

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social

PARTO HUMANIZADO:
Las voces de los profesionales en la Maternidad Martín.

Tesina de grado

Licenciatura en Trabajo Social

Alumna: Torossi, Antonella Belén

Directora: D'Angelo, Susana Beatríz

Co-directora: Andreatta Maricel

ROSARIO, 2017

Agradecimientos

A mis padres, abuelos y hermano, *por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por ser el pilar fundamental de lo que soy, y por festejar juntos los logros.*

A Facundo, *por ser mi gran compañero de vida y brindarme su apoyo durante toda la carrera, bancándose incluso en los momentos de mayor stress.*

A Valentina, *por haber aguantado desde la panza largos días de estudio y unos cuantos exámenes.*

A las amigas que me dio la universidad, *por tantas anécdotas, por tantas tardes y noches de estudio, y fundamentalmente por acompañarme a recorrer juntas este camino, que tanto nos cambió desde primer año.*

A mis amigos de la vida, *por aguantar todas mis locuras y siempre estar ahí, acompañándose en las buenas y en las malas.*

A mi Directora Susana y Co-Directora Maricel, *que en todo momento estuvieron presentes, guiándome y aguantando tantos aciertos y desaciertos.*

Al Comité de Docencia e Investigación de la Maternidad Martín, *que me permitió realizar allí mi trabajo de campo.*

A los profesionales entrevistados, *que me prestaron un ratito de su tiempo, entre tanto trabajo, para contarme sobre sus experiencias personales.*

A todos los profesores de la carrera, *que de uno u otro modo aportaron a mi formación académica y me ayudaron a crecer.*

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	7
Objetivo general.	8
Objetivos específicos.	8
CAPITULO I.....	12
EL CAMPO DE LA SALUD.....	12
1- SALUD Y DERECHOS:.....	14
2- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	16
3- PARTO HUMANIZADO	20
4- INSTITUCIONALIZACION DEL PARTO	24
CAPITULO II	28
CONTEXTO DE ESTUDIO:.....	28
1- MATERNIDADES SEGURAS Y CENTRADAS EN LA FAMILIA (MSCF): lineamientos del modelo de intervención.	29
¿Qué es entonces una MSCF?	32
CAPITULO III.....	33
ANALISIS DE LOS DATOS:	33
1- Interés y capacitación sobre la Ley Nacional Nro. 25.929.....	33
2- Intervención profesional en el proceso de parto.....	36
3- Participación y tomas de decisiones respecto al parto.....	45
4- Garantía del derecho a la intimidad y respeto por las pautas culturales.....	48
5- Implementación de la Ley.....	55
REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL RESPECTO AL PARTO RESPETADO	62
REFLEXIONES FINALES	67
ANEXOS	69
Ley 25.929.....	69
Decreto 2035/2015	72

CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
GUÍA DE PREGUNTAS	79
Requisitos solicitados en la Maternidad para poder llevar a cabo el trabajo de campo:.....	80
Entrevista Dirección:.....	83
Entrevista Obstetricia 1.....	89
Entrevista obstetricia 2:.....	100
Entrevista neonatóloga 3:.....	106
Entrevista Guardia del sector de neonatología:.....	114
Entrevista Enfermería 1:	119
Entrevista enfermería 2:	126
Entrevista psicólogo 1:.....	132
Entrevista psicóloga 2:	141
Entrevista trabajo social:	148
Entrevistas en audio.....	152
Bibliografía:	155
Sítios de red:.....	158

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-

Dicho proyecto, pretende conocer al interior del sistema de salud pública de la ciudad de Rosario - Maternidad Martin - prácticas de intervención de los profesionales que participan en los procesos de parto, en relación a la implementación de la Ley N° 25.929 “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento” conocida además como “Parto Respetado o Humanizado”.

Para poder llevar a cabo el trabajo de campo, se utilizó una metodología cualitativa descriptiva-exploratoria, siendo la más acorde a los objetivos planteados, pues permite acercarse a la realidad en su contexto natural, tratando de buscar el sentido o interpretación de los fenómenos a través de los significados que le asignan las personas involucradas, en los procesos que suceden en la sociedad.

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

El capítulo 1 hace referencia al campo de la salud desde el enfoque de derechos. Entre los derechos de los sujetos se hallan aquellos vinculados a la salud sexual y reproductiva, dentro de los cuales se encuentran los derechos que poseen padres e hijos durante el proceso de nacimiento, es decir en el proceso de parto, parto y post parto. En concordancia con esto, en este capítulo, se expone, además, el proceso de institucionalización del parto hasta llegar a ver como el mismo es concebido en la actualidad y qué se entiende por “Parto Humanizado”.

El capítulo 2, por su parte, está conformado por el contexto de estudio que se eligió para la presente investigación. De este modo, se presenta la Maternidad Martin y el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la familia a la que la misma adhiere como política institucional.

En canto al capítulo 3, se desarrolla en él, el análisis de los datos recabados a partir de las entrevistas realizadas, agrupando la información en cinco categorías consideradas relevantes teniendo en cuenta algunos artículos de la mencionada ley de Parto de Humanizado. Las mismas son:

1-Interés y capacitación sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, 2- Intervención profesional en el proceso de parto, 3- Participación y tomas de decisiones respecto al parto, 4-Garantía del

derecho a la intimidad de las pacientes y respeto por las pautas culturales y 5- Implementación de la ley.

Por último, esta investigación cuenta con una reflexión sobre la función del trabajo social en relación a la implementación de la Ley de Parto Humanizado y las conclusiones finales.

INTRODUCCIÓN

A partir del surgimiento de movimientos sociales que centralizaron la discusión sobre la violencia de género y los derechos de la mujer, durante los últimos años, surgieron en nuestro país los términos de violencia obstétrica y parto humanizado.

Dos leyes plasmaron estas situaciones: La Ley nro. 26.485, “*de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*”; y la **Ley Nacional Nro. 25.929, “De derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”**, Declaración de Interés del Sistema Nacional de Mujer; emitida por el Senado de la Nación Argentina, que brinda información sobre la difusión del parto humanizado, sancionada en el año 2004.

Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, entiende al parto respetado como:

“...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”.¹

Si bien, la sanción de la norma data desde hace trece años, recién a mediados del año 2015 es lograda su reglamentación, siendo novedosa en el ámbito de la obstetricia y de los derechos sexuales y reproductivos, como de la misma manera en los profesionales que intervienen en este campo de la salud.

Por lo expuesto, resultó interesante analizar las prácticas de los profesionales de la maternidad Martín, en relación a la implementación de la Ley N° 25.929 “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento” conocida además como “Parto Respetado.”

El estudio se centró en la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, teniendo en cuenta lo expresado en la página web de la Municipalidad de dicha localidad:

“La maternidad es la institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos anuales. Su índice de cesáreas es de aproximadamente el 23%, porcentaje que se ubica entre los más bajos del país.

¹ Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Parto respetado*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>, consultado el día 16/03/2017.

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.”²

Los objetivos propuestos que guiaron este estudio consistieron:

Objetivo general.

Conocer cuáles son las prácticas de intervención de los profesionales que participan en los procesos de parto de la Maternidad Martin, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, en relación a la implementación de la Ley N° 25.929 “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento” conocida además como “Parto Respetado.”

Objetivos específicos.

- ✓ Describir prácticas realizadas por cada profesional en la implementación de la Ley de parto humanizado en la Maternidad Martin.
- ✓ Analizar desde la perspectiva de cada profesión, durante el proceso de atención, las prácticas de intervención a mujeres parturientas y a sus familias en el momento del parto.

En lo referente a la metodología escogida, fue un diseño cualitativo con modalidad exploratoria-descriptiva, entendiendo que la misma “...estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.” (Rodríguez Gómez, et al, 1996, p. 32) En la investigación cualitativa,

“Los investigadores se aproximan a un sujeto real, un individuo real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores...etc. Por medio de un conjunto de técnicas o métodos como las entrevistas, las historias de vida, el estudio de caso o el análisis documental, el investigador puede fundir sus observaciones con las observaciones aportadas por los otros”. (Rodríguez Gómez, et al, 1996, p. 32)

²Municipalidad de Rosario. *Maternidad Martin*. Disponible en <http://www.rosario.gob.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1721>, consultado el día 16/03/2017.

Para Sautu, por su parte, este tipo de metodología

“...se apoya sobre: la idea de la unidad de la realidad de ahí que sea holística y en la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad. ¿Qué temas nos demandan la búsqueda de una respuesta holística que respete la perspectiva de los propios actores? Aquellos estudios que traten con colectivos [...] y en los que sea necesario conocer cómo funciona el conjunto; los estudios en los cuales se intenta describir o explicar un proceso, donde la generación, emergencia y cambio sean aspectos centrales para la comprensión del tema a investigar; los estudios en los cuales el “lenguaje” sea una parte constitutiva central del objetivo; y los análisis donde la interacción mutua entre actores, la construcción de significados y el contexto en el que actúan forme parte del tema a investigar. Totalidad, tiempo, lenguaje, interacción, interconexión. Son ideas propias de las metodologías cualitativas.”
(Sautu, 2005, p. 32)

Teniendo en cuenta las herramientas que utiliza la investigación cualitativa, mencionadas precedentemente, en el proceso de recolección de información del presente proyecto, se utilizó la técnica de entrevista, ya que, en este tipo de indagaciones, la entrevista se constituye en una modalidad de gran utilidad para recabar datos, entendiéndola como

“...una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. Canales la define como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto”. (Díaz Bravo, 2013, p.163)

De esta manera, la entrevista se caracteriza por tener como propósito obtener información en relación con un tema determinado, donde se busca que la información recabada sea lo más precisa posible. Asimismo, es importante que el entrevistador mantenga una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado.

Por ello, las entrevistas realizadas fueron fundamentales en este trabajo de exploración ya que aportaron información completa y profunda sobre el tema propuesto.

Existen tres tipos de entrevistas: estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas. En base a sus características particulares, y de acuerdo a lo que se buscó conocer en el proyecto específico, fue conveniente optar por el tipo de entrevistas semi-estructuradas, ya que en ellas, las preguntas son fijadas de antemano, con un determinado orden, pero poseen cierta flexibilidad que permiten ajustarse de acuerdo al discurso del entrevistado, permitiendo obtener una

información más precisa, aclarar dudas que puedan surgir en el momento de la entrevista y otorgarle mayor libertad al entrevistado para expresarse, pero sin desviarse del plan original.

En cuanto a la unidad de análisis de la investigación, fueron tomados como referentes, profesionales de distintas disciplinas de la Maternidad Martin de la Ciudad de Rosario. La elección institucional se debe a que, según la información brindada en el portal de dicha Municipalidad, “*es la maternidad que recibe el mayor número de partos anuales*”.³ En base a ello, y tomando en consideración la organización interna de la institución, fueron seleccionados para la muestra algunos profesionales de modo que sea representativo de la maternidad. De este modo, las entrevistas estuvieron destinadas a las áreas de obstetricia, neonatología, enfermería, salud mental y Trabajo Social.

Así, la muestra quedó constituida de la siguiente manera:

- En el área de obstetricia: jefe de servicio, dos jefes de clínica obstétrica y dos obstetras por guardia.
- En el área de neonatología: jefe de servicio, jefa de clínica y dos neonatólogos/as por guardia.
- En el área de enfermería: jefa de enfermería, dos jefes de clínica y guardia, dos jefes sector internación y dos enfermeros por turno (exceptuando el turno de la noche).
- En el área de salud mental: dos psicólogos.
- En el área de Trabajo Social: una trabajadora social.
- Director y Sub-director de la Maternidad Martin

Para la concreción y realización de las entrevistas, se asistió a la institución durante los meses de mayo y junio del corriente año. En cuanto a la confidencialidad de la información vertida en las entrevistas, la misma fue resguardada mediante consentimiento informado en el cual se explicaron los objetivos del trabajo. La reserva de identidad es identificada por disciplina y por un número que pertenece cada uno de los entrevistados. En relación al cuestionario que orientó las entrevistas, el mismo está elaborado por preguntas fundadas en las acciones que establece la Ley Nacional Nro. 25.929, de “*Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento*”, conformado por un número de preguntas generales a todas las disciplinas y otras que los entrevistados consideraron importante responder. Ambos documentos se adjuntan en el anexo de la presente tesina.

Cabe destacar que no fue tarea fácil poder concretar todas las entrevistas, ya que, sin caer en generalizaciones, en reiteradas oportunidades fue notoria la falta de predisposición de algunos

³Municipalidad de Rosario. *Maternidad Martin*. Disponible en <http://www.rosario.gob.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1721>, consultado el día 16/03/2017.

profesionales para realizarlas, habiendo encontrado los mayores inconvenientes en el área de neonatología y enfermería. Asimismo, interesa resaltar que en todas las entrevistas hubo permanente bullicio y reiteradas interrupciones, tornándose incomodo por momentos la continuación de las mismas.

Para poder dar cumplimiento a los objetivos propuestos, las actividades llevadas a cabo fueron:

- Contacto con profesionales para concretar las entrevistas.
- Realización de entrevistas.
- Transcripción de entrevistas.
- Análisis e interpretación de las entrevistas realizadas.
- Elaboración Informe Final

Se aplicó el enfoque de diseño de muestreo teórico que consistió en seleccionar los casos que contribuyeron a refinar o expandir los conceptos y teorías. De este modo, se llevó a cabo un proceso de saturación del conocimiento, es decir, un proceso donde el investigador se percató de que añadir nuevos datos a su investigación no ocasionaría una comprensión mejor del fenómeno estudiado.

Con la saturación teórica, el investigador en su análisis reagrupó y estructuró sus datos en categorías, con el fin de que éstas se vuelvan en el análisis lo más densas y ricas de sentido posible. La saturación, descansa en la diversidad máxima de los datos respecto del fenómeno estudiado. El diseño seleccionado adquiere en este caso un significado diferente en cuanto a la representatividad, que no es morfológica sino sociológica.

En este sentido, a partir de la información recabada en las entrevistas realizadas, se seleccionaron cinco categorías para analizar. Las mismas son: 1- Interés y capacitación sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, 2- Intervención profesional en el proceso de parto, 3- Participación y tomas de decisiones respecto al parto, 4- Sobre el resguardo de la intimidad de las pacientes y respecto de las pautas culturales, y 5- Implementación de la ley.

