 2011, p. 21).

Durante la Edad Media las parteras fueron aborrecidas por el cristianismo debido a su relación con la sexualidad, la reproducción y los cultos paganos que practicaban en frontal oposición con el cristianismo. El oficio de parteras fue considerado degradante

aunque necesario, e igualmente sucia la ayuda de los barberos cuando era necesaria una cirugía en el parto.

1.1 Parteras y comadronas en el renacimiento

El siglo XVI será el del Renacimiento de la Obstetricia, el inicio de la obstetricia moderna. Es el momento en que la Medicina es llevada al campo de la anatomía y la cirugía. La obstetricia fue instituyéndose como especialidad lentamente, al principio, como una especialidad menor y desvalorizada en manos de barberos-cirujanos que, viendo la necesidad de un emporio con el que posicionarse en el mundo de la medicina del que habían sido excluidos hasta el momento, hicieron acopio de la experiencia acumulada por ellos, y la tradujeron en un considerable conocimiento científico, con el consiguiente enfrentamiento con el cuerpo médico y las matronas, siendo estas últimas las que quedaron marginadas a pesar de su resistencia (Fernández Conde, 2011, p. 25-26).

Será durante este siglo XVI que las bases de la obstetricia como ciencia empiezan a ser establecidas con el estudio de la anatomía humana y la fisiología de la reproducción. Las matronas, parteras o comadres de los siglos XVI y XVII eran en toda Europa mujeres expertas en partos y salud de mujeres y niños, jugaban un papel clave en actividades religiosas y legales, lo que las convertía en figuras centrales de la vida comunitaria y sujetos con un considerable poder social. Según Fernández (2011, p.26) para un gran número de ellas, el arte de partear constituía su principal modo de vida, un oficio en el que las mujeres habían tenido exclusiva competencia durante siglos. Sin embargo, no conformaban un grupo organizado ni se puede decir que existiera una identidad colectiva, por más que algunas de ellas poseyeran una sólida conciencia profesional. La formación de las matronas era deficitaria, y sólo el empirismo acumulado, la experiencia y el intercambio de conocimientos con otras matronas intentarán suplir algunas de las carencias. Los estudios obstétricos de la época eran muy elementales.

En esta época, las universidades, tanto medievales como renacentistas, harán una clara diferenciación entre la teoría médica y la práctica quirúrgica. Diferencias que son expresan en el ámbito de titulación, ropajes y conflictos lingüísticos, dado que el latín

como lengua científica era dominado por escasos médicos en relación con las lenguas romances o vulgares que utilizaban los cirujanos y otros profesionales, y por esto se verán privados de acceso al conocimiento especializado.

La obstetricia, como parte de la cirugía y ámbito de la manualidad quirúrgica, compartirá igual consideración y suerte, y, por tanto, no será una materia que pueda encontrar hueco en las universidades, habituadas a tratar cuestiones filosóficas trascendentales y no a dedicar su tiempo en cuestiones de naturaleza simple y que además son atendidas por mujeres de escasa instrucción. (Fernández Conde, 2011, p.27)

Luego de realizar una exploración sobre las parteras, se llega a la conclusión de que no eran reconocidas y consideradas como profesionales, en cambio, eran altamente aceptadas por su labor social. El siglo XVI supondrá un “renacimiento de las matronas”, esta nueva etapa en los cuidados maternos coincide con la publicación de una serie de libros concebidos para la educación de las matronas.

En Europa, concretamente en Inglaterra, el siglo XVI supone una línea divisoria entre lo medieval y el mundo moderno. En ésta se inician algunos procesos que culminan con la formación obligatoria y el reconocimiento de las comadronas por parte del Estado. Además del conflicto de roles como consecuencia de la incipiente entrada de los hombres en la asistencia al parto, será bajo el reinado de Enrique VIII cuando aparezca el primer intento de regulación de las matronas inglesas.

Según lo expresado por Fernández (2011, p.27-28), en el Siglo XVI es la iglesia quien concede licencias para practicar como matrona. Entre sus funciones se encuentra la del bautismo en aquellos casos de recién nacidos moribundos o demasiado enfermos para trasladarlos hasta la iglesia para su bautismo. En países como Alemania, Francia, Holanda, Suiza e Italia los médicos comenzaron a organizar y regular la actividad de las comadronas. En Francia los cirujanos-barberos empezaron a practicar la obstetricia, quizás los más famosos de todos fueron, Ambrosio Paré, quien introdujo la versión podálica, recomendó la práctica de la cesárea en la mujer viva y no sólo a la parturienta moribunda o fallecida y en definitiva ayudó a que la obstetricia consiguiera una nueva dignidad. No fue hasta el siglo XVII, durante el tiempo de Ambrosio Paré, que los hombres fueron de nuevo admitidos en las salas de partos. François Bouchet ofició el

parto de La Valliere, amante del rey Luis XIV. Sin embargo la posición de los hombres como matrones permaneció controvertida y generó mucho debate en lo concerniente a los llamados hombres-parteros. No será hasta mediados del S. XVII que éstos fueron aceptados en Inglaterra.

El Hôtel Dieu de París era el hospital más laureado de toda Europa en lo referente a la maternidad. Paré, cirujano obstetra a la cabeza de este establecimiento, fue el fundador de la primera Escuela de comadronas de la Europa moderna. Se autorizó a los cirujanos del Hotel Dieu de París a asistir a los partos normales. Ello provocará el inicio de una dura lucha entre las matrones que tradicionalmente venían asistiendo los partos y los cirujanos-comadrones. Esta pugna se mantendrá durante todo este siglo y el siguiente (Fernández Conde: 2011: 28).

Según lecturas realizadas, la comadrona francesa de la época fue la célebre Louise Bourgeois, nacida en 1563 cerca de París, donde se casó con un joven cirujano-barbero llamado Martín Boursier, alumno y ayudante de Ambrosio Paré. Su gran actitud y conocimientos en obstetricia la llevaron a ser conocida como “la más diestra de las Comadronas de su época”, y su fama hizo que fuese nombrada “comadrona de la corte de Enrique IV”, donde tuvo el honor de asistir al parto de la reina María de Médicis, recogiendo en sus manos al futuro rey Luis XIII y posteriormente seguiría asistiendo a los nacimientos de príncipes, infantes e infantas de Francia.

Las matrones francesas fueron más conscientes que las del resto de Europa, respecto de la necesidad de perfeccionar sus conocimientos y actuar como profesionales con base científica, por el hecho de que en Francia la obstetricia se desarrolló antes que en ningún país y desde allí se difundió. Por tanto, y a pesar de haber perdido terreno en el aspecto profesional, continuaron siendo muy respetadas, tanto por la sociedad francesa como por los médicos obstetras que aparecieron a partir de los primeros comadrones.

Por último, y tomando nuevamente las investigaciones de Fernández (2011), en Alemania, otra matrona que ha pasado por derecho propio a la historia de la obstetricia es Justine Siegemundin, que además de practicar la versión podálica, la mejoró con una maniobra que lleva su nombre. Por sus aciertos mereció ser nombrada Comadrona

principal de la ciudad de Liegnitz y elevada posteriormente al cargo de Matrona oficial de la Corte de Federico II de Prusia. En 1686, publicó “Die ChurBranderburgische Hoff-Wehe-Mutter”, obra de la que se hicieron numerosas ediciones y contribuyó notablemente a mejorar el arte obstétrico. Obra de gran impacto clínico docente, hasta el punto que la primera esposa del Rey Jorge I de Inglaterra publicó a sus expensas un volumen de la obra completa. En 1689, la obra fue enviada a Frankfurt para requerir la aprobación de la Facultad de Medicina y pese a sus detractores como Andreas Peterman, Profesor de Anatomía y Cirugía, los comités científicos de la Facultad de Medicina apoyaron su edición. Fue traducida al holandés en 1691 por Cornelis Von Solingen. En 1522, en Hamburgo, el Dr. Wertt intentó estudiar el parto al natural, para ello se disfrazó de mujer para poder presenciarlo y, al ser descubierto, fue quemado vivo en la hoguera. El resto de los médicos conocieron la muerte de su colega, asumiendo que el Arte de la Obstetricia pertenecía exclusivamente a las mujeres y estaba protegido por todos los tabúes conocidos.

A medida que la ilustración progresó aparecieron preocupaciones sobre el estado de las matronas, y se introdujeron leyes para elevar los estándares de la práctica obstétrica. Las primeras en Alemania, aparecen en 1533 cuando el emperador Carlos V dictó su “Constitutio criminalis carolina”, en la que por primera vez se establece “que la opinión de médicos, cirujanos y comadronas tenga un valor decisivo en las cuestiones referentes a sus respectivas profesiones, siempre que fueran llamadas a declarar ante los tribunales de justicia”. El status de los médicos también sufrió escrutinio y en Inglaterra éstos fundaron su colegio en 1518. Una generación más tarde, los cirujanos y barberos se unieron para formar la “United Company of Barber-Surgeons” que defendiera sus intereses. El siglo XVII es un siglo oscuro para el avance de los conocimientos médicos, que sufrirán un claro estancamiento.

En 1541, en España aparecerá el primer texto en lengua vulgar o romance dedicado a la formación de las comadres o matronas; su título es “Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños” escrito por Damián Carbón, médico de ascendencia mallorquina, sobre el que mucho se ha hablado acerca de su origen, obra y su hipotética experiencia en el arte obstétrico, dado que en la época la asistencia al parto por parte de hombres estaba no sólo prohibida sino mal vista y penada, a veces con el riesgo de la propia vida.

1.2 Un giro de género en la atención del parto. Irrupción del hombre

En su tesis doctoral la autora Jesús Muñoz (2007) expresa que “hasta el siglo XVII la asistencia al parto estuvo exclusivamente en manos de las mujeres, aunque se encuentran algunas referencias donde se especifica que si éste se presentaba difícil debían llamar al cirujano. La cirugía, no era digna del médico y que esta tarea era realizada por charlatanes y barberos-cirujanos, cada vez más interesados en el campo de la obstetricia, establecidos en gremios, cuya formación progresivamente adquirió reconocimiento social hasta más tarde llegar a formar parte de la medicina.

La entrada masiva de los varones a la asistencia al parto data del siglo XVII, y de ser un asunto privado, pasa a ocupar un espacio público de interés para los Estados.

Empieza haber un proceso de profesionalización comenzando a quedar excluidas las comadronas y, aunque algunas defendieron su espacio de saber frente al protagonismo cada vez mayoritario de los cirujanos, sus actividades fueron progresivamente limitadas o prohibidas, aludiendo a “*que era una profesional no licenciada en medicina y otras artes útiles*” (Montes Muñoz Jesús, 2007, p.28)

Como plantea en su tesis Monte Muñoz (2007) puede reconocerse que la aparición del fórceps en el siglo XVII parece ser el detonante decisivo en el establecimiento de la autoridad de los cirujanos sobre las comadronas. Aquellos, tenían una mayor formación, y la licencia para la práctica de las comadronas siguió siendo controlada básicamente por la Iglesia durante el siglo. Con la aparición del fórceps en Inglaterra, se produce la irrupción del hombre en la asistencia al parto, su precursor fue William Harvey.

La actividad de los cirujanos y médicos estuvo centrada en las ciudades y fue mayoritariamente utilizada por la clase social que podía pagar sus servicios según lo expresa Bumm (1940, p.6) pero, una gran parte de la población, entre el 80-85%, seguía viviendo en zonas rurales, en pequeños núcleos, aldeas o casas aisladas donde no llegaba el cirujano, y donde la ayuda de la comadrona o de otras mujeres siguió siendo un recurso indispensable.

Por lo expresado por Montes (2007, p. 29) la evolución de la asistencia al nacimiento, se refleja el sesgo de género característico en la organización social del trabajo. Mientras la asistencia al parto perteneció al espacio de lo privado como tarea manual femenina no estuvo socialmente considerada. Con su paso a la esfera pública, se

elevó su prestigio y reconocimiento y, con ello, el interés creciente de los varones por dicho trabajo.

En esta línea de indagación Abad (2009, p.8- 9) comentará que un principio estos hombres también fueron llamados comadrones. Las matronas empezaron a preocuparse por su formación, conscientes de su ignorancia teórica: esto hizo que solicitaran al rey una reglamentación concreta para la enseñanza y regulación civil de las comadronas. A pesar de tener el colectivo médico en contra, las comadronas londinenses reivindicaban la autonomía profesional que consiguieron, pero ya para ese entonces eran muchas las mujeres que preferían a los comadrones, hombres poseedores de la instrumentación para resolver partos difíciles.

Así, van observándose, como con estos procesos van gestándose y produciéndose distintos cambios en torno a la concepción de las matronas, produciéndose como resultado la pérdida de protagonismo de ellas. Se observa como comienzan a quedar en otro plano distinto en que eran consideradas; urgiendo con ímpetu la consagración de la profesión como actividad quirúrgica por parte de los hombres.

Tanto en Madrid, como en Barcelona, el tiempo dedicado a la enseñanza de matronas era sustancialmente más corto que el dedicado a cirujanos. Los contenidos de las enseñanzas para unas u otros suponían un abismo cualitativo y cuantitativo. Para las matronas se enunciaban contenidos precisos y para los cirujanos que se instruían en esta disciplina se citaban las obras de prestigiosos colegas.

Abad Linares (2009) expresa que respecto al aprendizaje de las matronas, éstas debían comprometerse bajo juramento a: “No administrar a las embarazadas, parturientas, ni púérperas medicamento alguno que no sea dispuesto por cirujano latino o médico, en los partos preternaturales y laboriosos en que se conozca absoluta necesidad de maniobras difíciles, no las hará por sí sola, sino que llamará a un profesor versado en estas operaciones, habiéndole inmediato; practicará la operación cesárea a las que mueran embarazadas siempre que no haya otro que lo ejecute”.

Aunque se produjo con esta normativa la distinción profesional por razones de sexo, no se expresa explícitamente a las mujeres la prohibición del acceso a la

profesión de cirujano-comadrón aunque la limitación la establece la concepción de la sociedad en que están inmersas.

Era discriminatoria la formación, los requisitos académicos, sociales y morales para acceder a los estudios. Los grandes beneficios profesionales recayeron sobre los cirujanos, pues ellos escribieron los libros, impartieron las enseñanzas y mejoraron socialmente como grupo, siendo reconocidos como la máxima autoridad en un terreno durante siglos vedado según lo manifiesto por Abad (2009, p.13); no obstante, las matronas siguieron realizando sus actividades de siempre con mayor o menor resistencia dependiendo de dónde se instalaran, pleitearon con el Protomedicato en defensa de un saber y una práctica que les habían pertenecido desde que se guarda memoria.

Al iniciarse el siglo XIX la cirugía y la medicina española se estancaron pero la obstetricia de los cirujanos ordenada la formación de las matronas. Se establece la formación de las matronas en dos cursos con una duración de dos meses cada uno. El acceso al título de matrona se hacía por dos vías, una la asistencia a los dos cursos académicos y otra mediante exámenes para aquellas mujeres que habían trabajado de matrona durante algún tiempo. Se requería también la autorización de los maridos de las mujeres casadas, certificación de viudez en su caso, fe de bautismo y buena vida expedida por el párroco y certificado también de práctica de tres años con cirujano o matrona aprobada.

La profesión en Europa y concretamente en Inglaterra sigue un paralelismo reivindicativo por parte de las mujeres, la lucha por el espacio de poder en la profesión es una constante, las matronas inglesas exigen a los poderes estatales reglamentaciones y normativas que delimiten sus funciones, dignifiquen su formación y les proporcione un reconocimiento estatal, conectoras de la distancia que les iba poniendo de por medio el conocimiento de médicos y cirujanos varones (Abad Linares, 2009, p. 15)

1.3 Formación de mujeres comadronas

En relación a la formación de las matronas, las que pudieron acceder estuvieron en la línea que corresponde a la prolongación de las tareas consideradas femeninas. Su actividad, ya regulada en 1750, se normaliza a principios del siglo XIX y mantiene el

control sobre sus características sociales, religiosas y morales. La formación de estas mujeres establecida como obligatoria en las ciudades, respondió a las normas educativas de la época. Como es expresado por Montes Muñoz (2007), tenían límites en sus intervenciones, donde no podían llevar a cabo ninguna operación, ni disponer o recetar medicamentos de ninguna clase, y en caso de partos complicados, y que resultaran dificultosos debían llamar a un Cirujano aprobado.

Abad Linares (2009) expresa que “el diario La Gaceta de Madrid de 1904 publica un Real Decreto del Ministerio de Instrucción Pública para la carrera de Matronas, esta profesión era controlada por los subdelegados de medicina en lo referente a la legitimidad de los títulos y a su regular ejercicio. Como no existían subdelegados de matronas, los títulos de estas profesiones eran controlados por subdelegados de medicina, farmacia o veterinaria. El real decreto establece la obtención del título de forma oficial y no oficial, aunque ambos debían estar inscritos en la universidad correspondiente. La carrera se estableció en dos años de duración y su acceso con estudios elementales tras certificado de aprobación en una escuela normal de maestras de enseñanza primaria superior.

El 28 de junio de 1924 es inaugurada la Casa de Salud Santa Cristiana, allí comienza la formación de muchas generaciones de matronas a un gran nivel y con una sólida base profesional. El 23 de octubre de 1931 por Decreto de Ley queda adscripta a la Facultad de Medicina de Madrid como escuela oficial de Matronas. En el mes de diciembre de 1953 el Ministerio de Educación Nacional crea un decreto que unifica las carreras de matronas, practicantes y enfermeras en la nueva titulación de ayudante técnico sanitario, ATS. Sin embargo, nada de esto es llevado a cabo y una orden posterior de 25 de enero de 1954 disolverá los colegios de matronas y designara una comisión provisionalmente. (Abad Linares, 2009, p.17).

Meses después es aprobado los estatutos o reglamento del Consejo Nacional de Colegios Auxiliares Sanitarios y los estatutos de los colegios provinciales, quedando indicado tres modalidades de intervención: practicantes, matronas y enfermeras, que actuarán independientemente (Abad Linares, 2009, p 17-18).

1.4 Siglo XX- XXI. Instalación del modelo medico hegemónico. El hospital como lugar del parto.

Desde fines de S XIX y comienzo del XX, la erradicación de la mortalidad infantil será el centro de interés al que se enfocarán todas las intervenciones del sistema de salud, con una postura higienistas que irá dirigidas básicamente a la introducción de cambios en el modo de crianza y alimentación a los niños/as.

Desterrar el saber popular y acogerse al mandato de la “ciencia” médica cómo la única verdad, es presentada cómo el único camino que garantizará la salud física y moral de la población; donde el optar por otras alternativas tiene la amenaza de muerte. La repercusión social de estos discursos tuvo su efecto en las ciudades y en familias de buena posición económica donde la mujer burguesa instruida, se convirtió en un elemento de colaboración médica al difundir e introducir las nuevas representaciones entre las clases populares. (Montes Muñoz Jesús, 2007, p. 35).

Será el feto hacia donde se dirigen muchas de las intervenciones protectoras, por ser la maternidad un estado altamente valorado. La mujer embarazada es el móvil en quien incidir, modificar o proteger. Como portadora de un bien, deberá atenerse a las normas y observar los tabúes sociales previstos y será, en gran medida, la responsable del bienestar y salud del producto de su gestación.

Así, desde los inicios del siglo XX, comienzan a reafirmarse las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y sobre el nacimiento, usurpando a las matronas el terreno de saberes y prácticas que ahora quedan bajo el control de definición de la medicina.

Montes (2007, p.39) expresa que el poder de la medicina como institución es parte de la organización estatal de control social de los países capitalistas con la necesidad de mantener la fuerza de producción. El control de las mujeres y sus cuerpos gestantes es planteado como una necesidad social, como estrategia biopolítica dirá Foucault (1990, p.125) donde el control “no se opera simplemente por la conciencia y la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo (...) El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

A mediados del siglo XX empiezan a producirse cambios en el escenario de la asistencia al parto, comenzando a trasladarse este del interior del hogar a una sala del hospital, justificando este traslado como mejoras de la seguridad para evitar el riesgo de muerte. Este nuevo proceso da como resultado la instalación de manera progresiva del dominio del médico, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo, perdiendo de a poco el protagonismo en el momento del parto. Va produciéndose un proceso de medicalización, instalándose el dominio del médico, con su saber y poder sobre los aspectos de la vida de las personas.

En esta línea de análisis Rodríguez Portilla (2014) dirá, que durante la primera mitad del siglo XX los nacimientos continuaron produciéndose en el ámbito domiciliario y serán asistidos por matronas u otras mujeres del entorno próximo a la gestante. La llegada del desarrollo económico a finales de los años sesenta y principios de los setenta, unido al desarrollo de una red sanitaria y el surgimiento de nueva concepción en materia de salud, provocaron que el parto y los nacimientos sean institucionalizados en el contexto hospitalario. Dentro de ese ámbito el proceso será interpretado únicamente desde su dimensión biológica, dejando en un segundo plano la dimensión emocional.

En consecuencia, desde el sistema médico se ejercería un control sobre la mujer gestante llevándolas a desconfiar de la capacidad de su cuerpo para parir a sus hijos/as y por tanto, fomentando la dependencia de éstas hacia el sistema médico y los/as profesionales que lo integran. Esta monopolización de saberes por parte de los expertos podría tener como consecuencia la pérdida de protagonismo de las mujeres durante su gestación, convirtiéndose en meras espectadoras.

A principios del siglo XX la práctica médica no requería aún de instalaciones específicas ni de aparatología sofisticada. Cuando los avances de la medicina hicieron más complejas las técnicas de diagnóstico, intervención y tratamiento de las enfermedades, la mejor atención solo podía brindarse en instituciones debidamente equipadas, comenzando a registrarse un aumento de la capacidad hospitalaria, como del mismo modo la organización de algunos servicios vinculados con la maternidad y la infancia.

Barria (2016, p.3) comenta que cuando la medicina comienza a usurpar los hogares y los tiempos de la maternidad, una de las primeras críticas giraron hacia el parto en el hospital; esto dejaba sola a la mujer para sufrir con las manipulaciones de técnicas extrañas y desconocidas, impidiendo también su participación como sujeto activo en la extraordinaria experiencia del nacimiento y del primer contacto con el hijo, quien inmediatamente sería transferido a otro lugar, donde los profesionales de la salud , establecen los horarios y modalidades de esta relación.

En este proceso de medicalización, comienzan a establecerse procedimientos y/o tratamientos de rutinas en relación a los procesos reproductivos, y al haciendo que las mujeres pierdan en ese momento sus decisiones personales. No son tenidas en cuenta como personas distintas, con su cultura e identidad. Las prácticas que son llevadas a cabo en el parto medicalizado despojan a las mujeres de sus identidades particulares, asumiendo que por estar en la misma condición todas necesitan la misma atención, quedando todas en un plano igual de atención sin requerir su opinión ni su consentimiento y requiriendo el acatamiento pasivo de las indicaciones del personal de salud.