En cuanto al análisis de los datos obtenidos, el mismo fue un proceso dinámico, creativo, en el que se establecieron etapas diferenciadas de análisis de datos: la primera fue una fase de descubrimiento que abarcó el conocimiento, la indagación e identificación en progreso de los distintos grupos de estudio. La segunda fase estuvo vinculada a la codificación de los datos, es decir, la sistematización y profundización del tema abordado. Por último, el proceso de análisis culminó con la realización de algunas reflexiones realizadas a partir del análisis de las entrevistas y el marco teórico que orientó el estudio.

CAPITULO I

EL CAMPO DE LA SALUD

Para comenzar, interesa referenciar el campo de acción donde se desarrolla el tema elegido para la realización de esta investigación, entendiendo por campo la concepción de Bourdieu (1976) quien sostiene que el campo es un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. Estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital, propia del campo en cuestión. En el caso del parto, este queda comprendido en el campo de la salud.

En la historia del sistema de salud de nuestro país, pueden identificarse tres paradigmas ligados a la concepción de salud, entendiendo por paradigma, el concepto desarrollado por Kuhn (1962), quien entendía a los mismos como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica, es decir, que un paradigma son aquellos conjuntos de conocimientos que se consideran válidos dentro de una comunidad científica determinada durante un tiempo determinado, hasta que otro nuevo paradigma lo suplante.

En este sentido, retomando a Di Tella (1998, 48-64), en el Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas, en el campo de la salud, se impusieron los siguientes paradigmas:

En primer lugar, podemos mencionar al paradigma biomédico, el cual consideraba la salud como un delicado equilibrio fisiológico, en términos de procesos químicos, físicos y funcionales.

En segundo lugar, aparece el paradigma Sanitario o Desarrollista, el cual encuentra su base de sustento en la definición formulada por la Organización Mundial de la Salud a mediados de los '40, en su Carta Magna: "*salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades*"⁴. En este paradigma, se comienza a dar una explicación multicausal de los factores que hacen a la salud, donde intervienen simultáneamente factores de origen biológico natural y otros de origen social, psicológico y ambiental.

Por último, el paradigma de la Medicina Social surge a mediados de los '60, donde el aporte de las Ciencias Sociales en sus distintas disciplinas -Sociología, Antropología, Psicoanálisis y Psicología-, unido a los convulsionados procesos sociales producto de la crisis capitalista,

⁴ Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: Principios, disponible en <http://www.who.int/about/mission/es/>, consultado el 23/08/2017.

ponen de manifiesto la desigualdad, que empezó a dilucidar entre pobreza y riqueza, entre salud y enfermedad de vastos sectores de la sociedad. En este sentido, es postulado el análisis de la salud-enfermedad como un proceso social en el que intervienen factores económicos, políticos, ideológicos y culturales. El concepto de salud aparece entonces como un proceso multidimensional, en el cual los distintos condicionantes que intervienen se expresan en individuos concretos y, por ende, parten de su constitución orgánica y biológica, pero que se configura sobre patrones sociales.

En Argentina, el sistema de salud se encuentra organizado en tres subsectores con funciones diferenciadas y múltiples interrelaciones: el sector estatal, las obras sociales y el sector privado. Siguiendo a Belló y Becerril-Montekio (2011), el sector estatal o público está integrado por los ministerios nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este subsistema es financiado con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. Por otra parte, el sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales, que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las obras sociales operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El sector privado, por su parte, está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario conocidos como empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias y/o las empresas.

En 1943, nuestro país dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en Ministerio. Esa década fue testigo de un doble nacimiento: del Estado "responsable-garante" del derecho a la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de obras sociales. Esto dio lugar a la expansión de los derechos sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, y la ampliación de la seguridad social, pero a nivel institucional se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmenta/do con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: a) los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; b) los trabajadores asalariados y los jubilados, y c) la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga en el momento de recibir atención.(Levin, 2010)

Asimismo, otra de las características destacadas del sistema de salud Argentino, se vincula a la organización federal del país, de modo que las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud y educación, lo que provoca que muchas veces aparezca como un sistema fragmentado, heterogéneo (ya que no todas las provincias cuentan con los mismos recursos) y con poca coordinación entre los niveles.

1- SALUD Y DERECHOS:

En la década de los 40, el Estado Argentino comienza a incorporar funciones en relación a la salud. Este fue el inicio de una etapa en la cual la misma es asumida como un deber del Estado. De este modo, aparecen las primeras políticas de salud que tenían como prioridad asegurar el acceso a la atención de todo el pueblo Argentino.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“el goce del grado máximo de salud que puede lograrse es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”*⁵ Sostener esta concepción implica implementar un conjunto de criterios que propicien la salud de todas las personas. El goce del derecho a la salud está fuertemente vinculado con otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, vivienda, trabajo, educación, no discriminación, acceso a la información y la participación.

El portal web de la OMS, postula que

*“El derecho a la salud abarca libertades y derechos: entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados); mientras que los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.”*⁶

La OMS propone un enfoque basado en los derechos humanos cuyo objetivo es que *“todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.”*⁷

⁵ Organización Mundial de la Salud. *Salud y Derechos Humanos*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>, consultado el día 27/02/2017.

⁶ Organización Mundial de la Salud. *Salud y Derechos Humanos*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>, consultado el día 27/02/2017.

⁷ Ídem.

Basándose en los principios de:

- “ 1- **No discriminación:** el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
- 2- **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- 3- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, y en ellos debe haber no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.
- 4- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- 5- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- 6- **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
- 7- **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.”⁸

Dentro de las libertades que concede el derecho a la salud, entonces, se halla el derecho de los sujetos a controlar su cuerpo, como sucede con los **derechos sexuales y reproductivos**. Los cuales, siguiendo a Levin (2010, p. 84-87)), podemos decir que encuentran su fundamento en la libertad del cuerpo. Son derechos que invocan la libertad de elección en la vida sexual. Se trata de otorgar la capacidad de disfrutar una vida sexual placentera, satisfactoria, sin restricciones ni coacciones, con posibilidad de tomar decisiones, ejercer opciones y establecer preferencias.

⁸ Organización Mundial de la Salud. *Salud y Derechos Humanos*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>, consultado el día 27/02/2017.

2- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Silvia Levin (2010), en su obra *“Derechos al revés: ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?”*, explica que instalar la problemática de la sexualidad y la reproducción en nuestro país como tema de Estado, vinculado a la esfera de los derechos individuales, ha sido un proceso sumamente conflictivo.

Refiere la autora (Levin, 2010, p. 82) que, en 1978, la Organización Mundial de la Salud reconoció la importancia de la planificación familiar vinculándola a un enfoque integral de la salud. A partir de allí, surgió el binomio de salud-reproducción que fue adquiriendo distintos matrices y contenidos, hasta que en 1994 la OMS adoptó una definición oficial de **salud reproductiva**, concibiendo que

“La salud reproductiva [...] aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida.

Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.

Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano.”⁹

Según lo sostenido por Levin (2010, p. 82-83), hasta mediados del siglo XX, el Estado Argentino, acompañado por el consenso de importantes sectores conservadores, reguló la conducta de los ciudadanos y ciudadanas en desmedro de sus libertades individuales, al impartir políticas pro maternalistas. A raíz de lo cual es, por un lado, desde las corrientes feministas donde se comienza a promover la visión de la mujer como sujeto de derechos, concibiendo los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y la sexualidad es definida como una dimensión ligada a la plenitud de la salud humana; y, por otro lado, desde la salud pública, donde se definió conceptualmente a la salud reproductiva y se adoptaron posiciones críticas tendientes a orientar e incidir en el contenido que deberían tener las políticas públicas y/o programas sociales para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva. Disponible en http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/, consultado el día 23/08/2017.

En relación al Estado, el retorno de la democracia, en 1983, produjo el primer giro importante en la temática, donde las libertades individuales se convirtieron en objeto de preocupación y regulación estatal, tomándose las primeras medidas con respecto a esta temática, como la creación del Programa de Procreación Responsable en la ciudad de Buenos Aires, destinado a suministrar anticonceptivos en la red de salud pública de la ciudad. (Levin, 2010, p. 84)

La reforma constitucional en 1994, al otorgar jerarquía constitucional a los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, reconoció como parte de estos a la sexualidad y la reproducción. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas Formas de Discriminación a la Mujer prevén estos derechos como Derechos Humanos. Ésta fue una verdadera ampliación de los Derechos de la mujer en relación al Estado y la sociedad, siendo un hecho trascendente en la construcción de ciudadanía. Amplió los Derechos y garantías, reconoció la igualdad real de oportunidades y de trato, y se comprometió con el pleno goce de los Derechos reconocidos por la Constitución y Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos. (Ib.)

En éste mismo año, se realiza una Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en el Cairo, donde se generó una definición sobre salud reproductiva:

*“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Ésta última condición lleva implícito el Derecho del hombre y de la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como de otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces asequibles y aceptables, el Derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas posibilidades de tener hijos sanos [...]”*¹⁰

Esta concepción implica cambios en la prestación de los servicios de salud, que deben ser realizados con calidad e incorporando el concepto de ciudadanía, que se refiere a la condición de los individuos que, en virtud de pertenecer a una comunidad política determinada gozan de determinados derechos y obligaciones que deben cumplir con el objetivo de garantizar la

¹⁰ “Derechos reproductivos y salud reproductiva”, capítulo VII, parágrafo 7.2 de *las bases para la acción*, El Cairo, 1994.

plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen. (Crespo et al.,2013, p. 23)

El momento social propició que, en 1995, en consonancia con la apertura y desarrollo universal existente sobre sexualidad y reproducción, la presentación de proyectos de Ley al Congreso de la Nación, reconocieran el status de Derechos a la sexualidad y reproducción. En 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de Ley que creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos era asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libres y responsablemente. Este proyecto de Ley perdió estado parlamentario a fines de 1997, debido a que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos. Entre los años 1995 y 1999, se presentaron doce proyectos de Ley al Congreso. Esta primera etapa de iniciativa parlamentaria tuvo gran importancia en la construcción de estos Derechos, ya que constituyó un punto de inflexión a nivel nacional al ingresar el tema al espacio público e instalarse en la agenda del Estado a través del Poder Legislativo. A su vez, desde 1997, el tema de la sexualidad y la reproducción logró comprometer a determinados sectores de la sociedad y comenzó a trascender. Lo que produjo como resultado una gran cantidad de programas y leyes provinciales; y en el mismo año, en la ciudad de Rosario se puso en marcha el programa de procreación responsable. (Levin, 2010)

A fines del 2000, la problemática había alcanzado un anclaje suficiente como para reclamar al Estado Nacional la sanción de una Ley Nacional y la creación de un programa sobre sexualidad y reproducción para todo el país. Se exigía al Estado que definiera una política pública sobre sexualidad y reproducción de anclaje nacional. (Levin, 2010, p. 113)

Luego, se inicia otra etapa de producción legislativa, en el proceso de construcción de los Derechos de sexualidad y reproducción, la cual se comienza formalmente con el ingreso al Congreso de la Nación del Proyecto de Ley presentado por Elisa Carrió y Miriam Belén Curletti, en 1999, que fue la Ley Nacional –Nº 25673- en el año 2002, por y con la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable reglamentado por el Decreto Nº 1282 del mismo año.

Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, dicho programa

“...reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un

*método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuantos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos”.*¹¹

Así, la Ley Nacional nro. 25.673, concibe que la salud sexual y reproductiva implica el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, posibilidad de poder decidir y regular la fecundidad, derecho a un parto seguro y sin riesgos. Considerado que la participación del hombre y de la mujer en las decisiones sexuales y reproductivas hace a la salud. También se propone potenciar la participación femenina en la toma de decisiones sexuales y reproductivas como actitud de “empoderamiento”.

En cuanto a la Provincia de Santa Fe, la misma adhirió a la Ley Nacional mencionada precedentemente mediante la Ley N° 11.888, denominada como “Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”. Cabe destacar que, aunque esta norma haya sido aprobada por la legislatura provincial, sectores católicos y representantes del Arzobispado de Rosario y Santa Fe se opusieron activamente a su implementación porque esa decisión contradecía sus creencias religiosas católicas. El entonces gobernador de Santa Fe, Carlos Reutemann y su ministro de salud, Fernando Bondesío, lideraron la contienda con representantes de la Iglesia Católica para lograr consensos en la reglamentación de la Ley, incorporando así al consejo Asesor del programa delegados del Arzobispado de Rosario y Santa Fe. (Levin, 2010:115). En concordancia con la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, esta normativa, establece como sus objetivos principales: a) Promover la maternidad y paternidad, a través de la planificación de los nacimientos favoreciendo espacios intergenéticos adecuados; b) garantizar a la población el acceso a la información completa y veraz sobre los métodos de control de la fertilidad existentes, naturales o artificiales, asegurando la igualdad de oportunidades en el ejercicio de la libertad personal; c) capacitar al personal vinculado con el programa (Ley nro. 11.888, art. 2).

Por otra parte, resultante interesante destacar que, en el año 2012, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, realiza una publicación en la que distingue a los derechos sexuales de los reproductivos. Mientras que los primeros son aquellos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos; los segundos hacen referencia al derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no hijos, cuántos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se

¹¹ Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa.php>, consultado el 01/03/2017.

requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados. (Ministerio de Salud, 2012, p. 18-19)

No obstante, Moran Faundes, Sgro Ruata y Vaggione (2012), en su libro *“Sexualidades, desigualdades y derechos: Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos”*, plantean que los derechos reproductivos también requieren que el Estado garantice y proteja la decisión de tener hijos/as, y aunque suele ser una dimensión menos politizada de los derechos reproductivos, también es necesario garantizar la decisión en positivo respecto a la paternidad y maternidad. Así lo expresa los autores,

“Los derechos reproductivos no sólo involucran el separar la sexualidad de la reproducción, sino también el garantizar a aquellas personas y parejas que quieran tener hijos/as los medios y la protección necesarias para que sea posible. Esta otra faceta de los derechos reproductivos también es necesaria para que los sectores de la población de menores recursos tengan la posibilidad de implementar su decisión autónoma.” (Mouran Fandes, Sgro Ruata, Vaggione; 2012, p. 44)

En esta dirección, en nuestro país, con el fin de garantizar por parte del Estado la protección necesaria para las personas que quieren tener hijos, se sancionó en el año 2004, la Ley Nacional Nro. 25.929 *“De derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento”*, conocida popularmente como *“Ley de Parto Humanizado”*, que determina los derechos de la mujer durante su embarazo, el parto y el posparto, así como también de los derechos del recién nacido y de los padres de recién nacidos en situación de riesgo; en concordancia con la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (N° 25.673), que tiene como finalidad ampliar el acceso a una atención integral de la Salud sexual y reproductiva, garantizando, entre otras cosas, el acceso a la información y a las prestaciones de salud referidos a la salud sexual y a la procreación responsable y, potenciar la participación femenina en la toma de decisiones vinculadas a su salud sexual y procreación.