Analizando lo expuesto, se reflexiona que la mujer embarazada está pensada desde la enfermedad, fragmentándola entre los procesos físicos y fisiológicos de las situaciones emocionales, ambientales, culturales y sociales. Con respecto a este acontecer Lozano (2013) comentará que estos mecanismos dan lugar a sentimientos de culpa por parte de las mujeres, sintiendo que pueden ser responsables de las dificultades que puedan producirse durante el parto.

En el ambiente de la medicalización y tecnificación del parto, las mujeres deben insertarse rápidamente en una dinámica que desconocen, de lo contrario, puede vivir situaciones adversas y hasta violentas. Quedan subordinada al proveedor de servicios y la participación en su parto puede resultar casi nula (Crespo, 2013, p. 21-22).

1.4.1 Humanizar el Parto

La construcción del derecho a la atención respetuosa o humanizada del parto, conocida como “parto humanizado” se da fundamentalmente en torno a la crítica del modelo biomédico de atención de la salud (Lorenzo, 2013, p. 1).

En la década del 80 comienzan a producirse distintos cuestionamientos en relación a la praxis médica, produciéndose cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, hacía las parturientas como también del mismo modo hacía los profesionales de la salud. Es así, que la construcción del derecho a la atención respetuosa o humanizada del parto, se da fundamentalmente en torno a la crítica del modelo médico hegemónico de atención a la salud, que no tiene en cuenta los aspectos emocionales, culturales y sociales.

El parto humanizado se contrapone a la relación médico paciente del modelo médico hegemónico, donde el médico es el que reúne el saber y el paciente cumple con las prescripciones que este haga. Poljak (2009, p.137) expresará en relación a esto que el parto es un acto natural y fisiológico de reproducción individual. No es una enfermedad, ni un acto médico. Es un proceso natural del cuerpo de la mujer, muy complejo, asociado a su sexualidad y reproducción en el cual median múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, sociológica. El parto humanizado sitúa a la mujer en el centro y le otorga todo el protagonismo y control del proceso para que ella sea y no el personal médico, quien tomen las decisiones acerca de lo que sucede. Es decir, que para poder humanizar el parto es necesario “empoderar” a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado.

En esta forma de entender el parto, es importante ver a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, estableciendo una conexión humana con ella. Comprenderla como un sujeto que es protagonista y no como un objeto de intervención de médica.

El parto humanizado reivindica el parto como un acto sexual, donde la mujer puede sentir placer, respetando el derecho de estar con su pareja en intimidad durante el trabajo de parto. Tienen derecho a decidir cómo, dónde, y con quién parir; y en el cómo también se incluye el cuándo, es decir que los médicos no apuren el parto si no es necesario y si la pareja no lo desea. Es importante resaltar que el embarazo y el parto no son cosas de mujeres, los varones tienen derecho a compartir el trabajo de parto con su pareja y a conectarse emocionalmente con el nacimiento de su hijo.

Muñoz (2012) citando a Michel Odent ginecólogo francés uno de los pioneros en el parto humanizado, dice que “para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer, y esta frase, no es sólo un conjunto de palabras utópicas, sino la certeza científica de que tendríamos un mundo mejor si naciéramos en mejores condiciones. En contraposición con lo mencionado, en la atención medicalizada, la mujer se desexualiza debido a que está sometida a una serie de rutinas, como son los sometimientos a la realización de enema, al rasurado, todas prácticas que conforman a la mujer en ese momento y en ese lugar como objeto de trabajo de los profesionales de la salud.

En relación a lo legislativo, en Argentina en el año 2004 se sanciona la Ley 25.929 conocida como ley de Parto Respetado, de Derecho de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

En su artículo 2º expresa los derechos que tiene toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto y que son los siguientes:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta ley básicamente promueve que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas en torno al nacimiento. Sin embargo, a pesar de que han pasado varios años desde su promulgación, la violencia obstétrica es una de las más naturalizadas. Esta realidad exige acciones para empoderar a las mujeres y a sus hijos en torno a sus derechos, y también repensar y reflexionar sobre las prácticas alrededor del nacimiento, que vienen de la mano de concebir al parto como un "acto médico" que deja de lado otros aspectos esenciales para la familia.

El objetivo de la ley también es la de evitar prácticas invasivas, suministro de medicación innecesaria e informar sobre las diferentes intervenciones médicas y, ante todo, la posibilidad de que la parturienta pueda participar en la toma de decisiones. Debe respetarse la evolución normal o natural de un trabajo de parto. No hay que tratar de intervenir o medicalizar un hecho absolutamente biológico si no existe una verdadera causa que lo justifique.

En resumen, la intención general es evitar prácticas invasivas, el suministro de medicación innecesaria, y la información sobre las diferentes intervenciones médicas

que se van practicando. Y, sobre todo, promueve la posibilidad de que la parturienta pueda participar en la toma de decisiones.

CAPITULO II

2.1 Las DOULAS, nuevos actores en el acompañamiento del parto.

Como venimos analizando, el nacimiento no es un acontecimiento aislado, en cada época, el parto es reflejo de un conjunto de circunstancias, acontecimientos sociales e históricos determinados, donde como venimos viendo la parturiente en casi gran parte de la historia del parto estuvo acompañada por otras mujeres hasta que se produce la irrupción de la clínica y del hombre como uno de los actores principales ante esta acontecimiento. Comienza a producirse cambios en la atención médico- mujer parturienta, donde la violencia obstétrica es una de las formas que marcan este período. Ante forma de atención, emerge un nuevo sujeto para acompañar a las mujeres y sus familias en este momento de la vida que es el parto. Estas nuevas protagonistas son mujeres que acompañan a mujeres conocidas como Doulas, quiénes forman parte de nuestro interés de indagación para esta tesina.

Las Doulas realizan acompañamiento a mujeres que transitan el embarazo, enmarcándose dentro del paradigma del parto humanizando.

Citando a Doulas de Argentina, la palabra doula (que se pronuncia "dula") y deriva del griego antiguo y significa “mujer que sirve”. Aplicado al nacimiento, una doula es esa mujer que ha atravesado sus propios partos y se pone al servicio de otra mujer que va a parir. La acompaña durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio (o en alguno de estos momentos) enfocándose en el aspecto emocional, en su bienestar general y en sus necesidades. A lo largo de la historia las mujeres, en sus partos, acudieron a una comadrona (partera) que, gracias a sus conocimientos y su experiencia, podía asistir a la mamá y al bebé. En la mayoría de los casos había, además, una o varias mujeres que ofrecían su apoyo a la parturienta; una madre, abuela o amiga, capaces de contenerla afectiva y emocionalmente. Eran mujeres cercanas, que incluso después del parto se ocupaban de las cuestiones domésticas, para que la mamá pudiera recuperarse y atender a su bebé.

Una doula, es sencillamente una mujer que ha parido, se trata de una capacidad fundada en lo vivencial; en una experiencia intransferible. La “formación” de una doula

no se basa en el intelecto ni en lo teórico. Ninguna enseñanza puede reemplazar el recorrido propio, ni el trabajo interno de buscarse y encontrarse en el territorio femenino sagrado de la gestación y el nacimiento, y del sostén “de mujer a mujer” en la función materna.

Las doulas son mujeres que sienten la necesidad de hacer algo para defender la fisiología normal del embarazo, parto y primeros días del bebé, ante la desmesurada medicalización e intervención actual.

Muchas madres eligen el acompañamiento de una doula para estirar el trabajo de parto en casa, con la intimidad y la comodidad de ese ambiente, y luego partir hacia la institución con la dilatación más avanzada

Si bien, como se mencionaba anteriormente, las doulas no tienen todavía una formación académica regulada, sí tienen una formación específica que abarca conocimientos básicos sobre fisiología del embarazo, parto y puerperio, de puericultura, lactancia, educación prenatal. Es labor fundamental de una doula derivar al profesional adecuado en cada situación y nunca caer en intrusismo con profesionales sanitarios del ámbito de la maternidad.

Citando a Arroyo, María (Doulas de España), tradicionalmente, los conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, se transmitían de madres a hijas, o entre mujeres de la misma familia, del mismo pueblo. Estos conocimientos, no se referían sólo a la fisiología si no a las necesidades emocionales: los distintos estados de ánimo, miedos, incertidumbres. En la sociedad actual, las redes de apoyo entre mujeres se han perdido en gran medida. Por un lado, la familia nuclear hace que sea una pareja sola la que afronte la etapa de maternidad. Por otro lado, el aumento de la movilidad laboral, hace que la pareja está alejada de su familia o amigos más íntimos. En general, hoy en día las mujeres se enfrentan a la maternidad solas y sin referentes cercanos.

Este conjunto de cosas, hace que las experiencias que suelen compartirse entre madres, pasen por alto sentimientos profundos y reales como: los sentimientos contradictorios ante el embarazo, frustraciones por partos que no resultaron el momento emotivo y milagroso que se esperaba, lactancias fracasadas, y en general, desconcierto

por sentimientos presentes y reales, pero que parecen absolutamente ajenos a lo que nos enseña la sociedad.

Las doulas surgen, junto con otros grupos de apoyo, como por ejemplo grupos de lactancia, para retomar esta red de apoyo entre mujeres, recuperar la realidad de la maternidad como crisis vital en la vida de una mujer, y recuperar el espacio y posición que les corresponde.

Como decíamos, la vida moderna y sus exigencias hicieron que las familias extensas dejaran de convivir. De ese modo las mujeres perdimos el entorno femenino facilitador del parto y la crianza y fuimos introducidas en el territorio de la medicina y la tecnología. Las familias, cada vez más pequeñas, dejaron de cumplir esta función y personas "especializadas" se ocuparon de estas cuestiones de antigua tradición íntima y femenina.

Teniendo en cuenta lo que expresan Doulas de Argentina, en la actualidad la doula aparece como un modo de recuperar esta figura femenina que, habiendo vivenciado las vicisitudes emocionales del parto, nacimiento y crianza intenta, con su aporte amoroso, "proteger" la memoria de la mujer sobre la experiencia de su parto. Se ha demostrado que el soporte emocional continuo y la confianza durante el proceso de parto mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad. Existen diversos estudios que arrojan los siguientes resultados:

Considerando lo que expresan las doulas de argentina podemos decir que la presencia de doulas en los partos contribuyó a:

- 25% parto más corto
- 50% reducción en cesáreas
- 60% menos peticiones de epidural
- 40% menos uso de oxitocina sintética
- 30% menos uso de analgésicos
- 40% menos uso de fórceps

- Mejora el vínculo padres-bebé
- Menos problemas con la lactancia
- Menor incidencia de depresión posparto

En entrevista realizada a Sandra Dolce, Doula de Rosario, comenta que la organización de las DOULAS es documentada por primera vez en Guatemala, con un grupo de prueba con mujeres acompañadas por otras mujeres con formación, lo que sería una partera actual asociada a la medicina tradicional. Se prueba en un grupo así, en un grupo sin acompañamiento y en un grupo con acompañamiento de mujeres que habían parido, pudiendo verse las grandes diferencias, los tiempos de trabajo más cortos, menor intervención, menor índice de cesáreas, mejor experiencia en la lactancia y que justamente está implicado a este término que escuchamos mucho más hoy en día que es el parto humanizado, y que surge con más fuerza en Estados Unidos, cuando se pierde el rol de la partera tradicional. Cuando desaparecen, surgen estas figuras femeninas acompañando.

No es ir en contra de las parteras, pero si podemos ver que son formadas por médicos o por parteras que tienen la mirada de la medicina tradicional, por consecuencia se centran más en un aparato de monitoreo que larga un papel que en lo que tienen adelante que es una mujer y un bebé. La partera debería ser la figura más preponderante del equipo de salud, y en caso si hubiera alguna complicación en el embarazo o parto, recién ahí apareciera la figura del obstetra.

Frente a lo expuesto, es importante entender cuáles son las funciones que las Doulas llevan a cabo en el proceso de acompañamiento del embarazo. Las Doulas de Argentina, identifican el aporte que hacen tanto a la madre como al padre y también al equipo de salud. En relación a esto intervienen como:

-Doula - partera: el parto ha sido históricamente una cuestión de mujeres. La partera, por formación, está preparada para asistir un parto en condiciones normales, teniendo la capacidad de conocer y cuidar todo el progreso del mismo. Su función es primordial, porque cuida la salud de la madre y el niño.

Por su parte, la Doula no interviene en cuestiones obstétricas, ni está facultada para evaluar el progreso del parto ni detectar patología. Ella concentra su atención en la mujer que está en proceso de parto, intentando compenetrarse con sus sensaciones, con sus emociones y con sus necesidades básicas. La Doula se concentra en la mamá y su acompañante y los asiste. Puede ofrecer información, consejo y soporte, pero no está calificada para desarrollar ninguna tarea clínica.

-Doula - obstetra: El obstetra suele entrar en escena cuando el trabajo de parto está muy avanzado y la mujer está cerca de dirigirse a la sala de partos. Es él quien resuelve cualquier situación que requiera una intervención médica. Hasta ese momento la mujer ha estado con su partera y su doula.

-Doula - padre: La presencia de la doula sirve de soporte emocional para el padre. El hombre que acompaña a la parturienta atraviesa por una situación muy intensa, donde se entremezclan toda clase de emociones inevitablemente. La doula también lo apoya y contiene, y fomenta que sea él quien ayude a su compañera. Nunca una doula reemplaza al compañero de la futura mamá, excepto que se le solicite porque la pareja así lo desea.

Violeta Vázquez, puericultora docente y directora de la Escuela Panza y Crianza afirma en nota realizada en el sitio web Info GEI que “las Doulas brindan un acompañamiento personalizado a la futura mamá durante el parto, la lactancia y la crianza de los niños. En primer término, la ayudan a realizar una adecuada capacitación para llevar adelante todo el proceso a partir del embarazo. Pero, además, su presencia es fundamental en los nacimientos que, alentados por organizaciones que promueven los partos respetados, se llevan a cabo en los hogares, a la vez que pueden contar con su apoyo en hospitales, maternidades y sanatorios. En estos espacios, su labor se centra en generar las condiciones que la pareja necesita, como cuidar la iluminación, la temperatura y los sonidos, ya que la comodidad de la mujer que va a parir es muy importante para que se produzca un parto saludable”.

Respecto a la formación de las Doulas, no hay un lugar físico que este avalado por la facultad de medicina, o sanatorio, o instituto donde se formen, podemos decir que existen muchas formaciones y que se dan en distintas ciudades del país. Sandra Dolce,

Doula de Rosario, quien realizó su formación de Doula en Buenos Aires sostiene que: “Doula no se hace, se nace, tenés el don de acompañar o no lo tenés. La formación implica mucha disponibilidad y con esto no solo nos referimos al tiempo, sino también a lo que tiene que ver con lo emocional. Hay que acompañar a la mujer en lo que está recibiendo y atravesando. Formar es eso, acompañar y sostener”.

Adriana Olguin, Doula de Rosario, quien fue formada por Sandra Dolce y quien es ahora formadora de Doulas, resalta que al dar la formación pretende rescatar la experiencia de cada mujer y poder compartirla. Esto sin dejar de darle gran importancia al conocimiento, ya que cuando el médico entra en sala y dice que va a hacer alguna intervención uno tiene que saber qué es lo que él va a hacer, y estar en conocimiento con el tema. Igualmente sabemos que hoy en día la información está en todos lados, es de fácil acceso. La experiencia es importante porque la Doula siempre está dispuesta a sostener a otro desde un lugar emocional. Es por ello que interesa mucho lo vivencial, lo presencial, ya que se trabaja justamente la emoción, es interesante que haya contacto entre las mujeres.

Adriana Olguin formadora en Rosario, elige trabajar con un grupo chiquito, no más de doce mujeres. En una primera instancia de la formación, trabaja sobre el reconocimiento del cuerpo, del útero, la sexualidad, que pasa con nuestro ciclo menstrual, que nos pasa, que sentimos. En otra instancia, trabaja puntualmente sobre lo que tiene que ver con el parto, los recursos que tenemos, los miedos, las dudas, la importancia de la lactancia, el momento del puerperio.

Además de los temas y el programa que son armados para el trabajo grupal, surgen distintas cosas, porque cada mujer tiene su impronta, su historia, y cada una lleva al grupo su emoción. Las que son mamás recuerdan sus partos, entienden porque les pasaron algunas cosas, muchas tienen recuerdos de violencia en los partos, reviven sensaciones, entienden algunas situaciones que vivieron. Esto sin sentirse culpables. También conecta con sus experiencias desde el lugar de hija, que paso con sus padres, como fue su niñez. Y esto generalmente ocurre en un encuentro en el que se trabaja crianza, que necesitan los bebés, los niños, movilizándolo mucho este lugar de hija más que el de mamá. Las mamás entienden por qué son como son, por se repiten cosas con sus hijos o no. Esto es despertar conciencia.

Para Doulas de Rosario el no ser madre, no es una limitación para poder ser Doula. En esto se encuentra una diferencia con lo que se planteaba en otras épocas históricas y también con lo que se estipula desde la organización Doulas de Argentina. Estas últimas, están interesadas en hacer un código de ética, para poder enmarcar las funciones que realizan las Doulas, y quieren incorporar a ese código esta cuestión como un requisito fundamental.

Respecto al acompañamiento que hacen Doulas de Rosario, podemos mencionar que comienzan con una entrevista a la mujer que quiere ser acompañada, conocen la zona, la casa y el lugar donde viven, para saber cómo llegar. Participan en la preparación de las cosas personales del bebe, como el bolso que la mamá va a llevar al sanatorio, agregan allí la documentación de la mamá, y una ficha que ellas arman con los datos que necesitan tener cuando entran al sanatorio.

Trabajan siempre de a dos, nunca lo hacen solas. Si bien no van juntas al sanatorio o a los encuentros con las mamás, trabajan en equipo. Por lo que hay tres fichas de la mamá, una para cada una de las Doulas que realizan ese acompañamiento y otra para la familia de la mujer. Cuando llegan al sanatorio ya saben que tienen el bolso con todo listo. Desentendiéndose de todos los datos y cuestiones que te preguntan al llegar a la institución.

No se trabajan con los médicos pero si son parte del equipo porque van a acompañar los partos. El contacto con el médico depende de cada familia y la decisión de la mamá. La idea es que la mamá, la familia, pueda contarle a su médico que van a estar las Doulas.

El acompañamiento que realizan culmina luego del parto, con la estimulación de la lactancia. Siempre y cuando el bebé no necesite ir a neonatología, sino también acompañan en ese proceso.

Una vez que la familia está en su casa, son generados dos encuentros más y recién ahí dan por finalizado el trabajo. Sandra Dolce y Adriana Olguin, comentan, que a pesar de esto que está estipulado con la familia desde el comienzo del acompañamiento, el vínculo que se genera es tan fuerte que siempre se sigue en contacto con la familia.

2.2 Doulas y Sistema de Salud Público en Argentina

Podemos mencionar dos experiencias en lo que refiere a la presencia de Doulas en el sistema público de la salud en Argentina. Uno específicamente en la ciudad de Buenos Aires, en el hospital público de Morón, espacio donde las Doulas acompañan a las mujeres embarazadas. Es uno de los poquísimos hospitales del país que tienen este servicio. Es un voluntariado y este año firmaron un convenio con el municipio.

Mantero, Luciana en su publicación en el diario La Nación comenta que en el hospital que mencionamos, todas las mujeres tienen que tener la posibilidad de estar contenidas y acompañadas por una Doula, porque esto mejoraba la calidad de los nacimientos y el vínculo madre-bebé. Así que con su disposición como antigua matrona y sus 65 años, tocó durante dieciocho meses cada semana las puertas del director del hospital y de los jefes de servicio. Comenta que primero fueron trece (el grupo fundador de la ONG Doulas Comunitarias), después cincuenta. Ya pasaron por el hospital unas ochenta y lo convirtieron en uno de los poquísimos del país con este servicio.

Son distintas mujeres que dedican parte de su tiempo para estar una vez por semana a disposición de otras mujeres, quienes a veces aceptan su compañía y otras, prefieren dejarla pasar.

Otra experiencia de presencia de Doulas en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la Provincia de Córdoba. En marzo del 2015 fue lanzando el proyecto de voluntariado que contaba con la aprobación del Ministerio de Salud de la Provincia. Es la primera vez que se firma un convenio en Argentina para la creación del primer voluntariado de Doulas certificadas oficialmente por la Universidad Nacional de Córdoba. En una primera etapa, prestarán servicio gratuito de acompañamiento al parto en la Maternidad Provincial y en el Hospital Misericordia, previa capacitación por parte de los servicios de enfermería, neonatología y obstetricia.

2.3 La salud pública en Rosario

Como la residencia de grado fue realizada en una de las maternidades públicas de la ciudad de Rosario, considero conveniente describir el funcionamiento del sistema de salud pública de la ciudad de Rosario, centrándonos en el funcionamiento de las

maternidades públicas para poder analizar si es necesario o no la participación de las Doulas en el campo de las maternidades públicas de la ciudad de Rosario.

La salud pública en Rosario constituye un sistema de atención en una red de servicios con el objetivo de alcanzar mayor eficacia y calidad en la atención de las necesidades de la comunidad. En los últimos años se ha iniciado un proceso de centralización político-administrativa del municipio, que en el campo de la salud está generando mayor autonomía relativa en las organizaciones y funcionamiento de los servicios de salud al nivel de cada uno de los seis distritos en que actualmente se subdivide la ciudad

El Área de Salud de la provincia de Santa Fe, que nos compete especialmente, posee su propia estructura interna. En este contexto es preciso señalar que el sistema de salud de la Argentina en general y de Santa Fe en particular está segmentado, lo cual implica en la práctica un nivel de complejidad por este fenómeno, pero además por las distintas articulaciones posibles.

En efecto, la estructura sanitaria de la provincia está compuesta por servicios públicos, servicios privados y por el sector de las obras sociales, con lo cual puede caracterizarse a dicha estructura como mixta.

Este sistema de salud, a lo largo de la historia, fue experimentando cambios que se vieron reflejados en avances y retrocesos de sus prestaciones brindadas tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. Enmarcado dentro de la política de descentralización municipal, se encuentra el sistema de referencia y contra referencia que tiene por fin que el paciente se atendado en los Centros de Salud cercanos a su domicilio llevando al máximo la utilización de los recursos disponibles.

La red de servicios de salud está organizada según los distintos niveles de atención, con efectores propios de todos los distritos urbanos que conforman la ciudad.