3- PARTO HUMANIZADO

El Ministerio de Salud de la Argentina define el parto humanizado como:

“...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”.*¹²

Como se mencionó precedentemente, en nuestro país, en el año 2004, se sancionó la Ley N° 25.929/2004, de “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento”, con declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer. La misma fue reglamentada en el año 2015, mediante el decreto 2035/15. A partir de ella, podemos comprender entonces que deben priorizarse los derechos de la familia en el proceso del pre-parto, parto, y pos-parto, teniendo en cuenta cuáles son sus deseos y necesidades; así como el objetivo de empoderar a la mujer, informarla sobre sus distintas opciones durante el proceso del parto y darle el rol de protagonista en su embarazo, parto y entrada en la maternidad. De esta manera, el art. 2 de la ley expresa:

“Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga participe 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.*

¹² Ministerio de Salud de la Nación. Parto Respetado. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>, consultado el día 17/02/2017.

- 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.*”¹³

Además, la ley se expide en cuanto a los derechos de los recién nacidos y de los padres de nacidos en situación de riesgo. En cuanto a los derechos del bebé, se prioriza que sea tratado con respeto y dignidad, que no sea sometido a análisis con fines investigativos, que se puede internar junto con su madre para favorecer el vínculo temprano, su identificación inequívocamente, y que sus padres reciban el asesoramiento adecuado para su cuidado; y a su vez, la ley reconoce la figura del padre como sujeto de derechos, ya que se refiere a su derecho a recibir información comprensible sobre el proceso de salud de su hijo/a y su tratamiento; a tener acceso continuado a su hijo/a mientras se encuentre internado en la institución (siempre que la situación clínica lo permita); a un consentimiento informado sobre cualquier práctica médica que se le realice al niño/a; y a recibir información y asesoramiento sobre los cuidados de la persona recién nacida. Este Consentimiento Informado es un procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto, después de haber comprendido la información que se le brindó respecto a los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades, expresa voluntariamente su intención de participar en la investigación.¹⁴

En la línea del parto humanizado, uno de sus precursores es el obstetra francés Michel Odent (2011), quien en su obra “El bebé es un mamífero”, sostiene que “*los seres humanos somos mamíferos. Todos los mamíferos se esconden o aíslan para dar a luz. Necesitan intimidad. A los seres humanos les pasa lo mismo. Hay que tener constantemente presente esta necesidad de intimidad.*” (Odent, 2011, p. 21-22) Explica el autor, que los obstetras han tendido a

¹³ Ley 25.929, art. 2. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>, consultado el día 11/04/2016.

¹⁴ Blog: Geo Salud. *Consentimiento informado*. Disponible en <http://www.geosalud.com/malpraxis/consinformms.htm>, consultado el 17/02/2017.

pensar que a las mujeres había que enseñarles como dar a luz, exigiéndoles determinadas posturas al momento de parir, por ejemplo, la posición de litotomía, donde la mujer debe permanecer acostada con las piernas levantadas. Sin embargo, el parto es un proceso fisiológico e involuntario donde el cuerpo de la futura madre segrega ciertas hormonas y, según el autor, lo que se debe hacer es tratar de perturbarlo lo menos posible. De este modo, refiere que el proceso del parto es un proceso cerebral. La parte del cerebro activa durante el parto es la parte primitiva que tenemos con el resto de los mamíferos y ella es la encargada de segregar las hormonas necesarias para producir las contracciones uterinas eficaces, pero que esta liberación de hormonas necesarias para el parto se ve disminuida cuando hay elementos que distraigan o perturben la concentración de la parturienta. Asimismo, esta hormona, conocida como oxitocina, alcanza su pico máximo en la hora siguiente al nacimiento a partir del contacto madre-hijo y también es liberada mediante la lactancia materna, por lo tanto, fomentar la misma y el vínculo temprano entre la mamá y el bebé son fundamentales cuando pensamos en la posibilidad de un parto respetado. (Odent, 2011)

En este sentido, Fernández del Castillo (2012) explica

“Hay quien piensa en el parto como en un acontecimiento de «alta tecnología», un proceso controlable por la mente racional, propia o ajena. La realidad, sin embargo, es otra. Dar a luz es un acontecimiento sexual, un acontecimiento amoroso, y también un proceso instintivo, involuntario, totalmente dirigido no por la corteza cerebral, sino por el cerebro mamífero primitivo. El neocórtex, la mente racional, ejerce sobre la evolución del parto el mismo efecto que podría tener sobre, por ejemplo, el sueño o el sexo: inhibirlo.” (p. 32)

La propuesta actual de la obstetricia entonces se dirige a la atención humanizada y respetada del parto, teniendo en cuenta los aspectos corporales, psicológicos, culturales y afectivos. Teniendo en cuenta esto, se recomienda, tal como plantea la Ley Nacional Nro. 25.929, que la mujer que va a dar a luz sea acompañada por una persona de su confianza que le pueda brindar apoyo. En este punto, Odent (2011, p.48-52) difiere sosteniendo que generalmente el padre del bebé es quien acompaña en el proceso de nacimiento pero que ese acompañamiento cuando el hombre no está bien informado sobre cómo proceder puede perjudicar a la mamá desconcentrándola del momento. Sin embargo, aclara que cada caso es distinto y cada mujer se sentirá diferente en relación a si necesita o no ser acompañada en ese momento, poniendo el énfasis en el hecho de que quien acompañe no debe interrumpir en el proceso.

En resumen, humanizar el parto implica empoderar a la mujer, y colocarla, dentro de lo posible en el centro de las decisiones, fomentando su participación activa, y respetando tanto sus derechos como los del recién nacido y de los padres de los nacidos en situación de riesgo.

4- INSTITUCIONALIZACION DEL PARTO

El parto es un momento trascendental en la vida de una mujer y del niño por nacer. Es concebido como un proceso natural y fisiológico que, sin embargo, desde siempre requirió la presencia de ciertos cuidados y asistencias. Antiguamente, los mismos se vivenciaban como un hecho privado al cual asistían las mujeres de la familia, quienes generalmente se reunían en la casa de la parturienta donde se hallaba también la partera o “matrona”¹⁵, que era la persona encargada de llevar a cabo los cuidados necesarios para dar a luz. Teniendo en cuenta que es un proceso en el cual pueden aparecer complicaciones, podemos decir que en esta época se daba una alta tasa de mortalidad materno-infantil. Esta modalidad de atención del parto, se comienza a modificar progresivamente en todo el mundo occidental.

En Argentina, a partir del año 1920, se produce un freno del crecimiento demográfico a partir del cual se empieza a poner énfasis en estudiar los procesos reproductivos, y la medicina se comienza a volcar hacia nuevas especialidades, como la ginecología, obstetricia y puericultura. En este proceso, comienzan a esparcirse los partos en hospitales y clínicas de salud, y el mismo empieza a estar en manos mayoritariamente de hombres, ya que eran los que tenía acceso a las carreras universitarias. Los mismos, estaban acompañados por la figura de las parteras que debieron empezar a especializarse; no obstante, la figura de las mismas aparecía en una relación de subordinación frente al saber médico. Además, este proceso de cambios se vio acompañado por los avances tecnológicos que la obstetricia incorporó como la asepsia, la cirugía y anestesia. De esta manera, comenzó a desarrollarse una división del trabajo dentro de este campo. (Nari, 2004)

Después de la segunda guerra mundial, la medicalización del parto comienza a ser un fenómeno global, aunque las prácticas de asistencia al parto difieren de acuerdo a patrones culturales, o prácticas de los mismos hospitales u obstetras. De este modo, progresivamente se va imponiendo un dominio médico del proceso, en el cual la mujer va perdiendo el control sobre su propio cuerpo y queda subordinada a los profesionales de la salud que comienzan a ser los

¹⁵ Se entiende por matrona a aquella persona que tiene por oficio asistir a las mujeres en el proceso de parto.

encargados de dirigir ese momento. Así, el médico se apropia del lugar del saber y poder, ya que cuenta con la legitimación técnica para hacerlo, y la mujer es desplazada del rol protagónico de su propio embarazo. De esta manera, *“por primera vez los alumbramientos corren el riesgo de no ser algo que hacen las mujeres, que simplemente acontece, sino algo que los especialistas le hacen a las mujeres, algo provocado, algo inducido.”* (Hernández Garre y Echeverría Pérez, 2014, p. 328) Y esto sucede porque una vez inserto el proceso dentro del modelo médico, es el especialista quien tiene el poder de definir cuál proceso se desarrolla normalmente y sin complicaciones y cuál no lo hace (generalmente apoyándose en la tecnología por él empleada) e intervenir sobre ambos, y esto es algo que se manifiesta durante el embarazo, parto y post parto que se da en el ámbito institucional, donde la mujer queda entonces relegada al equipo de salud. En este sentido, Eva Giberti, psicóloga psicoanalista y asistente social, plantea en su blog:

“Quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Cuando nos referimos a médicos en relación con la mujer parturienta ya no se trata solo de sus conocimientos, sino de sus prejuicios, sus creencias, sus ansiedades y fantasías acerca del interior del cuerpo de las mujeres, su tensión frente a tener que reconocer que él también emigró desde el interior de un cuerpo de mujer. Y la puesta en acto de ese poder del que dispone y que es hegemónico en tanto y cuanto no tiene en cuenta a la que es sujeto de su atención, se abroquela en las técnicas que la medicina le aporta y que pone en práctica en el cuerpo de esa mujer. Con reiterada frecuencia, sin que exista necesidad de proceder de ese modo.” (Giberti, 2003, párrafo 16)

Dentro de esta cultura del parto hospitalario, el obstetra francés Michel Odent (2011, p. 29-30), plantea que desde mediados del siglo pasado la mayoría de nacimientos se produjo en un entorno electrónico, a partir de monitoreos, ecografías, etc. Sostiene este autor que el único efecto de esto es haber aumentado el número de cesáreas y la utilización de fórceps.

Por su parte, Marcela Nari (2004, p.112) sostiene al respecto que junto a la elevación al rango de ciencia, la obstetricia incorporó a las clásicas intervenciones del parto también las intervenciones quirúrgicas (vinculadas a las cesáreas), que aunque en teoría se utilizaban para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil, en la práctica, y en las condiciones en que eran llevadas a cabo, terminaban aumentando los riesgos de las mismas.

En este contexto, Hernández y Echeverría (2014, p. 331), manifiestan que el parto hospitalario aparece como una “cultura del nacimiento” que siguiendo a dicho autor se caracteriza por la medicalización de procesos normales, la obsesión por el control biotecnológico y la organización protocolizada y mecanizada del trabajo. De este modo, la asistencia del parto aparece como un paradigma “mecanicista”, en el cuál en la mayoría de las ocasiones, solo se consideran los aspectos físicos dejando de lado los emocionales y la historia personal, familiar y cultural de cada parturienta.

No obstante, a su vez, se fueron desarrollando diversos movimientos que buscaron que el parto se vuelva a naturalizar otorgando mayor participación a la familia. De este modo, Adrienne Rich (1986, p. 14) sostiene que, en la década de 1970, el movimiento para des-medicalizar el parto, a partir de entenderlo como un acontecimiento en la vida de la mujer y no como una enfermedad, se fue extendiendo cada vez más, produciéndose un aumento de los partos en casa, prácticas de parto alternativas y el establecimiento de “centros de parto” y “habitaciones de parto” en los hospitales. En sus inicios, al frente de este movimiento se situaron las comadronas profesionales y las mujeres que querían experimentar el parto en un entorno familiar, con sus afectos cercanos, y con la mayor autonomía y elección posible en su desarrollo.

En este punto, resulta interesante destacar que estos movimientos se produjeron al mismo tiempo que se llevaban a cabo grandes cambios a nivel cultural en nuestra sociedad, con la presencia de nuevos modelos de familia, mayor cantidad de mujeres que salieron al mercado laboral, que participaron activamente de la política; ya que ello permitió moldear el clima para que se pueda dar el cambio en cuanto a los derechos de las mujeres en general. Así comenzaron la lucha por un parto centrado en la mujer y el niño, y no medicalizado y basado en la tecnología toco ginecológica, entre otras cosas.

Por otro lado, Biurrun-Garrido A. y Goberna-Tricas J (2013, p. 63), refieren que en la década del '80 empezaron a cuestionarse las praxis medicas produciéndose cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad y reivindicándose un empoderamiento de la mujer.

En el año 1985, se realizó en la ciudad de Fortaleza, en Brasil, una conferencia de la Organización Mundial de la Salud donde se declaró que el nacimiento no es una enfermedad, y se especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, incluyendo su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, brindándole atención integral y holística. (Biurrun-Garrido A. y Goberna-Tricas J., 2013, p. 63)

Esta conferencia constituyó como el puntapié inicial para transformar el modelo de atención perinatal; al cual, posteriormente, fueron sumándose múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las Maternidades en instituciones “Centradas en la Familia” y no en el equipo de Salud. (Uranga et al.,2010, p. 16)

En 1993,el departamento de salud de Reino Unido publica el informe Changing Childbirth, en el que se incorporan recomendaciones para un modelo humanizado del parto basado en tres principios: El primero considera que el cuidado maternal debe focalizarse en la mujer, haciéndole sentir que tiene el control de lo que está sucediendo, de forma que pueda tomar decisiones sobre su cuidado, y pone énfasis en la comunicación entre las mismas y los profesionales; el segundo, sostiene que las mujeres deben tener acceso sencillo a la maternidad y que estas deben responder a las necesidades de la mujer; y el último, que las mujeres deben participar de los servicios de maternidad y estos deben responder a sus necesidades. (Biurrun-Garrido A. y Goberna-Tricas J., 2013, p. 64)

Para el año 2000, nuevamente en Brasil, es realizada una Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, donde se formula el concepto de “**humanización**”, expresándose que es:

“...un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas.” (Biurrun-Garrido A. y Goberna-Tricas J., 2013, p. 64)

CAPITULO II

CONTEXTO DE ESTUDIO:

Según el portal web de la Municipalidad de Rosario, la Maternidad Martin “*es la institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos anuales. Es una maternidad modelo, cuyo índice de cesáreas es uno de los más bajos del país*”.¹⁶

Actualmente funciona en calle Moreno 960, en el quinto y sexto piso del Centro de Especialidades Médicas de Rosario (CEMAR). Está construida de manera que permite implementar el Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, promoviendo el rol activo de la mujer y su entorno en el proceso de embarazo, parto y posparto. De esta manera, adopta el mencionado modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) y la Ley Nacional de “*Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*” (nro. 25.929), conocida como Ley de Parto Humanizado, como políticas institucionales que se enfocan en mejorar la calidad de vida y de asistencia a las personas que se encuentran atravesando un embarazo o el nacimiento de sus hijos, ya sea a término o prematuramente.