El *primer nivel*, se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad, debe brindar actividades de prevención de patologías comunes y/o frecuentes y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente. Los centros de salud constituyen el ingreso de la población al sistema de salud.

El *segundo nivel* de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque

Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), dedicado al diagnóstico, tratamiento y atención del segundo nivel.

El *tercer nivel* está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA). Y dos maternidades (Maternidad Martin y maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña).

A su vez, desde el año 2000, estas instituciones articulan sus acciones con un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) como referencia derivada de los centros de atención primaria de la salud. Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

El paciente recurre al Centro de salud donde recibe la atención médica necesaria, pero cuando requiere de estudios más complejos o no existe la especialidad médica o en caso de internación “es referenciado” al hospital que le corresponda. Luego se “contrarreferencia” al Centro de Salud, cumpliendo con la articulación entre los diferentes efectores y accesibilidad de los servicios de salud.

Centrándonos un poco más en las maternidades públicas que existen en Rosario, interés de nuestro estudio, existen dos de gran importancia siendo la de la Maternidad Martin” y la del Hospital Dr. Roque Saez Peña.

2.4 Maternidad de Martin

El Dr. Obstetra Edgar Zanuttini (2007) en una investigación que realiza sobre la historia de la Maternidad Martí, expresa que se establece en forma definitiva en el edificio ubicado en la manzana que ocupa actualmente la Asistencia Pública (manzana comprendida entre las calles Moreno, Rioja, Balcarce, y San Luis). La Maternidad Martin es la institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos anuales. Su construcción responde a la necesidad de contar con infraestructura para la atención con un modelo de Maternidad centrada en la familia que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen en su desarrollo y evaluación.

Con respecto a su historia dice, que en 1916 la Intendencia Municipal de Rosario a solicitud del Gobierno de la Provincia, pone a su disposición por decreto del 22 de marzo de ese año, la sala de Maternidad del Hospital Rosario para crear una Escuela de Obstetricia que funcionaría bajo dependencia del Ministerio de Instrucción Pública y Agricultura de la Provincia sancionándose el decreto con el número 176 del 8 de septiembre de 1916.

El 7 de Mayo de 1916 se inauguró la Escuela de Obstetricia en la sala de Maternidad del Hospital Rosario (hoy Hospital Clemente Álvarez, en la manzana comprendida entre las calles Virasoro, Sarmiento, Rueda y Mitre).

La carrera se cursaría en dos años, las clases comenzaron inmediatamente dictándose en ése año las correspondientes a primer año, las mismas fueron impartidas por los Dres.: Ramón Borghi, Juan Quijano y Tomás Cerruti. En 1917 funcionaron los dos cursos. Las Alumnas del segundo año realizaron en la Maternidad un internado de dos meses. En diciembre de 1917 se resuelve que el plan de estudios y las condiciones de ingreso, serían las mismas que en la Escuela de Obstetricia de Buenos Aires. Los estudios duraran tres años y para ingresar se exige: a) tener más de 19 años de edad y menos de 45 b) si es menor de edad autorización del padre o tutor. Además todas las aspirantes deben someterse a un examen de ingreso que consiste en: escritura al dictado, las cuatro operaciones fundamentales de la aritmética (enteros y decimales), nociones de geometría y de física.

Con motivo de crearse la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores en 1920, se dispuso trasladar a Rosario las Escuelas de Parteras y de Farmacia que funcionaban en la ciudad de Santa Fe desde 1911. En la ciudad de Santa Fé, funcionaban éstas dos Escuelas (de Parteras y Farmacia) dentro de la Universidad Provincial creada por ley el 16 de octubre de 1889 durante el gobierno del Dr. José Gálvez. Debemos aclarar que esta Escuela Universitaria de Santa Fe se creó en base a una escuela de Parteras existente en un hospital local.

El Ministro de Justicia e Instrucción Pública el 18 de febrero de 1921, resuelve:

Art. 1: Los estudios en la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, fundada en la ciudad de Rosario, se dividirán en las siguientes secciones: 1- Medicina, 2- Farmacia, 3- Odontología, 4- Obstetricia.

Art. 76: La enseñanza en la Escuela de Obstetricia se dictará en tres años.

Art. 84: Las alumnas que aprobasen los tres años de estudios, recibirán un

Diploma con el título de Partera.

Art. 92: Las aspirantes a ingresar a la Escuela de Obstetricia de la Facultad...deberán presentar:

a) Certificado de aprobación de sexto grado de la Escuela primaria, b) certificado que acredite que la aspirante tiene más de 19 años de edad y menos de 38, c) certificado de autorización de los padres o tutores si la aspirante es menor de edad y no casada, d) certificado de honorabilidad.

Los profesores iniciales de la Facultad fueron contratados y el 14 de julio de 1921 se llamó a concurso para cubrir los cargos de profesores titulares de todas las asignaturas de la Facultad. El jurado de concurso de profesores de la Escuela de Parteras contó con el asesoramiento del profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Dr. Arturo Enríquez.

En abril de 1922 se determina el cierre del Hospital Centenario por carecer de elementos y para terminar la edificación; reabriéndose a fines de agosto del mismo año entre otros servicios, el pabellón de Maternidad.

La falta de una Maternidad apropiada para el dictado de los cursos de la Escuela de Parteras y la insuficiencia de los servicios existente para la enseñanza de todas las clínicas motivaron diversas tramitaciones ante la Municipalidad. En septiembre de 1923, se resuelve el traslado de la Escuela de Parteras al servicio de partos del Hospital Rosario, comenzando los cursos a partir del 26 de septiembre bajo la Jefatura del Dr. Juan Quijano, nombrado Director por el consejo Directivo. La primera colación de grados de Parteras de la Facultad se realizó el 15 de julio de 1924. El 15 de mayo de 1925 es reglamentada la reválida de los títulos extranjeros de partera, extendiéndose la misma reglamentación a las Parteras con títulos provinciales. En el año 1925 se registran 14 inscripciones en el primer año de la Escuela, totalizando con los demás cursos 27 alumnas.

En la Sesión del H. Consejo Directivo del 27 de agosto de 1926, se modifican los artículos relacionados con las condiciones de ingreso en la Escuela de Obstetricia; el cual entre otros considerandos dice:

Art. 93 bis: No rendirán examen de ingreso las aspirantes que comprueben haber aprobado el plan de Estudios de la enseñanza secundaria de las escuelas normales o que posean otros títulos superiores al sexto grado de las escuelas primarias...". Las restantes condiciones no sufrieron modificación alguna.

Por resolución del H. Consejo Directivo del 13 de agosto de 1935, acta 22 "A", se exige para el ingreso a la Escuela de Obstetricia, certificado de aprobación del tercer año de estudios secundarios.

Un paso trascendental en la Obstetricia de Rosario se da cuando la Sra. Angela Joostens Vda. de Martin, dona a la Municipalidad de Rosario un edificio para Maternidad. Esta Maternidad fue inaugurada el 8 de julio de 1939. En 1941 se traslada a la Maternidad Martin la Escuela de Parteras que funcionaba en el Hospital Rosario, dadas las características que presentaba la Maternidad para la enseñanza de la especialidad.

Por resolución del H. Consejo Directivo del 11 de julio de 1940, acta 126 "A", se modifican nuevamente las condiciones de ingreso a la Escuela de Obstetricia debiendo tener estudios de enseñanza secundaria o por lo menos de Maestra Normal con 4 años de estudios. Posteriormente las condiciones de ingreso para la Escuela son las mismas que las exigidas a las distintas carreras de la Facultad.

En 1953 se modifican los planes de estudios de la Escuela de Obstetricia, pasando los mismos a un plan de dos años, más un internado de seis meses como mínimo. Este plan dura hasta 1958. En el año 1950 por ley n° 395 se crea y regula la actividad de los profesionales a través del Colegio del Arte de Curar.

En 1968 se modifican nuevamente los planes de estudios de la Escuela requiriéndose como condición indispensable ser Diplomada en Enfermería a nivel universitario.

2.5 Maternidad del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña

Con respecto al Hospital Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP), es uno de los hospitales más antiguos de la ciudad y uno de los pilares fundamentales de la salud pública. Se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad, en la jurisdicción de la seccional N: 11, limitado por las calles Laprida, Regimiento 11, Nuestra señora del rosario, y Buenos Aires.

Es un efector de salud referente del Nivel II de complejidad en la estructura de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Rosario. Al ser un centro de mediana complejidad cuenta con consultorios externos de clínica, pediatría, ginecología, guardias de pediatría y de clínica, otras especialidades, y asimismo tiene internación de adultos,

maternidad y neonatología.

La Maternidad del Roque Sáenz Peña es referente en prácticas de parto respetado y de maternidades seguras y centradas en la familia, cualidades que se potenciarán con las innovadoras mejoras en curso.

En junio del corriente año fue inaugurada una nueva maternidad en el hospital Dr. Roque Sáenz Peña, maternidad que se basa en los principios del parto humanizado. Dicho acontecimiento rompe con cuestiones instaladas en los hospitales de salud pública, posicionándose desde otro paradigma donde la protagonista es la mujer con su bebé. La nueva maternidad dispone en cada habitación de duchas y bañeras para que las mamás puedan relajarse. Vidal Matías (2017), titular del efector, expresa que “lo bueno de este método es que se logra una relajación muy profunda con el uso del agua y se evita el uso de medicación, como la peridural”.

En nota periodística Vidal (2017) comenta que del total de nacimientos que ya se produjeron en la maternidad del Sáenz Peña, diez fueron niñas y tres varones. Todos se encuentran en excelente estado de salud. En el caso de tres niños que nacieron por cesárea (por patología de alto riesgo y por parto gemelar e hipertensión), tras el parto los padres permanecen en la sala de neonatología acompañando a sus bebés durante tiempo ilimitado. El nuevo sector tiene una capacidad de internación de 24 camas en maternidad, 12 nuevas incubadoras en el sector de neonatología, cuatro salas de trabajo de parto, parto y recuperación y dos quirófanos.

Según se destacó, el Hospital Roque Sáenz Peña es referente en prácticas de parto respetado, en su nuevo sector las mamás pueden adecuar el lugar a sus necesidades y deseos de parir. En este sentido, la madre espera al bebé en las innovadoras salas donde realizan el trabajo de parto, el parto, para luego del nacimiento continuar con su recuperación con su bebé, acompañadas por sus afectos y preservando de esta manera la intimidad y la privacidad en familia.

Además, el hospital Dr. Roque Sáenz Peña, dispone de una Consejería en Salud sexual y reproductiva que se enmarca en las políticas de Salud Integral de la Mujer. Acompañando a las mujeres a tomar decisiones voluntarias e informar sobre: Métodos anticonceptivos, diversidad sexual, anticonceptivos de emergencias, sexualidad en las distintas etapas de la vida, interrupción legal del embarazo, post aborto, prácticas de cuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, asesoramiento

sobre situaciones de abuso sexual y violencia de género, prevención del cáncer ginecológico y detección precoz del cáncer de mama.

CAPITULO III

Análisis de las entrevistas

Presentación de resultado

A partir de un exhaustivo análisis de las entrevistas realizadas, ordenamos la información obtenida en tres categorías consideras como relevantes, como ser: parto respetado, información y empoderamiento de las mujeres que atraviesan el embarazo y por último, las emociones y sensaciones que provoca el momento que las mujeres están viviendo con el embarazo

A continuación presentamos el análisis de los datos recolectados de cada entrevistada, llamándolas a una O, una segunda que llamaremos S y la tercer Doula que llamaremos A.

También se llevó a cabo una cuarta entrevista a una mujer que está iniciándose como Doula y quien ha realizado su primer acompañamiento hace muy poco tiempo a quien denominaremos E.

3.1 Parto Respetado

En todas las entrevistas realizadas, lo que repiten las entrevistadas es en relación al parto respetado, que uno de sus objetivos es asesorar a las mujeres y a su familias con respecto a este tema, en relación a esto la entrevistada O expresa que “Cuando hablamos de parto humanizado hay que tener en cuenta que no sólo se habla de la casa de una mujer y por fuera de la institución, en este caso hospital o sanatorio, sino que justamente es allí donde hay que hacer hincapié, la ley esta avocada a la institución, es allí donde se exige que las mujeres sean tenidas en cuenta, que expresen lo que les pasa, que las intervenciones sean avisadas, que estén acompañadas por su familia, que los estudios que se le hacen tanto a ellas como a los bebés sean informados y que sepan que practicas se les hacen en su cuerpo.....es importante tener en cuenta que la ley apunta a las practicas que se llevan a cabo en el hospital, en la institución”. Expresa O.

En lo referente a este tema la definición que aporta el Ministerio de Salud de la Nación podemos entender que el término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Es decir en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz.

Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

Frente a la creciente tecnificación producida en torno a los embarazos, el aumento de cesáreas innecesarias, el abuso de poder por parte del equipo de salud, muchas veces no informando a las mujeres de las prácticas que están realizándose en su cuerpo, se establece a nivel nacional la Ley de Parto Humanizado N° 25.929 en el año 2004 y su reglamentación (decreto 2035/2015) promoviendo que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- acompañándolas en la toma de decisiones.

Dicha ley, establece en el artículo 2, entre otras características que la madre tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y participar activamente en las decisiones que acerca de las alternativas distintas si es que existen. A ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. A un parto respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación. A elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto.

Otra de las entrevistadas manifestó que:

“Es importante hacer hincapié en que el parto respetado no es solo el que se da en casa o en la institución, con banco de parto o el parto en el agua, un parto respetado es aquel que respeta las necesidades de cada mujer en ese momento, es decir que si la necesidad de la mujer en ese momento es realizar una cesárea, y es respetada, y el bebé es recibido con amor, es un parto respetado, y esto tiene que ver con que no vamos a

poner un método de cómo se realiza un parto para que sea respetado, sino volvemos a lo mismo que criticamos y así deja de ser respetado”, comenta S.

Considero que el parto y el nacimiento humanizado también tienen que considerar cuestiones afectivas y emocionales de las personas. Es considerar el deseo y las necesidades de sus protagonistas, de las libertades de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir. A partir de ello consideramos que puede contraponerse al proceso de medicalización habitual en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales.

Frente a la importancia de la ley del parto respetado y del papel que llevan a cabo los distintos profesionales del equipo de salud y del acompañamiento a las mujeres una de las Doulas E, expresa que “Es importante la existencia de la ley que abala esto, la ley del parto respetado, o sea la mamá puede elegir por quién quiere estar acompañada. Yo sí creo que es fundamental encontrar un médico que tenga ganas de respetar y que acompañe todo ese proceso”. Además E, agrega que “Es fundamental respetar lo que la mujer quiere y poder acompañar en esas decisiones y los deseos que ella tenga”.

En el momento del parto O, expresa “Muchas veces ha ocurrido que en un primer momento el médico ha planteado que la mujer pueda estar acompañada en sala de parto por quiénes quiera, pero en sala de parto no. Allí suelen poner más restricciones” O, también agrega que: “suele ocurrir también que se genera un vínculo con el equipo médico, luego de haber trabajado tanto tiempo en conjunto, y ellos mismos se dan cuenta que uno no está ahí para juzgar sino que se ubica desde otro lugar que es el acompañamiento, y ahí te dicen “Bueno, puedes venir a sala de parto”. Esto siempre y cuando la mujer desee que nosotras estemos en ese momento”.

Podemos observar que desde las Doulas el acompañamiento que hacen a las mujeres se sostiene en la ley del parto respetado. Ellas trabajan desde el deseo que las mujeres tienen en el momento del embarazo, y allí aparecen ellas como acompañantes del mismo. Muchas veces acompañan cumpliendo distintas tareas de acuerdo a lo que cada mujer necesita y de acuerdo a la diferencia de cada una de ellas y a las necesidades

que las mismas tienen. Esto ocurre ya que cada mujer tiene su impronta, su individualidad y su historia.

Llegado el momento del parto otras de las intervenciones que realizan son según lo que expresa S: “Todas las mujeres son diferentes y las necesidades de que cada una lo son también. Por ejemplo, podemos hacer masajes si hay mucho dolor, hay mujeres que cuando llegas te agarran la mano y no te sueltan, también nos encargamos de los trámites administrativos. Hay hombres que están cansados y acompañan a las mujeres mientras el hombre descansa”.

3.2 Información y empoderamiento

Comenzamos esta categoría de análisis con lo manifestado por O: “el trabajo de acompañamiento que se hace durante tanto tiempo con la mamá hace que las mujeres se vean muy fortalecidas y empoderadas, esto hace que ellas se vayan sintiendo cada vez más seguras y por esta razón, muchas veces terminamos siendo de sostén del papá más que de la mamá”..... “si bien desde el acompañamiento que se da desde las Doulas, se pretende rescatar las experiencias de cada mujer, también es importante el conocimiento, ya que cuando el médico entra en sala y dice que va a hacer una intervención, uno tiene que saber que es”.

Como veíamos la ley del parto respetado expresa claramente, la importancia de que las mujeres estén informadas y en conocimiento de todas las prácticas médicas que sobre ellas y sus bebés van a llevarse a cabo, así ellas pueden decidir y elegir y consecuentemente posicionarse como sujetos y no quedar objetivadas a las decisiones del equipo de salud.

Es de nuestro interés remarcar el concepto de empoderamiento que tiene su origen en la educación popular de Paulo Freire y su desarrollo teórico está unido al análisis de género. El término se aplica a todos los grupos vulnerables, pero donde ha encontrado más eco ha sido en relación con las mujeres.

Sostenemos igual que O, que es necesario que las mujeres se empoderen. Es menester que ellas adquieran confianza en sí mismas, para que con toda la información a su disposición le permita tomar decisiones, para que actúen como sujetos de derecho.

Estos lugares para empoderar que ofrecen las Doulas, son lugares que las mujeres consideran de pertenencia, entre pares; en este caso, entre otras madres. Descubre que no están solas, que los temores y las preocupaciones son similares y que intercambiar experiencias las fortalece. Con respecto a esto O expresa que “en los encuentros se trabaja desde la experiencia, hay información sobre la sociología del parto y la lactancia”.

A comenta “elijo trabajar con grupos pequeños de mujeres, que no sean más de doce mujeres, para poder no solo trabajar con los temas y el programa que uno arma para el trabajo grupal, sino también para re trabajar las distintas cosas que surgen, ya que cada mujer tiene su impronta, su historia. La idea es que se vaya fortaleciendo el grupo para que también se puedan sostener entre ellas”.

Gutman Laura (2015, p.12-13) en relación al grupo comenta que, el grupo de apoyo permite que fluyan los estados regresivos, las intuiciones y emociones, revalorizando socialmente las facetas de la personalidad que estaban escondidas y que, al ponerse en evidencia, nos completan. Dicho de otro modo, cuando las madres encuentran lugares donde lo que les pasa no sólo es compartido sino que además es aconsejable, el puerperio deja de ser un monstruo temido y puede convertirse en una mágica travesía

Para finalizar con este análisis tomamos lo expresado E que dice que “La Organización Mundial de la Salud, está planteando que esta tan institucionalizado el parto que por ejemplo existe una epidemia de cesáreas. Uno no se plantea nada en base a eso y se empiezan a naturalizar esas situaciones. Cuando uno se empieza a informar y a empoderar se cuestiona si es ese el único modo o si bien hay otras realidades posibles. Un parto donde la mujer está más concientizada, informada es distinto a otro en el que no, y seguramente la forma de nacer de ese bebé será distinta también”.

Frente a lo expuesto por las Doulas podemos hacer una reflexión de la importancia de que las mujeres estén informadas, que estén en conocimiento de las prácticas que son llevadas a cabo en un embarazo, que puedan elegir por quienes quieran estar acompañadas en ese momento. Todo esto va a dar con el empoderamiento de ellas, y así tendrán información para poder decidir sobre el parto que ellas deseen tener.

3.3 Emociones y sensaciones

Estamos acostumbrados a que se el nacimiento solo tenga que ver con el desprendimiento de lo físico. Sin embargo, el intento esta en lograr pensar que ese cuerpo recién nacido no es sólo materia, sino que es un cuerpo emocional, espiritual. Aunque la separación física efectivamente se produce, persiste una unión que pertenece al orden afectivo y emocional de quienes atraviesan ese momento.

Gutman (2015) cada bebé es una oportunidad para su madre o persona que ocupe su lugar para rectificar el camino de conocimiento personal. Muchas mujeres inician con la vivencia de la maternidad un camino de superación, sostenidas por las preguntas fundamentales. Y muchas otras desperdician una y otra vez los espejos multicolores que se les cruzan en este período, desatendiendo su intuición y creyendo que se han vuelto locas, que no pueden ni deben sentir esta maraña de sensaciones disparatadas.

En relación a las emociones y sensaciones una de las Doulas comenta que “Rescato la experiencia porque lo importante de la doula es estar dispuesta a sostener a un otro desde un lugar emocional. A mí me interesa lo vivencial ya que se trabaja justamente la emoción, me importa que haya contacto entre las mujeres, no estoy muy de acuerdo con los cursos virtuales”

Además agrega “Cada mujer lleva al grupo su emoción, las que ya son mamás recuerdan sus partos, entienden porque les pasaron algunas cosas, muchas tienen recuerdos de violencia en los partos, reviven sensaciones, entienden algunas situaciones q vivieron. Esto sin sentirse culpables, pero realmente moviliza mucho. También conecta con tu experiencia desde el lugar de hija, que paso con tus padres. Hay un encuentro en el que trabajamos crianza, que necesitan los bebés, los niños, y ahí se moviliza mucho este lugar de hija. Entendemos cosas de por qué somos como somos, por qué repetimos cosas con nuestros hijos o no. Es despertar conciencia. Por ejemplo, en una formación que di en Paraná, una chica nos dijo que ella sentía que estaba dormida, y que se despertó porque llego a entender muchas cosas y a conectarse consigo misma”.

O afirma que, “lo importante de la formación de las doulas es tomarse ese tiempo para darnos cuenta si estamos preparadas para transitar ese momento, si podemos acompañar a las mujeres con sus miedos y sus limitaciones. Es tratar de entender que el parto que uno acompaña no es nuestro sino de la mujer, y que ella puede decidir y hacer todo de otra manera distinta a la que nosotras haríamos”.

Como vemos el momento del parto genera fuerte emociones como miedos y alegrías, que como dice una de las Doulas que es necesario acompañar respetando sus emociones.