Inaugurada el día 8 de julio de 1939, debe su nombre al hecho que el edificio fue donado por Ángela Joostens viuda de Martin, a la Municipalidad de Rosario.

Su construcción fue llevada a cabo con características similares al Saint Mary Hospital de los hermanos Mayo de la ciudad de Nueva York.

La Maternidad Martin realiza dentro de la red de salud, atención de las mujeres embarazadas con patologías crónicas, control y atención del parto, postparto y cuidado del recién nacido.

En sus inicios, contaba con capacidad de 52 camas, distribuidas en salas de 2, 4 y 10 camas, las cuales tenían aplicadas a un costado cunas, que permitían que el recién nacido tenga un contacto cercano con su madre, evitando así la separación del binomio madre-hijo. Este era un adelanto importante para la época ya que en todos los sanatorios existía la Nursery, que continuó vigente en la ciudad hasta 1970. (Zanuttini, 2011).

En 1972 se crea un Centro de Protección Familiar que contaba con médicos, psicóloga y asistente social.

En el año 1983 debido al aumento del número de partos se amplía la Maternidad.

En 1987 se incorpora el primer ecógrafo al servicio de obstetricia, donado por la Fundación Facultad de Ciencias Médicas.

¹⁶ Municipalidad de Rosario. *Maternidad Martin*. Disponible en <http://www.rosario.gob.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1721>, consultado el día 16/03/2017.

En 1996, fue declarada por UNICEF "Hospital Amigo de la Madre y el Niño", debido a su compromiso y participación en políticas de lactancia materna exclusiva.

En el año 1999, al cumplirse 60 años del primer parto llevado a cabo en la institución, la Municipalidad inicia un proyecto de traslado de la Maternidad al 5to y 6to piso del CEMAR. La nueva maternidad queda inaugurada entonces el 22 de diciembre del 2006, con la presencia del entonces intendente Ing. Miguel Lifschitz y la Secretaría de Salud Pública Dra. Mónica Fein.

Para el año 2011, la Maternidad contaba con dos salas de admisión, siete salas de preparto, dos de cirugía y el Servicio de Neonatología. Además de ecógrafo para situaciones de urgencia y otro para atención pre natal de pacientes que se atienden en centros de salud y que van a tener su parto en la Martín; y cursos de Profilaxis Obstétrica, clínica médica, cardiología, recibiendo a su vez apoyo de los demás servicios del CEMAR. (Zanuttini, 2011).

Actualmente, en el sexto piso de la maternidad funcionan los dos consultorios de admisión con baño privado, las siete salas de preparto que son habitaciones individuales con baño privado y doble acceso, uno desde la sala de espera de familiares y otro hacia quirófanos y salas de parto, cuatro salas de parto, en las que también se recepcionan a los recién nacidos, la sala de cuidados intermedios o recuperación, que se utiliza para internación transitoria con incubadoras para 3 bebés, y la Unidad de Intensiva Neonatal que, a su vez, cuenta con una sala privada de informes para padres y familiares, una sala de extracción para leche materna, y tiene paredes vidriadas hacia la sala de espera, permitiendo a los padres y familiares ver a los recién nacidos; mientras que, en el quinto piso de la institución, se encuentra el área de internación que se divide en dos sectores, contando con 42 camas en total, distribuidas en 11 habitaciones de 3 camas para el puerperio – sector denominado “cuidados mínimos” y, 4 habitaciones de 2 camas para las embarazadas de alto riesgo obstétrico, cuya patología requiera cuidados especiales – sector denominado “cuidados especiales” y, una habitación de aislamiento, que es individual para casos de muerte intrauterina.

1- MATERNIDADES SEGURAS Y CENTRADAS EN LA FAMILIA (MSCF): *lineamientos del modelo de intervención.*

Este modelo de atención perinatal fue desarrollado, en los últimos 40 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. La propuesta de Maternidad Segura y Centrada en la Familia está inspirada en una iniciativa creada por la Organización Mundial

de la Salud y UNICEF, en el año 1991, para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994. (UNICEF, 2012, p. 9)

En 2007, se publica la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, en la que se explicita el marco internacional y argentino que sustenta el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y, se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo para ser maternidades "centradas en la familia". Ésta Guía, junto a la de *El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* (2008), que describe la implementación de la iniciativa Maternidad Centrada en la Familia en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, ponen énfasis en cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una Maternidad Segura y Centrada en la Familia, aunque no proponen los mecanismos de evaluación para las acciones llevadas a cabo. (UNICEF, 2012, p. 9)

Entre 2009, 2010 y 2011 UNICEF junto a la Fundación Neonatológica (FUN), gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un camino de actividades conjuntas para transformar las maternidades públicas en un nuevo modelo: las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). (UNICEF, 2012, p. 10)

Según lo explicitado en el portal de UNICEF, desde el año 2010, esta organización junto con el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales impulsan esta iniciativa que actualmente es una política del Estado nacional, a la que adhieren 102 hospitales públicos de 10 provincias argentinas. Desde su inicio, en la mayoría de las provincias se ha presentado un descenso de las muertes de los bebés y de las parturientas.¹⁷

La estrategia de implementación de este modelo comprende una serie de pasos a seguir que abarcan desde el primer contacto de la mujer embarazada con la institución hasta los controles del post parto (UNICEF, 2012, p. 35-43):

En primer lugar, se requiere reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución, en la cual se debe brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante los controles prenatales en los que se debe informar sobre los derechos de las mujeres en el parto, lactancia materna, procreación responsable y sobre el curso de parto.

Otro de los puntos importantes implica respetar las decisiones de las parturientas y sus familias en el parto y en el parto, donde la mujer tiene derecho a estar acompañada independientemente del tipo de parto que fuese, a no tener que permanecer acostada sino poder probar otras posiciones en las cuales se sienta cómoda, y al vínculo temprano con su hijo tras su

¹⁷ UNICEF. Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Disponible en https://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm, consultado el 16/03/2017.

nacimiento. Asimismo, en el caso del recién nacido sano se debe priorizar la internación conjunta con su madre, mientras que en el caso de que el bebé requiera de internación neonatal los padres deben tener ingreso irrestricto para verlo y se debe facilitar la visita de los hermanos y abuelos del niño/a en el caso que los hubiera. En cualquiera de los casos se debe promover la lactancia materna. A su vez, y para poder tener un contacto cercano con su hijo en el caso que el niño/a requiera internación, se debe contar con una residencia para alojar a las madres, que debe ser coordinado por voluntariado hospitalario, el cual tiene como función brindar apoyo a las embarazadas y puérperas y a sus familias.

Posteriormente, una vez que se obtenga el alta, se debe coordinar con los padres los controles para el seguimiento del recién nacido.

En el siguiente cuadro se expresa entonces como quedan comprendidos los pasos para lograr una MSCF:



¿Qué es entonces una MSCF?

Una maternidad Segura y Centrada en la familia es:

“...una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna”. (UNICEF, 2012, p. 11)

Este modelo fomenta entonces la participación activa de la mujer y la familia durante el proceso de atención del embarazo, parto y seguimiento del bebé; e implica un cambio de paradigma que busca sumar lo humanístico a lo tecnológico.

A su vez, UNICEF promueve la incorporación a esta propuesta de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de diversas culturas y costumbres, para poder respetarlas como sujetos de derecho.

CAPITULO III

ANALISIS DE LOS DATOS:

A partir de un exhaustivo análisis de las entrevistas realizadas, se ordenó la información en cinco categorías consideradas como relevantes en concordancia con algunos artículos de la ley de parto respetado, ellas son:

- 1- Interés y capacitación sobre la Ley Nacional Nro. 25.929.
- 2- Intervención profesional en el proceso de parto.
- 2- Participación y tomas de decisiones respecto al parto.
- 3- Garantía de la intimidad de las pacientes y respeto de las pautas culturales.
- 4- Implementación de la ley.

A continuación, se presenta el análisis de los datos recolectados de cada entrevista.

1- Interés y capacitación sobre la Ley Nacional Nro. 25.929

En primer lugar, se consideró necesario saber ante la reciente reglamentación de la ley Parto respetado, si los profesionales que intervienen en este campo conocen o tienen interés en saber sobre la referida ley.

Obstetricia

Respecto al conocimiento y formación sobre la ley trabajada, todos los médicos consultados refirieron tener conocimiento sobre la misma, pero según lo expresado solo dos la leyeron por motivación propia, tres la conocieron por medio de las pacientes que llegan a tener su parto a la maternidad, cuatro por haberla trabajado a nivel institucional, en tanto que, a su vez, tres de los médicos refirieron no haber participado de capacitaciones a nivel institucional, y los otros 4 señalaron haberla escuchado nombrar.

“...no realicé cursos ni tampoco fue por disposiciones así formales institucionales, sino que fue por haberla leído, eh... ahora por el numero así exactamente como vos me estas diciendo, como hay varias que están vinculadas al ejercicio de la profesión nuestra, hay varias... pero sí, las tengo leídas a todas... pero leídas por voluntad propia, en ningún momento...” (O₁)

“Sí, la hemos visto acá porque muchas mamás vienen con la ley porque quieren... que se le respete la situación del parto...” (O₉)

“Es una ley que hemos leído, hemos trabajado... de hecho la maternidad, a su manera, está inserta en ella [...] hubo disposiciones institucionales y hubo... hubo también charlas cuando la ley se aprobó” (O₁₀)

“...esa es una ley bastante conocida acá, inclusive nosotros tuvimos que investigarla bastante bien, porque yo tuve que concursar el cargo de jefe de clínica hace... un mes atrás, así que es una ley bastante conocida acá en la Maternidad [...] ni disposiciones institucionales ni cursos hubo... es una ley difundida pero no que haya venido ni el Ministerio a presentarla ni que se hayan hecho cursos de capacitación”. (O₂)

“ah... poco, o sea... he escuchado, pero no la leído, está en el código civil eso?” (O₁₁)

Neonatología

De los 11 neonatólogos consultados, 9 de ellos refirieron conocer la ley, en tanto dos no sabían de que trataba. De los profesionales que señalaron conocerla, solo 3 de ellos la leyeron, mientras que los restantes la conocieron de boca en boca, o por asistir a charlas sobre la temática.

“no la conozco, nunca la leí ni se de lo que se trata...” (N₂)

“sí, tengo conocimiento, se lee y... bueno sí, estamos intentando trabajar en eso [...] en realidad, me interesa personalmente, nos pusimos a leer y ya desde que esta la ley nos empezamos a formar y desde este año, la institución quiere trabajar de esa forma así que bueno, estamos intentado” (N₅)

“Escuché un montón, pero no la leí a la ley, tengo idea de que se trata, pero...” (N₈)

Enfermería

De los profesionales consultados, solo uno de ellos admitió haber leído la ley por disposiciones institucionales, en tanto 6 refirieron haberlo hecho por interés personal y los 3 restantes manifestaron solo haber escuchado nombrarla, pero nunca haberla leído.

“... por disposiciones institucionales, que, bueno...si bien la había escuchado nombrar, a raíz de trabajar en una maternidad, se empezó a escuchar más del parto respetado.” (E₅)

“...el conocimiento que tengo me parece que es el de haber leído la ley, de haberla un poco desglosado y... y haberme interiorizado, en su momento, y de ver de qué manera se puede empezar... de cómo esa ley puede hacerse participe acá en el trabajo, eh... el conocimiento que toda mamá que viene a tener a su bebé tiene la libertad de poder

estar acompañada, no especifica que sea del papá del hijo, sino por cualquier persona que ella elija, que sea de su confianza[...] fue por propia voluntad.” (E₂)

“...ninguna, ninguno, ninguno, por escrito nada, solamente lo que dicen [...] escuchamos hablar, pero no en detalle [...] sabemos de que se trata, pero no hay ningún documento escrito, ningún protocolo o nada que te informe como funciona realmente...” (E₁₀)

Salud Mental

De los dos profesionales entrevistados, uno expuso haber leído la ley por disposiciones institucionales y, a su vez, por su propio recorrido profesional, mientras el otro refirió no haberla leído ni que hubiera algún tipo de disposiciones institucionales al respecto, pero si tener algunos conocimientos de lo que trata.

“bueno... la leí obviamente... lo que sé es que, digamos, tiene que ver con lo que se llama “Parto respetado” o “humanización del Parto”, eh... tiene connotaciones polémicas en la institución [...] fue por disposiciones institucionales, por... bueno, eh, por problematizar un poco lo que es el proceso de atención de la salud, eh... en realidad, eh... hay así como un recorrido personal o de servicio...” (PS₁)

“Como ley no tengo muchos conocimientos, digamos... nunca he leído la ley, este... si conozco algunas cuestiones que hacen a la esencia de esa ley como ley no tengo muchos conocimientos, digamos... nunca he leído la ley, este... si conozco algunas cuestiones que hacen a la esencia de esa ley...” (PS₂)

TRABAJO SOCIAL

Según lo manifestado, la trabajadora social de la Maternidad Martín, leyó la ley mencionada por motivación propia.

“Los conocimientos fueron por interés personal. La Ley y sé que se trata de los derechos de los niños por nacer, las madres, digamos, las puérperas y los derechos que tienen los padres cuando tienen hijos en situación de riesgo.”