E, comenta que “una Doula es un acompañante emocional para la mujer en el momento de embarazo, parto, posparto y puerperio. Rescato lo emocional porque se genera una conexión muy fuerte de las Doulas con las mujeres, pero también con ellas mismas”. Además E resalta que “es importante el sentir y lo emocional porque rompe un poco con como está planteado hoy en día el transcurrir del embarazo, como se lleva a cabo hoy en la sociedad, estando todo muy institucionalizado. Hace mucho tiempo atrás no era así, entonces tiene que ver con la realidad y el contexto en el que se vive hoy”

Finalizamos con esta categoría de análisis tomando lo expresado nuevamente por Utman (2015, p.13), las necesidades de la madre puérpera tienen que ver con la contención afectiva, la aceptación de sus emociones y la confianza que podemos ofrecer para que se conecte con lo que le pasa. Los consejos carecen de sentido si no guardan estrecha relación con la historia emocional de cada mujer, permitiendo que cada una construya su manera personal de convertirse en madre. Ofrecer información en la medida en que esté al servicio del otro como individuo único y diferenciado. Esta actitud es válida para profesionales de la salud, para maridos, familiares, amigas, vecinos y profesores, que en nuestro análisis incluimos a las Doulas como una de los actores en este proceso de dar información.

CAPITULO IV

4.1 Reflexiones sobre la intervención profesional de Trabajo Social.

Al ser la presente investigación una tesina de grado para completar la formación de la Licenciatura en Trabajo Social, consideramos necesario reflexionar sobre la figura de las Doulas como un nuevo actor en el proceso de parto, que como ya vimos, en algunas maternidades de hospitales públicos de la Argentina están comenzando a tener presencia ante este acontecimiento. Hemos realizado una significativa búsqueda de bibliografía en relación a la intervención del Trabajo Social relacionado al parto respetado y su participación en intervenciones junto a doulas, sin contar con demasiada información y bibliografía ya que el tema resulta ser muy novedoso.

Para poder pensar la intervención del trabajador social en este espacio, es necesario posicionarnos y dar cuenta desde que lugar entendemos la intervención, coincidiendo con el posicionamiento de Carballada (2002) que entiende que la intervención en lo social debe tener en cuenta la historicidad de los cambios, los padecimientos del presente y una representación con respecto al futuro. La Intervención, significa transformación, en los escenarios actuales, la misma se relaciona con los problemas sociales desde sus posibilidades de resolución, pero también a partir de su inscripción como tales, tanto a nivel societario como subjetivo y el padecimiento que se expresa en los mismos. O sea desde su complejidad.

Este autor considera que la Intervención cuenta con un capital cultural significativo que permite una visión de la práctica. De este modo se genera la demanda y desde allí es posible acceder a nuevas respuestas, y desde allí construir junto con ese otro que reclama la intervención las posibilidades de transformación que ésta conlleva. Carballada (2002)

La intervención en lo social se presenta como un instrumento de transformación no solo de las circunstancias donde concretamente se actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma comprensiva explicativa, no solo de los problemas sociales, sino de las

instituciones en sí mismas. De este modo la intervención da cuenta de una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales.

En coincidencia con esta forma de intervención que plantea el autor y frente al recorrido que pudimos realizar sobre este nuevo actor que se denomina Doulas, consideramos importante generar vínculos de trabajo con ellas, teniendo en cuenta y como referencia los antecedentes de las mismas en instituciones de salud pública como es en los casos de Córdoba y Buenos Aires que mencionamos en el trabajo.

En base a las conclusiones realizadas por Antonella Toressi (2017) en su tesina de grado sobre el conocimiento e implementación de la ley de parto respetado en la Maternidad Martín por parte de los distintos profesionales que intervienen ante el acontecimiento, reflexiona que tienen poca información y capacitación en relación a Ley N° 25.929 conocida como parto humanizado, determinando su implementación adecuadamente. A partir de esto interrogamos y sobre la existencia de las Doulas y del trabajo que realizan ¿Debe reconocerse a las Doulas como un actor más en las maternidades del sistema de salud público de Rosario como acompañantes de las mujeres y familia de la parturienta? ¿Debe incorporarse como un actor más en las guardias de las maternidades? Ante la experiencia que tienen en el acompañamiento y empoderamiento a las mujeres en relación a los derechos de un parto respetado ¿Podrían ser ellas las que podrían realizar capacitaciones a los profesionales de la salud?

Es necesario tener en cuenta, a partir de estos interrogantes, que en la actualidad fueron realizados distintos encuentros de capacitación a mujeres por parte de las Doulas en el CEMAR (centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario), edificio donde está ubicada la Maternidad Martín.

En su texto, “Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales” (Carballeda: 2005: 1), el autor propone entender la intervención en lo social desde un enfoque de derechos, que permita visualizar a los sujetos destinatarios de la intervención profesional como titulares plenos e integrales de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado.

Y es aquí que creo que la Ley N° 25.929 de “Derechos de Padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, conocida como Ley de Parto Humanizado, enmarca junto a la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072, sancionada en el año 2014, la práctica y la intervención profesional para poder generar y construir encuentros con las mujeres y futuras mamás para que no se avasallen ni se vulneren sus derechos preguntándonos en si en este momento de transición de implementación de la Ley e Parto Respetado, es necesario trabajar desde la profesión con las Doulas en el empoderamiento de las mujeres como sujetos de derechos y tomas de decisiones en la instancia del parto.

La Ley Federal 27.072 de Trabajo Social entiende a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

Asimismo, esta normativa establece cuales son las incumbencias de los/as Licenciados/as en Trabajo Social: “Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;

b) Planes, programas y proyectos sociales;

c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;

d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean estas gubernamentales o no gubernamentales.

2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

3. Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socioambientales, informes situacionales y/o periciales.

4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.

5. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.

6. Intervención profesional en instancias o programas de mediación.

7. Intervención profesional como agentes de salud.

8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.

9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.

10. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:

a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;

b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;

11. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.

12. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.” (Ley 27.072, cap, III, art.9)

En el Capítulo III de la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072, específicamente en su Artículo 9º: El cual expresa respecto a las incumbencias profesionales que la intervención es “Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales...” considero en este sentido y respecto al tema expuesto en capítulos anteriores, que es de fundamental importancia el accionar del trabajador social para la garantía de los derechos de las mujeres que están atravesando el momento del parto.

Pensamos que la intervención del trabajador social en instituciones de salud pública puede ser de gran relevancia para que las mujeres para puedan contar con toda la información posible, para poder ser protagonistas de sus cuerpos, poder elegir como atravesar el embarazo, y por quienes van a estar siendo acompañadas en ese momento, como lo plantea la ley N° 25.929 del parto respetado.

4.2 Conclusiones

Llegamos a la conclusión que los modos en que ha ido concibiéndose el parto y el nacimiento fue cambiando de acuerdo a cada momento histórico y a las distintas creencias que prevalecían en los mismos. Si bien el parto es concebido de distinta manera, coincide en cada época la existencia la presencia de un mismo actor, la mujer, nombrada de diferente manera en distintos momento de la historia como ser matronas, parteras, o Doulas.

En la prehistoria, la mujer paría sola o ayudada por otra mujer, de la misma manera en el neolítico la mujer sigue responsabilizándose de los cuidados domésticos, de la salud y también de la asistencia de los partos y de los cuidados de los recién

nacidos. En Grecia existían matronas que se encargaban de los partos, y había algunas de ellas que se especializaban en aquellos que resultaban más complejos.

Hasta el siglo XVII la asistencia al parto estuvo exclusivamente en manos de las mujeres, luego se produce la entrada masiva de los varones a la asistencia al parto y pasa de ser un asunto privado a ocupar un espacio público de interés para los Estados. Es decir, los partos dejan de ser vividos como un hecho privado, y se trasladan a las instituciones, donde el saber médico prevalece, y las mujeres no son tenidas en cuenta ni en su particularidad ni en su deseo de como atravesar el parto.

Podemos resaltar que con la irrupción del hombre en el parto, y con la tecnificación del mismo, estos empezaron a tener más preponderancia en cuestiones que antes les eran ajenas. A partir de allí y al despersonalizar el embarazo de cada mujer, sin tener en cuenta la particularidad de cada una se rompe con una forma de llevar a cabo estas prácticas dando el predominio de los hombres en la atención del embarazo.

En la década del 80 comienzan a producirse distintos cuestionamientos en relación a la praxis médica, produciéndose cambios en la construcción del derecho a la atención respetuosa o humanizada del parto, se da fundamentalmente en torno a la crítica del modelo médico hegemónico de atención a la salud, que no tiene en cuenta los aspectos emocionales, culturales y sociales.

El parto humanizado o respetado se contrapone al paradigma del modelo médico hegemónico, situándola a mujer en el centro y como protagonista del proceso que está atravesando. En este contexto, surgió en nuestro país, la Ley Nacional Nro. 25.929 “De derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento”, para que no se vulneren los derechos de las mujeres, ni de sus bebés. Es en este momento donde se inicia una ruptura con el modelo biologicista, y es necesario destacar el re-surgimiento de este nuevo actor que son las Doulas, que en realidad no es tan nuevo, y digo esto y menciono que “re”-surgen ya que como hemos desarrollado e historizado, siempre hubieron o existieron estas mujeres que anteriormente eran denominadas parteras, comadronas, o matronas que estuvieron siempre al lado de las mujeres que estaban por parir.

Puede reconocerse en base a lo trabajado que las doulas focalizaran su trabajo y atención en que la mujer se sienta lo más comfortable posible. Puede proponerle recursos

corporales para atravesar el trabajo de parto, ayudarla con el trabajo de respiración, relajación, cambios de postura, técnicas de masaje y aromaterapia. Aportará en el cuidado del entorno para que la mujer pueda disponer de la mayor intimidad posible, hará de intermediaria con el equipo médico para que la mujer pueda estar concentrada en su labor. Su rol es complementario al del equipo médico no interviene en las decisiones que estos tomen. Apoya a la mujer desde el punto de vista emocional acompañándola en el momento que está atravesando siendo la protagonista y la que decide sobre cómo va sobrellevando ese momento.

Las condiciones óptimas para que el parto fluya sin complicaciones y que se relacionan directamente con el entorno cuidado que mencionábamos en el párrafo anterior tienen que ver con que el ambiente de la mujer sea un espacio íntimo donde ella pueda sentirse segura, tranquila, donde se respeten los tiempos naturales, donde la luz no resulte molesta, que haya silencio. Frente a esta situación se puede dar cuenta de que un ambiente hospitalario con un rígido e invasivo protocolo, no garantiza estas condiciones. Aumenta los nervios, los miedos y muchas veces la soledad en las mujeres.

La doula puede también acompañar a la mujer no solo en el momento del parto sino también en el posparto. Puede apoyarla y ser de gran sostén para ellas en temas de lactancia, y puede acompañarla en su casa si ella lo necesita. En caso de que la mujer también lo necesite si atraviesa situaciones difíciles como por ejemplo si el bebé debe permanecer internado en neonatología por algún problema, las doulas también se hacen presentes en esa situación. En todas esas ocasiones en que la mujer realmente necesita estar sostenida, y dependiendo de cómo sea su círculo más íntimo, una doula puede ser una gran ayuda.

Las doulas entienden que el cuerpo de la mujer en el momento del parto sabe exactamente que hacer por lo que es preciso proporcionarle el espacio, las condiciones y la libertad para hacerlo por sí misma. El compromiso que ellas tienen es justamente el de acompañar a la mujer para que tenga un parto como el que ella desea ya sea en el hospital o en el hogar pero que justamente se base en el respeto.

Frente a lo trabajado quizás pueda pensarse que las doulas pretenden retomar esta imagen de comadronas de otros momentos históricos, siempre adecuándolo a las características y contextos del presente, contribuyendo a la ruptura del parto tecnificado

y reconstruyendo a la mujer como protagonista del proceso, facilitando un ambiente y entorno amable y un camino más fácil para atravesar el embarazo y para la llegada de su bebé.