En base a lo expuesto precedentemente, es posible dilucidar que, a pesar de ser una normativa nacional, a la que adhieren, además, la Provincia de Santa Fe y el Municipio de Rosario, parte del equipo de profesionales de la maternidad no tienen conocimiento suficiente para poder dar cumplimiento a los artículos que la misma establece, a fines de garantizar el respeto de los derechos de las familias durante el proceso de nacimiento.

2- Intervención profesional en el proceso de parto.

Para referirse a las prácticas que llevan a cabo los profesionales de cada área se tomó como referencia para analizar esta categoría de análisis a Saul Karz (2007). En el capítulo I de su libro “Problematizar el trabajo social”, habla sobre procesos de trabajo. De esta manera, entiende que el trabajo parte de una materia prima que resulta de procesos anteriores vivenciados por el sujeto destinatario de dicha intervención, y que luego, a partir de la misma, es significada y reestructurada según una dominante ideológica. En consonancia con esto, sostiene el autor, que *“los usuarios no transitan impunemente por las instituciones sociales”* (Kasrz,2007, p. 58) ya que a partir de las transformaciones que se llevarán a cabo en el proceso de trabajo, es que nacerá un nuevo producto, distinto al del punto de partida donde comenzó la intervención, y que los problemas que los sujetos que llevan a la institución son enfrentados a partir de referentes teóricos fundamentados, de lógicas institucionales, competencias profesionales, etc. De este modo, el escritor afirma que en el proceso de producción que configura la intervención, se utilizan medios de trabajo comprendidos por *“el conjunto de herramientas, dispositivos y referencias – manuales e intelectuales, necesarios para intervenir sobre la materia prima”* (Kasrz,2007, p. 58). Explica también que *“estos medios de trabajo están teóricamente connotados e ideológicamente cargados y, por lo tanto, no son herramientas neutras”* (Kasrz,2007, p. 65). Pero también, dentro del proceso, se requiere movilizar fuerzas de trabajo cualificadas, que están constituidas por agentes e incluyen competencias, conocimientos, técnicas, habilidades, normas, ideales, etc. Así, se refiere al conjunto de capacidades físicas e intelectuales que se ponen en acción para producir efectos sociales, otorgando una determinada lógica a la intervención. Dadas las condiciones de producción, finalmente se puede obtener un producto sobre una determinada materia prima, es decir, que ocurrieron ciertas transformaciones entre el punto de partida y el final del proceso.

A partir de las entrevistas realizadas con los distintos profesionales involucrados en el proceso de trabajo del parto, expresaron en relación a su intervención profesional:

Obstetricia

“...y en realidad, la Maternidad Martín es un lugar donde se trabaja fundamentalmente en lo que son nacimientos, a lo que voy es, al estar descentralizado el control, eso se realiza en centro de salud, es como que la mujer llega con una información sobre su proceso o de que forma tiene que venir a una consulta, por qué motivos, desde el centro de

salud. Desde la maternidad se hace la recepción de esas mujeres, si están en trabajo de parto obviamente que se quedan internadas si ellas quieren, pero al concluir su estadía dentro de la institución, se van de alta con la referencia otra vez al centro de salud, o sea, que la mayor intervención la tiene el médico del centro de salud... nosotros estamos en un determinado proceso, quizás el fundamental, justo para el tema del parto respetado, pero los médicos, o sea, nosotros no tenemos referencia ni del antes ni el después, salvo en la complicación” (O₅)

“...desde que ingresan a la Maternidad Martín ingresan por un sistema de admisión, donde se inscriben para que se abra su historia clínica, se evalúa que se llama un consultorio de guardia en donde esta asistido por un profesional de enfermería y un profesional médico, eh... se evalúa la situación dela paciente si está en trabajo de parto o no para quedarse internada en la institución con el acompañamiento siempre de un familiar que es el que ella elige, que por lo general es la madre o el esposo o la pareja que la acompaña durante todo el proceso o la intervención y en sala de parto también” (O₆)

“...mi trabajo acá es el control de las embarazadas de alto riesgo, en los consultorios de alto riesgo, que vienen con derivaciones de los centros de salud y derivaciones de la guardia que son situaciones de alto riesgo, eh... entonces hago el seguimiento de esos casos de alto riesgo, embarazos con... con patologías...” (O₂)

“... de intervenir solamente con las explicaciones de lo que vos vas a poder hacer, de lo que puede pasar, o sea, informar a la paciente y después se respeta la manera que va evolucionando y como lo va tomando la paciente, después intervenir si tenés que intervenir, te digo, es poniendo un suero, rompiendo una bolsa, haciendo una cesárea, haciendo una toma, pero es... depende del momento, vos no se lo haces a todas, no se lo podes hacer a todas como una regla... hacer episiotomía, hacer anestesia, no es a todas...” (O₈)

“...no hay practica de rutina, sistematizada, por lo menos yo, así que voy viendo que va necesitando cada trabajo de parto, individualmente cada trabajo de parto tiene su desenlace y su inicio que va a determinar o no requerir alguna intervención, las intervenciones son varias y no son sistemáticas ni repetidas a todos, por lo menos en mi caso” (O₁₂)

Neonatología:

Tomando como referencia el proceso de trabajo desarrollado precedentemente, podemos observar que la materia prima del área de neonatología es el bebé recién nacido, luego de culminada la intervención del obstetra.

“...cuando nosotras entramos habitualmente las madres que se controlan vienen algunas con un obstetra de cabecera al cual tienen confianza o hacen todos los controles en el centro de salud y están todo el trabajo de parto más que nada con el obstetra, de modo que tienen muy poco contacto con el neonatólogo, casi nada, lo cual habría que habría q corregir...” (N₄)

“Recibimos los bebés en sala de parto, y acompañamos en todo lo que es el apego temprano, en cuanto a la ley, el acompañamiento a la familia si el bebé ingresa en neo, acompañar a la familia en ese proceso y en la internación conjunta y después de alta, estar ahí acompañando a la familia, que son niños sanos en realidad.” (N₅)

“En realidad, como sabrás, se atiende al nacimiento pero el recibimiento la hace la obstetra o el obstetra, el que este, se hace lo que hablamos recién de la hora de oro, que tiene que ver con poner al bebe en el pecho de su mama en sus primeros momentos de vida, y después lo atiende la enfermera obviamente para vestirlo y colocarle la vitamina pero nuestra intervención más que nada termina ahí, a la hora del nacimiento, cuando vemos que está todo bien, listo, ya está” (N₁₁)

Como medios de trabajo, según lo expresado por los profesionales entrevistados, esto varia, dependiendo de las guardias. En general, coincidieron en que se está intentado, una vez producido el nacimiento, poner al bebé sobre el pecho materno, para fomentar el vínculo y el contacto “piel con piel”, y dejarlo ahí unos 45 a 50 minutos aproximadamente. Luego de transcurrido ese periodo de tiempo, se revisa al bebé y se le colocan las gotas oftálmicas, se pesa y se mide.

“En un parto normal lo revisas, lo pesas, controlas que este todo bien, y lo que hacemos nosotros con el bebé es nada, lo que lo hacen son los enfermeros que son los que le ponen la vacuna y la vitamina, generalmente lo que tratamos ahora es dejarlo más sobre la mamá, ver si está bien, si está bien el bebé lo dejamos con la mamá y después del contacto lo revisamos y lo pesamos, es nuestra máxima intervención” (N₉)

“Si el niño nace... nace bien, que es lo habitual, lo que se hace es que se ponga arriba de la panza de la mamá y se espere que deje de latir el cordón, para cortarlo, y ahí es como que se hace el primer encuentro, eso... eso se hace de rutina, se hace siempre, salvo que el bebé venga con un sufrimiento fetal, que tenga una braquicardia, que entonces

sabemos que hacer reanimación lo antes posible, sino se hace eso... después, al bebé se lo traslada una servo-cuna que si está en la sala de parto, vos estás pariendo ahí, después que se hace este primer contacto, vos no perderías el contacto visual, con tu bebé y estaría acá, en frente tuyo, donde se lo seca, y ahí se le pone unas gotitas en los oídos, se le hace una revisión rápida, como que respire bien, su frecuencia cardíaca, pero no se hace una revisión detallada, porque el bebé se pesa, se mide y ahí vuelve con su mamá y ahí queda hasta que está preparada la cama en el quinto piso, y ahí baja la mamá con su bebé upa a la habitación...” (N₃)

A su vez, estos profesionales son los encargados de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y en ella le brindan información a los padres sobre el estado de salud de su bebé y tratan de acompañarlos mientras transitan ese proceso.

“Yo ahora estoy en terapia, así que como que uno está con el bebé, hacemos la primera entrevista con la mamá, le contamos el primer informe y después le vamos dando la evolución del bebé” (N₈)

Con respecto a las fuerzas de trabajo que se movilizan, el servicio de neonatología está conformado por médicos de guardia, residentes de la especialidad, la jefa de servicio y jefas de clínica, que en su accionar cotidiano dentro de la institución prestan sus conocimientos, habilidades, a la vez que actúan en base a sus principios y valores. Además, según lo que manifestaron los diversos profesionales, este servicio solo interviene en el momento del parto propiamente dicho, por lo cual no tienen contacto previo con la paciente ni su familia.

“...yo lo q hago es me presento en el momento que puedo, porque a veces nos avisan muy sobre el parto, o sea cuando va a nacer, yo cuando me presento, el digo quien soy, y lo único que hago es controlar q su bebe este bien y básicamente eso” (N₄)

“...al ser una maternidad que se maneja con centro de salud, a veces la mujer llega a parir, y no conoce el lugar, no conoce los médicos, las enfermeras, es un lugar totalmente hostil, entonces el preconceito de lo que va a pasar también juega en contra de la posibilidad de que eso se desarrolle habitualmente... es difícil, eh... que una persona se pueda mostrar natural, eh... descontracturada o confiada con personas a las que no conoce [...] acá se arma todo en el momento del nacimiento...” (N₃)

Teniendo en cuenta esto, señalaron que es en el caso de los bebés que se encuentran internados en el área de neonatología, que pueden tomar un mayor acercamiento a la vida de esas familias.

“...en la neo por ahí es más fácil, porque ya es una persona que vos te estás encontrando todos los días, con la que estás hablando, cuando sabes si tiene otros hijos si tiene pareja, cuáles son sus miedos...” (N₃)

Finalmente, el producto de este servicio es el bienestar del niño y su familia.

Enfermería

Según lo manifestado por los profesionales consultados, el servicio de enfermería es el que participa de todo el proceso de atención de las mujeres y familias desde que llegan a la institución hasta que se van de alta. Así forman parte tanto del proceso de parto, como del parto en sí y puerperio inmediato. Teniendo en cuenta el proceso de trabajo desarrollado por Saul Karsz (2007), mencionado precedentemente, a partir de las entrevistas realizadas se puede identificar la materia prima como las mamás que llegan a la guardia a tener a sus bebés.

“...la admisionamos, o sea la recibimos cuando llega a la guardia, estamos con ella en el parto, si? Y pasamos a la sala de parto junto a la madre o una cirugía o una cesárea hasta el nacimiento del chico, después de eso, que sale de sala de parto o quirófano la bajamos a lo que es internación y ya no tenemos más contacto con la paciente, por lo menos eso es lo que es este servicio, guardia, parto, sala de parto y quirófano” (E_{8,9 y 10})

“.. depende en que área estemos, por ejemplo, yo estoy en quirófano y la madre directamente ingresa a quirófano, pero bueno, en el momento en que se ingresa a la guardia, se le pregunta porque motivo viene y bueno, si queda internada, se sigue... bueno, se la ingresa en una habitación junto con el familiar y, bueno, si ella tiene alguna duda, se le explica, se le contesta, todo lo que ella... le decimos que pregunte todo lo que necesita, eh... no, es más que eso, se la ayuda en todo lo que ella necesite, las dudas que tenga, esa es nuestra función, contenerla en el momento del parto, también si los familiares tienen alguna duda, hablar con ellos, hacerlos partícipes también de todo lo que es nuestras prácticas, que se yo, más en la contención” (E₅)

“...se admisiona, la mujer viene directo al sexto piso [...] ingresa al sexto piso de lo que es la estructura del CEMAR, el quinto y sexto piso del CEMAR pertenece a todo lo que es Maternidad Martín, ahí la reciben lo que es administrativos en donde ya con su número de documento y con su nombre, ingresan y determinan desde que lugar de la red provienen, de que centro de salud provienen, o sea como la red de salud esta descentralizado ahí la derivan.. o sea, no la derivan, ellas vienen, ellas deciden a que

maternidad ir. Ahí ya la enfermera que esta asignada a la admisión... hay una enfermera asignada a la admisión, a la guardia de obstetricia, de lo que es todo este piso, la enfermera recepciona, hace un primer diagnóstico de situación y ya llama al médico de guardia que está asignado a la admisión, o sea hay cinco médicos de guardia, uno está asignado a la admisión, y bueno, ahí... revisan a la paciente, se hace una serie de preguntas, cuestionarios, se le toman los signos vitales y determinan si va a hacer internada, si está en un trabajo de parto que requiere ser internada, de ahí la enfermera de admisión es la encargada de trasladarla a lo que es el parto, que es donde hacen el proceso para el parto [...] ahí la mujer va a ser ingresada, se le va a explicar la práctica, si le va a poner suero, si tiene que requerir alguna medicación y si no ya la enfermera le dice ya que puede recostarse, sentarse, caminar, o lo que ella desee, para estar más cómoda en esa situación.... Eh... si vemos que la mujer siente mucho dolor, entra en alguna crisis, tratamos de tranquilizarla, acompañarla, contenerla... y esa misma enfermera o enfermero pasa a sala de parto a asistirle a la mamá o él bebé, y después a ser trasladada, o sea... estamos intentando en este momento que él bebe sea puesto en el pecho de la mamá, o sea fomentar el contacto piel con piel, estamos intentándolo, algunas personas lo hacen, otras no...”
(E₁)

Además de esto, el sector de enfermería lleva a cabo la conserjería en lactancia y charlas con embarazadas del consultorio de alto riesgo:

“... soy docente en consejería en lactancia, y como hospital amigo de la madre y el niño que somos, tenemos políticas que tenemos que respetar y todo el personal de nuevo ingreso, todo el equipo de salud tiene que pasar por esos talleres [...] esos talleres son cada dos meses, para todo el nuevo ingreso y muchas veces invitamos gente que hace muchos años que se pueda estar actualizando, no?” (E₇)

“...implementamos charlas con embarazadas que vienen del centro de salud y ahora estamos implementado un taller que empezó este lunes también con embarazadas que se atienden en consultorio de apoyo matricial...” (E₃)

Salud mental

En el proceso de trabajo del servicio de Salud mental puede identificarse como materia prima, las interconsultas que llegan derivadas del equipo de salud o por presencia institucional, es decir, a partir de demandas explícitas de las pacientes o lectura de demandas que realizan profesionales que las atienden o vienen derivadas de los efectores de salud del primer nivel,

generalmente de centros de salud; por lo tanto, no se trabaja con todas las familias que ingresan a tener sus partos en la maternidad. Los motivos de intervención son diversos, pero las principales problemáticas tienen que ver con trabajar en la producción de la función materna.

“...trabajamos tanto por consulta como por presencia institucional, no solo por demandas explícitas sino también por la lectura de demandas o necesidades...” (P₂)

En tanto, el psicólogo ₂ agregó el trabajo que llevan a cabo con los profesionales que trabajan en la maternidad.

“...en esta institución trabajamos básicamente por interconsulta, no? O sea no es que... Y no es por defecto que trabajamos con todas las embarazadas o con todas las familias... me parece que las prácticas en nuestra intervención, acá en la institución, muchas veces, tienen que ver más con el trabajo institucional que hay que hacer, o sea con las prácticas de intervención que hay que hacer en los equipos, con los trabajadores de la salud, médicos, enfermeros, eh.. que con las pacientes en sí...” (P₁)

Como medios de trabajo, encontramos el diálogo, el acompañamiento, la contención.

Para llevar a cabo su trabajo, las estrategias varían en base a la situación que se presente. El en caso de las situaciones de consumo, por ejemplo, se habla con la paciente, y se la evalúa para elaborar algún proyecto terapéutico.

“si tenemos la presentación previa del caso, está bueno porque podemos estar advertidos de la situación, evaluar a la mujer, hablar con ella, no? Bueno, esa es una forma; sino, también, cuando llegan acá y se desnuda o se hace evidente alguna situación de consumo, vamos a hablar de consumo en general más que de adicción, eh... bueno, tomamos contacto con la paciente, tratamos de evaluar la situación... la forma de intervenir, yo creo que es importante, si es consciente, que la paciente siempre pueda hablar de lo que le pasa, si consume o no, que relación tiene con la sustancia o las sustancias que consume, y en función de eso, también pensar en algún proyecto terapéutico que le de algún... que le de algún lugar como madre” (P₁)

Respecto a las fuerzas de trabajo que se movilizan, el servicio de salud mental tiene el concepto de que existe un ideal sobre la función materna en la institución que condiciona la intervención; y, a la vez, que tanto la función materna, como el vínculo madre-hijo no es algo que se da naturalmente, sino que es algo que se construye, y que no todas las personas lo pueden alcanzar.

“...para nosotros la función materna no es algo natural, algo que se da en si mismo, algo que se corresponde con la función biológica animal , que no es que no la tenga, pero es la

función máquina de la persona, maquinica... nosotros trabajamos con el presupuesto de una... de que lo materno es algo que se construye, que a veces cuesta más, a veces cuesta menos, y bueno, a veces no se puede, pero fundamentalmente, trabajamos en función a esto, a ayudar a la construcción de lo materno o a rectificar, no cierto, algunos rumbos en relación al sufrimiento subjetivo respecto de esta problemática [...] tiene que ver con lo vincular, el vínculo que se establece, el vínculo primario que es madre-hijo y justamente la capacidad de la mama de hacerse madre y que va de la mano con hacer de ese bebe un hijo, también en ese punto no consideramos que haya naturalidad, que un bebe, por el solo hecho de nacer ya es un hijo, eh? Justamente tiene que darse ese proceso por el cual la mujer puede investir a ese bebe como un hijo...” (P₂)

En tanto, el psicólogo₁ señaló,

“...bueno, en realidad es esto, que la naturaleza es sabia y que como una mujer parió ya es madre, no? me parece que ser madre tiene que ver con otras cuestiones, con disposiciones subjetivas que hacen que una mujer pueda alojar a un hijo, y esto a veces no pasa de entrada, la mujer puede estar como shokeada después de haber parido, aún sin que haya ninguna dificultad orgánica grave, no?” (P₁)

En cuanto al producto de este proceso de trabajo, se podría interpretar que es el bienestar materno e infantil.

TRABAJO SOCIAL

En este caso, la materia prima son las demandas que llegan al departamento de Trabajo Social, que pueden ser derivadas de los distintos servicios que conforman la Maternidad Martín, como ser el consultorio de alto riesgo, los consultorios de guardia, el sector de internación o el área de neonatología, como así también de los centros de salud de referencia de las pacientes, o bien pueden ser demandas espontáneas de las familias. En cuanto a las problemáticas que reciben, estas se vinculan principalmente a situaciones de salud, violencia, calle, derechos vulnerados, etc. En palabras de la Trabajadora Social:

“... muchas veces no tiene que ver solo con cuestiones de salud sino con cuestiones de calle, discapacidad, eh... nose, situaciones de violencia [...] cuestiones con derechos vulnerados de niños, eh... a ver que más... conflictos familiares, alimentación, problemas de salud, eh... diversos, se me está escapando alguna... abusos sexuales...”

Como medios de trabajo, se elaboran estrategias de intervención en conjunto con el departamento de Salud Mental u otras instituciones donde la persona tenga intervención previa.

“...depende cual es la situación. Lo primero que se hace es tomar conocimiento de cuál es la situación problemática y después elaborar una estrategia de intervención, ya sea con el equipo de la maternidad o en conjunto con algún centro de salud u otra institución donde tenga intervención previa. Eh... te hablo a nivel general, eh, para no meterme en la... en la temática, y una vez que egresan, si la situación lo requiere se lo deriva a un centro de salud de referencia...”

Asimismo, se ocupan junto con el área de niñez de las situaciones que requieren medidas de protección excepcional o de conseguir recursos materiales en situaciones que así lo ameriten.

Como fuerzas de trabajo, el Departamento de Trabajo Social de la Maternidad Martín está conformado por dos trabajadoras sociales.

En cuanto al producto de este proceso de trabajo, se podría interpretar que es el bienestar materno e infantil.

A partir de lo expuesto cabe destacar que la intervención del departamento de Trabajo Social es llevada a cabo durante el parto y el post parto, quedando excluido en general el momento del nacimiento, salvo raras excepciones. Una vez que la mamá y el bebé obtienen el alta, se deriva y articula con el centro de salud de referencia para que haga el seguimiento y, en situaciones particulares, el mismo se realiza en forma conjunta entre el centro de Salud y la Maternidad Martín.

En base a lo expuesto en este punto, respecto a las intervenciones profesionales en el proceso de nacimiento, es posible identificar que, debido a la descentralización del sistema de salud en la ciudad de Rosario, en situaciones de embarazos normales, los profesionales solo conocen a la paciente en el momento que estas llegan a parir, y en situaciones de alto riesgo obstétrico, lo hacen en el consultorio de apoyo matricial. Por tanto, no es posible establecer un vínculo de confianza en la relación profesional-paciente que permita a la mujer y su familia sentirse segura y contenida en ese momento. Como así también el hecho de asistir a tener a su bebé en un lugar desconocido para ellos.

Otro de los puntos interesantes a destacar es que, durante la internación, es únicamente el servicio de enfermería el que participa de todo el proceso, desde que la mujer es admitida en los consultorios de guardia hasta que se va de alta con su bebé. Mientras que las demás profesiones participan en momentos puntuales del proceso. De esta manera, el servicio de obstetricia tiene participación en el momento del parto y parto; el de neonatología, en el

parto y puerperio inmediato y, en el área de internación neonatal; en tanto que, los servicios de Trabajo Social y Salud Mental, aparecen desarrollando un rol secundario frente al equipo duro de salud en el proceso de nacimiento, tomando intervención en situaciones puntuales que provienen principalmente de interconsultas o demandas espontáneas.

Por último, resulta interesante resaltar que la Ley Nro. 25.929, en su artículo 2, inc. “a”, establece que la mujer tiene derecho a ser informada las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; sin embargo, según lo manifestado por los profesionales entrevistados, esa información queda en manos del médico o enfermero que este de guardia en ese momento.

3- Participación y tomas de decisiones respecto al parto

Con respecto a esta categoría de análisis el art. 2 inciso a) y e) de la Ley 25.292 plantean que:

“ 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.*

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.”*

En relación a ello los entrevistados expresaron:

Obstetricia:

En este punto se puede apreciar, según el discurso de los entrevistados, que la participación y protagonismo que se le otorga a las mujeres parturientas es diversa y depende de los profesionales que estén de guardia en ese momento. No obstante, si tiene conocimientos sobre lo que desea y está dentro de las posibilidades de la institución se tratan de respetar los deseos de las mismas.

“La mujer tiene un valor importante en el desarrollo del embarazo y la finalización del mismo, a pesar que tiene que ser guiada por un profesional porque la mujer no está incluida en lo científico, hay situaciones particulares que por ahí la mujer pierde un poco el juicio en el momento y tendría que confiar en la decisión que tome el colega,, el profesional...” (O₁₂)

“Nosotros cuando llegan le explicamos lo que puede pasar, cuáles son sus dudas y escuchamos lo que ellas necesitan y tratamos de que se hagan efectivas las necesidades en la medida de lo posible...” (O₃)

“... depende de la guardia, se tiene que construir todo en el momento y es más difícil, y además por el número de partos se hace más difícil todo, se busca, pero no es tan fácil” (O₄)

“En realidad si la mujer tiene la convicción de lo quiere y tiene la seguridad y la confianza en lo que tiene de conocimiento, ella lo puede expresar al equipo médico y el equipo médico tiene la obligación de responder de la misma forma que la mujer lo solicita...” (O₅)

“...la participación de las mujeres en la toma de decisiones es... muy diverso, muy diverso [...] hay mujeres que por su personalidad, su conocimiento, plantean las cosas que quieren... cuando son cosas que son posibles y que la cultura institucional por ahí no lo tiene previsto son escuchadas, pero las que no tienen esta cuestión se le aplican las pautas culturales institucionalizadas, y es más, la diversidad con respecto a las distintas guardias hacen que no se permite garantizar la homogeneidad, de que todas las personas del salud, enfermeras, médicos, neonatólogos, obstetras van a tener la misma conducta siempre...” (O₁)

Enfermería

En este punto, la respuesta de los profesionales consultados fue diversa, mientras algunos consideran que se escucha los pedidos y necesidades de las madres, otros refirieron que esto depende de la guardia que se encuentre o de la urgencia que revista la situación.

“...nosotros estamos utilizando últimamente... están viniendo muchas pacientes con el plan de parto, viste? entonces lo que ellas decidan se respeta. Lo que no tenemos por ahí es algunos elementos como para su trabajo de parto, como las pelotas esas que utilizan, eso no lo tenemos...” (E₁)

“...se tiene en cuenta lo que dice la madre, si quiere anestesia, si no, ciertas cosas que puedan llegar a surgir, se escucha y se entiende, no quiere decir que se haga lo que quiere la persona porque hay ciertas cosas que son ilógicas digamos” (E_{8,9 y 10})

“ en algunos casos si... mi pensamiento es que a lo mejor de diez se escucha a cuatro, pero seis toman decisiones ellos [...] depende de las guardias, hay respetan mucho y otras que no...” (E₉)

“ muchas veces si, pero muchas veces, por ejemplo, en las urgencias por actuar para salvar la vida de la madre y el hijo, muchas veces, lamentablemente se hace y no se dice mucho, pero cuando se puede se le explica que se le hace y que se le va a hacer” (E₅).

Salud Mental

Ante el interrogante sobre si las mujeres tenían posibilidades de elegir procedimientos de intervenciones alternativos, el psicólogo ₁ respondió:

“...por la ley sí. Es un derecho del paciente [...]y en la práctica puede ser más complejo, depende también del profesional...” (P₁)

Mientras que la psicóloga ₂, se refirió a los planes de parto que algunas mujeres presentan.

“Eso es una tensión también. Están viniendo mujeres en el último tiempo con lo que se llama plan de parto, que lo elaboran en otros espacios, y vienen a pactar y a pautar el modo en que se va a desarrollar, genera bastante resistencia, tenemos algunos médicos con una posición bastante abierta en relación a que la protagonista del proceso es la mujer, digamos, y que ella tiene derecho a elegir [...] se está trabajando para que se le haga lugar a lo que las mujeres deseen, pero cuesta” (P₂).

TRABAJO SOCIAL

La trabajadora social considera que la elección de las mujeres sobre procedimientos de intervención alternativos se vincula también a los profesionales que estén de guardia en ese momento, siendo que algunos le otorgan mayor participación a la mujer y otros no.

“yo creo que es depende que guardia le toque, del profesional que tiene delante, puede optar o no, nose si lo pide, nose si está acostumbrado a pedirlo, yo creo que si lo piden no se podrían negar, pero nose si lo piden o no... sé que hay profesionales que están de acuerdo y lo aceptan, pero hay otros que no.”

Teniendo en cuenta lo manifestado por los diferentes profesionales, todos coincidieron en que la participación y protagonismo otorgado a las mujeres es diversa, y por lo general, queda supeditada a los profesionales que se encuentren de guardia en ese momento. Exceptuando aquellas madres que manifiestan sus deseos por escrito, previamente, a través del plan de parto. A su vez, en relación al plan de parto, los distintos profesionales consultados difirieron, ya que mientras algunos expresaron que los planes de parto se tratan de respetar, otros sostuvieron que los mismos suelen generar resistencias en el equipo de salud.

4- Garantía del derecho a la intimidad y respeto por las pautas culturales

En relación a este punto de indagación, la ley plantea en el inciso b) del art 2: *“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.”*

Respecto a este tema, los entrevistados plantearon:

Obstetricia

Respecto de resguardar la intimidad de las parturientas, los profesionales consideraron que si bien la institución trata de que sea algo que se respete, es difícil de implementar en la práctica. Asimismo, coincidieron en que esto se debe principalmente a que el hecho de ser un hospital escuela, al que asisten residentes y estudiantes, provoque que haya gran cantidad de personas dentro de las salas de parto, lo que debilita el resguardo de la intimidad.