Las doulas tienen por tanto, otra visión de cómo debe llevarse a cabo el parto y el nacimiento, la cual se contraponen a esa visión patológica e intervencionista del embarazo, del parto y de la crianza que domina nuestra sociedad. Esa forma de ver el nacimiento tiene que ver con la vivencia del parto como un hecho íntimo, amoroso, único; la vivencia de la crianza desde un enfoque más natural, de apego y empatía a las necesidades que tienen tanto las mujeres como los bebés.

De acuerdo a lo estudiado y frente a lo leído, podemos llegar a la conclusión de que las mujeres acompañadas por doulas tienden a tener un mejor recuerdo de sus partos y aumentan los sentimientos de logro y autovaloración, lo cual contribuye a un mejor vínculo mamá-bebé.

Parafraseando a Odent, Michel, Una doula es por tanto un poco de todo... “compañera, guía, amiga, soporte emocional y afectivo, presencia tranquilizadora, figura maternal...o una simple mano y una voz que susurra que todo está bien y le recuerda a la futura mamá que pronto será cómplice del milagro de la vida”

Bibliografía

- Abad Linares, Manuel, “Mujeres matronas, un recorrido por la historia con perspectiva de género” I Congreso Virtual Sobre Historia de las Mujeres. Octubre, 2009.
- Barria Oyarzo, Carlos Sebastián, Rivera, Leinecker Leonela: Salud y Género. Una Mirada sobre la Violencia Obstétrica” Revista diálogos Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas Vol. 5. Nro. 1. pp. 97-103. Junio, año 2016. Disponible en <http://www.dialogos.unsl.edu.ar/docs/Articulos/SALUD%20Y%20GENERO.%20UNA%20MIRADA%20SOBRE%20LA%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf>
- Biografía del Ginecólogo francés Odent Michelle recopilada por Muñoz, Mireia. Enero, año 2012. Disponible en <http://porunpartorespetado.blogspot.com.ar/2012/10/michel-odent.html>
- Bumm, Ernesto, Tratado completo de Obstetricia escrito para los estudiantes y médicos. Sexta edición española traducida de la decimocuarta alemán en 1906. Barcelona: Francisco Seix. 1940
- Cabré I Pairet, Montserrat. “Formes de cultura femenina a Catalunya Medieval”. En Mash. Més enllà del silenci: les dones a la historia de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona: Elfos, 31-52. 1988.
- Camacaro Cuevas, Marbella “Patologizando lo Natural, Naturalizando lo Patologico...Impronta de la Praxis Obstetrica” Revista Venezolana de Estudios de la Mujer- Vol.14/Nº32. Caracas. Enero/Junio, año 2009.
- CAMACARO, Marbella, RAMÍREZ, Mariangel, LANZA, Lissete y HERRERA, Mercedes “Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica” NOTAS Y DEBATES DE ACTUALIDAD. UTOPIA Y PRAXIS LATINOAMERICANA. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría

Social. ISSN 1315-5216 ~ CESA – FACES – Universidad del Zulia Maracaibo-Venezuela AÑO 20. N° 68 (ENERO-MARZO, 2015) PP. 113 – 120

- Campana, Melisa, “Medicalizar la asistencia Asistencializar la salud”, Rosario, Prohistoria ediciones, 2012.
- Carballeda Alfredo los cuerpos fragmentados, la intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto. Paidós. Buenos aires. 2008
- Carballeda, A. “Políticas de Reinserción y la integración de la sociedad una mirada desde las Políticas Sociales”. Revista de trabajo social y ciencias sociales: Margen, N°. 39, 2005. Disponible en <http://www.margen.org/carballeda/Pol%C3%ADticas%20Sociales%20y%20Reinsercion.pdf>
- Carballeda, A. El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. Revista Margen nro. 82, octubre de 2016. disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen82/carballeda82.pdf>
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel “La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social” Disponible en http://www.margen.org/investig/curso6/complem01_02.pdf
- Cazzaniga, Susana. TEMA: Metodología. El abordaje desde la singularidad. Ficha de cátedra. Facultad de Trabajo Social UNER. Año: 1997
- Colunga Alva, Irma Elisa, “El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de Doula: un estudio comparativo con redes semántica naturales. Tesis para obtener el grado de maestra en ciencias. Asesor: Hernández Torres Jorge. Colima, Col. Noviembre, 2005. Disponible en http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/IRMA_ELISA_ALVA_COLUNGA.pdf
- Crespo Aguirre, Alejandra, Ramírez Martínez, Beatriz, Rivero, Karla, Blancas Mari, Carmen Lucía, Badillo Perry Saúl David, González Borge Lourdes, Marzuca Hoyos Juan Manuel, “La Atención del Parto: Poder, Derechos, Violencia” Artículo de Revisión. Revista Salud Quintana Roo- ISSN 2007-1671. N°25-Año 6. Julio/Septiembre, año 2013

- Donnison, Jean, *Midwives and medical men. A History of Inter-professional rivalries and women's rights*. London: Heinemann Educational Books, Lrd.1977.
- Fernández Conde, Fernando, "Parteras, Comadres, Matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico" Diciembre, 2011. Disponible en <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>
- Foucault, Michel, "La vida de los hombres infames". Madrid: La Piqueta. 1990
- Gutman, Laura "La Maternidad y el encuentro con la Propia sombra EBOOK , año 2015
- HISTORIA DE UN HECHO MATERNIDAD "MARTIN" UN HITO EN LA HISTORIA DE ROSARIO "Aspectos de la Obstetricia en Rosario"- autor Dr. Edgar Zanuttini, Trabajo pre-sentado en el Tercer Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina - Rosario - Argentina - Octubre 1972. Trabajo citado en: Historia de la Maternidad Hortensia G. De Kowalk, autor Dr. Américo Frigerio – pág. 15 - 16 - Río Cuarto - Córdoba- Argentina -marzo de 1998. "La Escuela de Parteras de Rosario" y "Maternidad Martin - Un hito en la historia de Rosario "- autor Dr. Edgar Zanuttini - Trabajos presentados en el Quinto Congreso Argentino de Historia de la Medicina Argentina - Mendoza - Argentina - Mayo 1983
- Lattus O. José, Carreño C. Erika, "El asiento del nacimiento" Rev. Obstetricia. Ginecología.- Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Volumen 11 N°2 Año 2016. Disponible en <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/562>
- Laurent, Sylvie. *Naitre au Moye Age. De la conception a la naissance: la grossesse et l'accouchement (XII-XV siècle)*. París: Le Léopard d'Or. 1989
- Lehner, María Paula "Partos en la primera mitad del siglo XX, De las redes informales a la medicalización". *Kornblit, Ana Lía, Camarotti, Ana Clara y Wald, Gabriela (compiladoras)*. Disponible en <https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos/chapter/partos-en-la-primera-mitad-del-siglo-xx/>

- Ley 25.929 SALUD PUBLICA. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley 25.929, art. 2. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>,
- Lorenzo, Carolina Edith, Eje 8: “Feminismos, estudios de género y sexualidades Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho”. Instituto de Investigaciones Gino Germani VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Noviembre, año 2013.
- Ministerio de Salud de la Nación. Ley Federal del Trabajo Social N° 27072. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=25020>
- Ministerio de Salud de la Nación. Parto Respetado. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>
- Ministerio de Salud de la Nación. Parto Respetado. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>.
- Montes Muñoz, M. Jesús, “Las Culturas del Nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos” Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Directora: Mari Luz Esteban Galarza. Tarragona, año 2007. Disponible en [http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOla sculturasdelna.pdf?sequence=1](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOla%20sculturasdelna.pdf?sequence=1)
- Moral Lozano, María de la Sierra, “Mujer y Medicina en la Antigüedad Clásica: La figura de la partera y los inicios de la ginecología occidental” *Fronteiras*, Dourados, MS, V.13, n.24, p.45-60. Julio- Diciembre 2011.
- Nota publicada en Diario La Capital “Nació el primer bebé bajo el agua en el Roque Sáenz Peña” 29 de julio del año 2017 disponible en <http://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/nacio-el-primer-bebe-el-agua-el-roque-saenz-pena-n1441815.html>

- Nota publicada en Diario La Nación, Mantero, Luciana “El trabajo único de ayudar a dar vida”. Disponible en <http://www.lanacion.com.ar/1813253-el-trabajo-unico-de-ayudar-a-dar-vida> 26 DE JULIO DE 2015
- Nota publicada en Diario La Voz, Guerra, Rosana. Lanzas el primer voluntariado de “doulas” Abril, año 2015. Disponible en <http://www.lavoz.com.ar/salud/lanzan-el-primer-voluntariado-de-doulas>
- Nota publicada Por InfoGEI ¿Nuevas protagonistas a la hora del parto? 2015-11-02 INFORMES ESPECIALES Disponible en http://infogei.com.ar/cable/16002/iquest_nuevas_protagonistas_a_la_hora_del_parto/
- Opitz, Claudia. “Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media (1250-1500). En Duby.; Perrot. Historia de las mujeres. La Edad media. Madrid: Taurus, 321-400. Año 1994
- Ortiz Gómez, Teresa, “Las Matronas y la Transmisión de Conocimientos Científicos sobre el Parto en la España del S.XIX” Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer. Año 1998
- Poljak, Asia Villegas, “La Violencia Obstétrica y la esterilización Forzada Frente al Discurso Médico” Revista Venezolana de Estudios de la Mujer- Caracas. Vol. 14 / N°32, Enero/Junio, año 2009.
- Porcar Macaró, M. José, “La Asistencia al Parto y al Embarazo a través de los tiempos”. Discurso reglamentario de ingreso como Académico correspondiente de la Real de Medicina de Barcelona. Real Academia de Medicina de Barcelona Sesión del 30 de mayo de 1947.
- Quintanilla Plata, Rosa María, “La Matrona: Del saber popular al conocimiento científico” I Congreso de la Asociación Cántabra de Matronas IX Congreso Nacional de Matronas. Conferencia Inaugural. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/03_HISTORIA/03_MATRONA_SABER_POPULAR.pdf

- Reflexionando con Michel Odent. Proyecto de Doula. ¿Por qué es tan importante la función de las doulas? Disponible en <http://proyectodoula.blogspot.com.ar/2007/04/mis-articulos.html>
- Rodríguez Portilla, Natalia Emilia, “Matronas Murcianas: Mujeres y Profesionales (1940-1977)” Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Año 2014.
- Rojo Martínez, Carmen, “La Profesión Matrona a través de Manuales Escritos por Parteras Europeas del Siglo XVII” Tesis Doctoral, Dirigida por: Dra. María Emilia Martínez Roche Dr. José Siles González. Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería. . Año 2014.
- Sitio web “Doulas de Argentina” http://www.doulasdeargentina.com.ar/que_es_una_doula2.html
- Sitio web “Doulas de España” http://doulas.es/documentos/doulaes/que_es_una_doula
- Torossi, Antonella Belén. “PARTO HUMANIZADO: Las voces de los profesionales en la Maternidad Martin”. Tesina de grado Licenciatura en Trabajo Social Directora: D’Angelo, Susana Beatriz Co-directora: Andreatta Maricel. Año 2017
- Towler, Jean. BRAMALL, Joan. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson. Año 1997.
- Usandizaga, Manuel. “Cuidados a la madre y al recién nacido según el arte medieval catalán” Acta Obstétrica y Ginecológica Hispano Lusitana. Barcelona, 4:3-73. Año 1970.