“...la institución tiene un claro perfil hacia tratar de que el trabajo de parto y el parto sean lo más íntimos posibles... como toda institución que es un hospital escuela, porque esto es así, nosotros médicos en formación, enfermeras en formación, etcétera, entonces en el momento del trabajo de parto y en el momento del parto también hay veces que hay mucha gente presente, con lo cual la intimidad, se ve un poco debilitada pero eso depende de cómo... de cómo lo ve cada paciente, son todos médicos, o sea, son todos profesionales...” (entrevista obstetra 2)

“bueno, eso es difícil, eh... no debería serlo pero es difícil de implementar porque es un hospital escuela... hay residentes y estudiantes, estudiantes de enfermería también... y bueno, nosotros tratamos de... bueno, ellos tienen una habitación particular cada paciente, están con un familiar, eh.. siempre con la puerta cerrada, tratando que haya la menor cantidad de gente posible en la habitación” (entrevista obstetra 3)

Sin embargo, algunos de ellos admitieron que en comparación con algunos años atrás, se puede notar un avance en este punto.

“...hay box d preparto para cada paciente y su acompañante con un baño privado, vemos un avance importante... nose si conoces o conociste la maternidad vieja? había una sala de preparto general donde las 7 más que estaban en trabajo de parto estaban una al lado de la otra, eh... digamos, en esta cama y en la de al lado una mujer en trabajo de parto, sin acompañantes, sin precisamente intimidad en el trabajo de parto, en eso avanzamos mucho... tratamos en lo posible cuando un médico tiene que hacer una

evaluación, que nuestras evaluaciones son con tactos vaginales, donde tenemos que verle sus partes sexuales y demás, vamos acompañados d una enfermera que nos asiste y nos ayuda y dejamos al familiar para que vea la práctica y la contenga en ese momento [...] para nosotros en esta maternidad está garantizado. Si viene la paciente se le da una especie de bata q es cuadrangular para que se pueda tapar sus partes íntimas como para q no sienta... ya de por sí, que uno tiene que evaluarla y hacerle un tato vaginal, para respetar la intimidad dentro de lo posible y, después, el hecho de tener sus habitaciones solas y que pueda estar con su familiar y su pareja, eso también les da resguardo de la intimidad, después en sala de parto también, obviamente que al ser un hospital escuela...” (O 6 y 7)

En relación al respeto por las pautas culturales, según se puede apreciar en el discurso de los profesionales, se puede decir que es algo que falta profundizar.

“y con respecto a las pautas culturales... eh... como en todo encuentro de culturas en la historia de la humanidad eh... es conflictiva. Básicamente acá, y eso es un programa que estamos por comenzar, un trabajo de asistencia a la comunidad Qom, que acá hay un número considerado de pacientes, que claramente hay un abismo... cultural y hasta de la palabra, con respecto a esto que es... es grande, es grande... y los que acá tenemos más años lo vemos de los dos lados, en como son los comentarios de lo que son los médicos jóvenes refiriéndose a esas relaciones, que no entienden, que no... digamos, que no expresan, que no se comunican, cosa que es cierto como lo ven ellos, pero por otro lado, porque lo conozco porque tengo relación con la gente que controla, este... es como que van a la luna más o menos cuando entran a la maternidad...” (O1)

“Y eso... a nivel de Argentina es una debilidad muy grande, porque en realidad hay pocas... pocos sectores que tienen una cultura muy diferente, eh... por ejemplo, sectores que son muy de esta región que son, por ejemplo, eh... los tobas, por decirte, ¿no cierto? Son sectores que son, o razas que nosotros tenemos acá en muy poco, muy poco, eh... porcentaje, distinto a lo que es el norte, eh? Eh... Salta, Jujuy... donde por ahí vos vas a encontrar culturas que son más, por ahí, eh... más minúsculas, mas minoritarias y acá no las vemos, acá en general las pacientes eh... no a nivel... no del nivel sociocultural, pero a nivel cultural estamos todos eh... en la misma raza cultura, eh... inmersos, ¿me explico? Con lo cual no hay una gran discrepancia, salvo esto que yo te digo que son... son unas minorías, entonces la institución no está, eh... eh... digamos, orientada a un sector minúsculo de la población, está orientada a atender la

gran demanda de la población, o sea, sí? [...] yo creo que ese punto no está... no está trabajado.” (entrevista obstetra 2)

“...en la Martín se hacen mayor cantidad d nacimientos en el interior, tenemos poblaciones tobas, Qom, y mujeres que no están acostumbradas obviamente y es lo más natural , que no estén acostumbradas a parir bajo métodos occidentales, de parir en una cama... hoy en día por suerte si se puede, hay más apertura médica y, si una mujer quiere hasta parir parada puede hacerlo, estar acostada puede hacerlo, cuclillas puede hacerlo, o sea que es una apertura en este último tiempo corto [...] desde el año pasado en la libre posición...” (O 5)

Neonatología:

Ante la pregunta sobre si consideraban que se respetaba el resguardo de la intimidad de los pacientes, en su mayoría coincidieron que la misma no se respeta como debería; sostienen que esto se debe a ser un hospital escuela, donde asisten al parto alumnos en formación y también debido a la cantidad de partos que reciben. No obstante, algunos de los médicos neonatólogos sostuvieron que se está trabajando para mejorar este aspecto.

“...no, para nada, ni siquiera en el momento que está pariendo de cerrar la puerta...” (N₆)

“y bueno, insisto... es complicado... por lo que te decía, porque hay mucho movimiento, me parece que... es complicado el día que nacen 24 niños, yo creo que no está garantizado la intimidad de nadie, porque a esa demanda de trabajo, es muy difícil que se respeten muchas cosas, porque mientras vos estás pariendo y yo te estoy acompañando, seguramente alguien va entrar a decirme que hay una urgencia en la otra habitación que, por favor termine rápido, entonces para poder... ¿entendes?” (N₃)

“Lo que pasa es que esto es un hospital escuela, entonces al ser hospital escuela, que se yo, si hay un caso interesante, van los cinco residentes de obstetricia, viste? Y sumado a que está...el de la universidad pública, el de la universidad privada, entonces uno trata de más o menos, pero bueno... es difícil, es difícil”. (N₂)

“... estamos intentando profundizar un poco, muchas veces depende de los actores, no nos olvidemos que nosotros aprendimos probablemente otro paradigma médico, y del paciente y de la salud y entonces, bueno... ahora tenemos que cambiar un poco lo aprendido, estamos intentando que sea así...” (N₅)

Respecto a las pautas culturales de las pacientes, los entrevistados no dieron mucha información, siendo que lo que manifestaron es que el trato es a todos por igual y que no se presenta en la maternidad una gran interculturalidad.

“y no... porque si viene una mamá, por ejemplo, toba, ella preferiría parir sentada o parada o en cuclillas y en otro momento eso no se hacía, o sea, no se respetaba esa pauta cultural... [...] ahora se le está preguntando a las mamás en que forma preferirían parir, pero la mayoría de las veces es en una silla... el sillón de... parto, que no es la cómoda, definitivamente [...] eso depende de cada de guardia... y hay muchas mamás que ahora vienen con planes de parto, que se lo presentan al director de la institución y dicen, “bueno, yo quiero parir en cuclillas” entonces se le permite parir en cuclillas, pero... en eso cultural así no, no ha habido muchos cambios culturalmente, pero bueno... ya va a empezar” (N₄)

“...y en realidad acá siempre dijeron que acá había mucha gente que venía... o sea cuando yo venía se decía que venía mucha gente diferen... o sea interculturalidad... yo no he visto en este año que estoy acá interculturalidad y se respeta lo mismo que para todos, algunos mucho o algunos pocos, no hay uniformidad [...] no hay muchos, yo no he visto muchos tobas...” (N₁₀)

Enfermería:

En este punto los profesionales consultados no coincidieron en sus respuestas, mientras que para algunos se busca resguardar la intimidad de las pacientes, como, por ejemplo, manifestó la enfermera ₅:

“... cuidar la intimidad de la madre es una de las cosas más importantes, si bien acá estamos en una hospital escuela, vos vas a ver que hay mucha gente, entonces se trata en lo que se pueda que haya la menor cantidad de gente posible, y si la madre... obviamente si dice “no, yo quiero estar solo con el médico y el enfermero” bueno, se respeta eso, en muchos casos si, siempre que la madre lo manifieste porque muchas veces la madre no lo dice...” (E₅)

Para otros, es algo que aún falta profundizar. Así lo expresaba la enfermera ₂:

“...el tema de la intimidad, esto es un hospital escuela, eh... con lo cual eso hace que la intimidad tampoco este muy respetada. A la hora de tratar a una paciente ingresan tres, cuatro personas que son médicos, enfermeros, estudiantes, que después pueden ingresan a la sala de parto también y a la cesárea también... con lo cual existe una intimidad que se respeta, sí, pero no creo que sea la correcta o de la forma que se debería estar teniendo en cuenta realmente hoy.” (E₂)

Con respecto al respeto de las pautas culturales, la enfermera 3 sostuvo que lo referente a cada cultura son cosas que se van aprendiendo en el transcurrir dentro de la institución.

“Las pautas culturales lo hemos ido aprendiendo, sobre todo con lactancia... hubo una época, eso si se aprendió mucho... hubo una época que venían muchas mamás coreanas, chinas y la cultura de alimentación de ellos, de los bebés recién nacidos es muy distintita a la nuestra, ahora están cambiando un poco porque están como adquiriendo un poco la cultura nuestra, pero ellos es mucho leche de fórmula, y la verdad que respetar las pautas culturales de otra cultura es complejo porque uno no las conoce... es lo mismo que la primera vez que vino una mamá y pidió la placenta para enterrarla miraron como diciendo “Vudú”... y después se hizo una concientización... [...] son todas cosas que uno tiene que ir aprendiendo en el transcurrir.” (E₃)

Sin embargo, expresaron que es algo que se trata de cumplir:

“...siempre tratamos, porque el 100% nunca se cumple, siempre se trata de poder de estar respetando las pautas culturales, de por ejemplo, nosotros que tenemos pacientes que tienen otras culturales, como los chinos, por ejemplo, que sabemos que no se le puede dar nada al recién nacido para tomar salvo la teta y ellos vienen y les preparan un té y eso lo tenés que respetar, porque vienen y le dan un té con una mamaderita y bueno, es cultural, o sea, vos le podés explicar todo, que no está bien, pero ellos van a seguir haciendo porque es una práctica milenaria que tienen o la gente de Bolivia que nos ha pedido llevarse la placenta porque es una ofrenda el enterrar a la placenta, entonces vos tenés que tratar de respetar” (E₇)

No obstante, otra de las enfermeras entrevistadas, señaló que en el nuevo edificio de la maternidad, se ha perdido mucha gente de otras culturales que iban a tener sus partos allí.

“Desde que yo estoy acá, eh... que vengo de lo que nosotros le decimos la maternidad vieja que es el edificio de enfrente, eh, hemos perdido mucha gente de otras culturas, muchas... hemos perdido mucha gente toba, que antes venían mucho y... y mucha gente del norte que también venía a parir en lo que era la maternidad vieja, desde que nos mudamos, eh... ediliciamente el edificio ha generado un cambio en la que gente que antes venía mucho, culturalmente nos ha pasado que, por ejemplo, le tenían miedo la ascensor, eh, que no se hallaban estando seis pisos arriba, la altura le hacía mal, eh... entonces dejaron de venir y dejaron de participar porque aparte tanta tecnología para ellos les parecía demasiado invasivo, eh... entonces, obviamente, empezaron a ir otros efectores. Eh... ¿cómo se maneja? No, por ejemplo, hoy no hay

una capacitación, por ejemplo, para enfermería, que pueda trabajar con pueblos originarios y que pueda hablar su mismo dialectico... y no, no existe eso... todo lo que vos puedas hacer para que puedas relacionarte con esa gente, que culturalmente es diferente, en donde se encuentra acá con un montón de cosas... con gente que le habla, con un montón de intervenciones, eh... a las que no estaban acostumbrados, porque yo creo que si se hubieran quedado en su casa hubieran parido igual, eh, acompañados de otra manera... pero acá cuesta bastante, cuesta bastante porque ese ritmo de trabajo hace que tengas que, que ese tiempo que tenés para dedicarle... sea más corto y, a su vez, que no sepas que pasa con esa cultura, me parece que eso es algo que todavía hoy... hay todavía hay un espacio, un bache aun hoy, en eso.” (E₂)

Salud Mental

Respecto de este punto, los profesionales entrevistados expresaron que el tema de los derechos de resguardar la intimidad de los pacientes y respetar sus pautas culturales, es algo que aparece en los principios de los profesionales, pero que es complejo aplicar en la práctica.

“y con respecto a la intimidad yo considero que es un poco complejo, el problema de la intimidad, es complejo en la salud pública, en general, para mí es un tema para cuestionar, digamos, en el trabajo de salud pública, eh... se plantea la disyuntiva, no cierto? Al tratarse de trabajo en equipo en vez del trabajo individual, porque como se postula un modelo que es diferente al modelo medico hegemónico, donde el médico, digamos, define su terapéutica hacia un sujeto aislado, pasivo... nosotros estamos pensando activo, inserto, este... y bueno, multideterminado también, entonces en el ejercicio de la interdisciplina supone un intercambio y ahí se complica el tema de la intimidad, si creo que esta entre los principios, por lo menos de salud mental y trabajo social, resguardar la intimidad.....” (entrevista psicólogo 2)

“...no creo que este garantizado, precisamente la idea del parto respetado es empezar a garantizar eso... eh... yo creo que precisamente lo del parto respetado tiene que ver con eso, porque esto es algo que no, no está garantizado y yo creo que hay que trabajar mucho para cambiar eso con todas las disciplinas de salud, me incluyo, no? Porque hay algo, como una lógica, que por ahí hace que todas las disciplinas de salud trabajemos parecido, quizás... o sea, no solo los médicos, porque sino estaríamos cargándole toda la tinta a los médicos, y no, no es así... los médicos, si, bueno, este, tienen una formación especial, pero nosotros que venimos de otras disciplinas también, muchas veces, tendemos a reproducir estas cosas, porque tienen ver con

prácticas institucionales que hace que trabajemos de tal o cual forma, para mí, o sea, nose si garantiza, pero lo que hace una diferencia o haría una diferencia es un trabajo de formación continua, eh... de educación permanente, poder decirlo así, con los equipos, para poder problematizar esto, porque hay un sesgo que siempre se va a dar en la atención sanitaria en donde se ponen en juego los ideales, se pone en juego la invasión de..., se viola también la autonomía del paciente, porque el paciente por ahí puede decir cosas con las que el equipo asistencial no está de acuerdo, pero es su vida también, no? Hay un límite para lo que uno pueda hacer por el otro si el otro no quiere hacer... obviamente a que hay un sujeto a preservar y tutelar que es el bebé, que el bebé no elige, digamos... pero en cuanto a los adultos si, entonces creo que hay cuestiones que habría que respetar.” (P₁)

TRABAJO SOCIAL

Sobre el resguardo de la intimidad de las pacientes y el respeto por las pautas culturales de las familias en este punto, la trabajadora social relató que el respeto por las costumbres culturales de las pacientes se vincula al conocimiento que tengan los profesionales que estén de guardia en ese momento.

“Desde la institución se intenta, pero por ahí no todos tienen el mismo conocimiento de las pautas culturales, por ejemplo, los tobas, eh... depende cual sea la guardia que intervenga tienen más conocimiento en lo que tiene que ver con lo cultural, por ejemplo, pedir la placenta para enterrarla, los tobas tienen esta práctica, a muchos se les escapa eso y ni siquiera preguntan, pero eso depende del profesional que interviene, y de nuestro lugar obviamente se respeta cuáles son los tiempos de los tobas... tengo pongo los tobas como ejemplo porque después vienen gitanos, gente de la comunidad china, nose... diversos, haitianos, es diverso... pero te digo los tobas porque como tenemos acá la comunidad Qom son por ahí con los que más trabajamos, y bueno con ellos respetamos todo, se respeta el tiempo, el tema de las miradas, esto que te decía antes, las costumbres que tienen, el tema de la maldición, todo eso influye a la... obviamente a la situación en la que se trabaja.”

Mientras que, según su discurso, se puede apreciar que la intimidad de las pacientes no es algo que se encuentre garantizado dentro de la institución.

“...al menos al parto que yo hace un tiempo presencie, éramos muchas personas dentro de la sala de parto, la pareja se había ido porque se había asustado, a la mujer le gritaban para que puje, que a mí me parecía muy violento, pero bueno, es una práctica

habitual de ellos, eh... no lo hacían conscientemente, pero es lo que se hace habitualmente... eh, la puerta estaba abierta, no, perdón, estaba cerrada pero la abrían...”

En Relación a esta categoría trabajada, creo que sería fundamental brindarle mayor importancia a garantizar el resguardo de la intimidad de las pacientes y familias como a tener en cuenta sus pautas culturales.

Teniendo en cuenta que el derecho a la intimidad es un derecho personalísimo y, según lo planteado, por Michel Odent (2011), autor utilizado en el marco teórico de esta tesina, donde expresa que *“Los seres humanos somos mamíferos. Todos los mamíferos se esconden o aíslan para dar a luz. Necesitan intimidad. A los seres humanos les sucede lo mismo. Hay que tener constantemente presente esa necesidad de intimidad”* (Odent, 2011:23); considero que el resguardo de la intimidad sería importante reforzarlo. Si bien sostuvieron algunos profesionales que hubo avances en este punto a nivel de infraestructura, sería importante analizar de que manera se puede lograr una mayor intimidad, para facilitar el trabajo de parto de las mujeres y sus familias que se van a atender allí a fines de cumplir con lo establecido en la Ley.

En cuanto a las pautas culturales, según lo que surgió de las entrevistas tampoco se aplica el enfoque de interculturalidad planteado en el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, donde se sostiene que:

“La adopción de un enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF requiere incorporar a las comunidades indígenas a través de la consulta a sus representantes según sus propios mecanismos deliberativos, incluyendo a las madres en esos procesos. La participación activa de los integrantes de estas comunidades permitirá la adecuación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la institución, de tal forma que sea amigable a sus usuarias sin importar el origen étnico, nacionalidad, color de piel o nivel socioeconómico de la futura madre y su familia” (UNICEF,2012:27)

Sin embargo, según lo que se pudo dilucidar se respetan algunas de las pautas culturales en los casos que la familia de la paciente lo solicite, como sucede con el caso de la placenta, mencionado anteriormente.

5- Implementación de la Ley

Obstetricia

Con respecto a la implementación de la ley dentro de la maternidad la respuesta de los médicos entrevistados fueron diversas, lo que más se repitió fue que no existe un lineamiento institucionalmente establecido, sino que la forma de implementarla se vincula a la manera de trabajar individual de cada médico. Sin embargo, la mayoría de los profesionales señalaron que consideran que se cumplen algunos de los puntos que la misma plantea, fundamentalmente lo referido al acompañamiento de la mujer en el proceso de parto y parto. No obstante, aclararon que los acompañantes no pueden ingresar a quirófano.

“Es una ley que en realidad su implementación está a cargo de cada médico, no es que vos tenés un lineamiento institucional firme, con normas que, digamos, estén publicadas en las paredes, ni que estén siendo editadas, o auditadas quiero decir, o sea, no hay una auditoria fija sobre la ley [...] la ley se publica, pero no se publica la forma de cumplirla, no se publica una auditoria sobre la ley, por lo cual ninguna de las leyes, tanto esta como todas las otras no se auditan, no hay una forma de seguirlas, no están siendo auditadas ni por Ministerios ni por Secretarías, que es que yo plantee en el concurso, tenemos que tener una forma de... de poder guiar el cumplimiento de las leyes...” (O2)

“y... se intenta aplicar lo que más se puede [...] y después individualmente se hace lo que cada uno considera correcto, pero institucionalmente se ha avanzado, en el acompañamiento más que nada [...] en quirófano no pueden entrar, pero bueno, nosotros no tendríamos ningún problema, habría que armarlo bien...” (O 12)

“Bueno, en la medida de lo posible la implementamos, acá en la maternidad es una maternidad que trabaja con muchos pacientes, tratamos de que sea lo más personalizado posible, estar, eh... cada residente y jefe con un paciente especial, como te digo, para que sea personalizado, de explicarlos, de conocerlos, de conocer a su bebe, escucharlas, lo que ellas necesitan también” (O3)

“...nosotros damos la posibilidad, obviamente por el derecho de la paciente, de que en todo momento la paciente está acompañada por el familiar que ella misma elija, y esto obviamente se hace y se respeta, salvo situaciones especiales, bueno como por ejemplo, el caso de la cesárea, donde por cuestiones de la cantidad de gente que se encuentra en quirófano y para reducir el riesgo de infecciones y todo eso se evita que

haya un familiar, que en algunos otros lugares la dejan pasar, bueno acá se consensua y se considera que no tiene sentido y, al contrario, por ahí aumenta el riesgo de infecciones...” (O₇)

Asimismo, algunos profesionales demostraron cierta incomodidad ante la presencia de esta ley que interpela su práctica.

“De todos modos, en mi opinión, creo que el parto respetado está bien, está perfecto que se empodere a la paciente para tomar determinación y todo, pero siempre bajo la... cómo se podría decir? Bajo la tutela del profesional actuante, eh... se entiende? O sea, creo que como todo, todos los extremos también son malos, está bueno que se puede escuchar a la paciente, si la paciente, por ejemplo, no quiere usar oxitocina está en su derecho y hay que respetarlo, pero cuando nosotros vemos que evidentemente por el trabajo de parto y se prolonga y se requiere una intervención del tipo del uso de oxitocina, la paciente también tiene que acceder a eso, si ella deposita la confianza en nosotros... pero bueno... creo que es una cuestión de interacción entre la paciente y el equipo de salud” (O₆)

“...yo creo que la ley la tendríamos que conocer, pero no tendría que afectar tanto la práctica, o sea, en realidad, me parece que la práctica de obstetricia abarca más que lo que es la ley. La ley lo hace es... puede resguardar los derechos de las mujeres frente a situaciones que pueden no corresponder con lo que ellas desean y por ahí es más impuesto, pero en realidad es muy particular...” (O₁₃)

Neonatología

En cuanto a la implementación de la ley en la institución, los médicos neonatólogos señalaron que se empezó a implementar recientemente, principalmente cuando los profesionales del Hospital Roque Sáenz Peña fueron reubicados en la Maternidad Martín mientras estuvo cerrada la maternidad en la que trabajaban por reformas.

“y bueno, en realidad acá mucho no se está implementando, recién ahora está arrancando [...] es un cambio que yo creo que acá en la maternidad estamos recién estrenando, concretamente te puedo hablar de la guardia de nosotros lo empezamos a hacer fundamentalmente con profesionales que han venido del roque y nosotros nos hemos acoplado a esta modalidad así que recientemente, te puedo decir que hace meses que lo estamos practicando [...] y varía con la predisposición del personal.” (N₆)

“y... la realidad es que muy poca, acá no hay espacio, no podés estar haciéndole el parto respetado a una, cuando hay otra mujer con contracciones esperando que se desocupe

la sala de parto, viste? Está bien lo que se plantea, yo entiendo por lo que escuche, pero acá no tenemos el lugar para hacerlo, hay días que estamos sobre pasados de gente... y después... esta la otra, que nosotras solo intervenimos una vez que el parto ya se produjo, o cuando los bebés quedan internados, o solo para revisarlos que este bien, entonces tenemos poco contacto con esa familia, salvo que el bebé este internado, que ahí sí tenés posibilidades de conocerlos un poco más” (N₁)

“... bueno, en la parte neonatológica es el hecho de tratar cuando el bebé nace que se lo pongan en el pecho de la madre, que hagan piel con piel, la mayor cantidad de tiempo posible, que mientras el niño nazca vigoroso, sano, y que... no se lo toque, no se lo invada, que sea el momento más especial en la vida de esa familia, eh... y se puede prender a la teta en ese momento, que muchos bebés lo hacen y otros no, eso depende y tratar de evitar el pasaje de la sonda y pasarlo directamente... porque antes lo que hacíamos era... se lo mostrábamos a la mamá y después lo pasábamos a la sala de recepción que es una mesita que está al lado de la sala de parto, al lado de donde la mamá va a parir pero ahí inmediatamente lo revisábamos, pero en realidad no es necesario hacer eso, ni pasar sonda por vía nasofaríngea, ni por ano, eso se puede controlar después, entonces es esperar ese tiempo donde vio que se disminuye además la dificultad cardio respiratoria porque se comprobó que el bebé está donde quiere estar, que es junto a su mamá, oliéndola, escuchando su corazón, que lo escucho durante nueve meses...” (N₄)

Enfermería

En cuanto a cómo es llevada a cabo esta ley dentro de la maternidad, los enfermeros entrevistados indicaron que este cambio de paradigma se está empezando a trabajar y que no se implementa con todas las pacientes, sino con aquellas que están más empoderadas al respecto.

“Eh... poca. En realidad, la ley existe, pero bueno, solamente es, de alguna manera, llevada a cabo, en aquella mamá que viene y nos cuenta sobre esta ley, que sabe, que la conoce, y que, de alguna manera, está empoderada en esto, y que viene a nosotros y nos dice: “bueno, yo quiero que el parto sea de esta manera” o “quiero que esta persona está conmigo” o “Bueno, si vamos a quirófano entre conmigo”...después acá, en el trabajo cotidiano, la manifestación de parte del personal es bastante...poca.” (E₂)

“...esto es todo nuevo, se está trabajando, están tratando de que haya un médico, una enfermera, que no estén revisando con tactos a cada rato [...]están eh... viendo, porque también influye la cantidad de demanda que nosotros tenemos de partos,

entonces muchas veces, no se puede poner al bebe con la mamá y es porque a lo mejor hay otra mamá que ya está por tener su parto, pero bueno se está trabajando en eso para que este la mayor cantidad de tiempo posible con su madre antes de bajar acá a la internación conjunta.” (E₆)

“...institucionalmente es complejo porque es una ley y una modalidad de atención que viene a cambiar el paradigma tradicional en el equipo de salud más duro que es el obstetra, el pediatra o neonatólogo y la enfermera., esto de... Si bien enfermería tiene dentro de su formación la parte de cuidado, que va de la mano con información, contención, acompañamiento, por eso enfermería es más accesible a este tipo cambio porque está dentro de la formación. Los médicos, es lógico, se han formado y han ejercido de una manera durante años que ahora se cambia radicalmente, eh... la obstetricia se planteó como el pilar y parte importante es el médico. Y esta ley viene a poner a la mujer, al bebe y su familiar, el marido o quien sea, como el actor central de ese proceso, entonces cuesta. Hace muchos años que venimos trabajando con esto y, en realidad, se creó hará unos tres años una zona ambientada, pintada, con sillones, con cortinas, con música ambiental para que las madres puedan caminar y no se tengan que quedar encerradas en los boxes de parto[...] se trabaja mucho con esto del número d personas en sala d parto, que muchas veces no se cumple y muchas veces si, esto de que haya la menor cantidad de gente [...] es difícil... es cambiar una metodología de hace muchísimos años en la maternidad, es un proceso lento, pero se están implementando cosas: hace mucho que se logró que todo familiar entre a sala de parto, es importante para la paciente estar acompañada, todavía estamos en proceso de lograr que entre un familiar a quirófano para las cesáreas[...] pero se están implementado muchas cosas preguntándole, explicando, se bajó la administración de oxitocina de uso corriente para el trabajo de parto, pero también tenemos como contraparte que el año pasado se tuvieron 4600 partos en una maternidad preparada para 3500 como máximo, entonces nos corren mucho los tiempos..” (E₆)

Salud Mental

En base a la instrumentación y puesta en práctica de esta ley, el psicólogo señaló que salvo que haya complicaciones, lo ideal sería que no intervenga el equipo médico.

“...lo que estipula es que, bueno, al ser un proceso fisiológico se espera que siga su curso natural, si hay complicaciones ahí tiene que intervenir el equipo de salud, sino hay que estar de cerca, asistir... eso tiene sus ventajas y desventajas, porque muchas veces

al intervenir acelera el proceso y pareciera como quitar trabajo, pero muchas veces, son intervenciones que podrían evitarse, no? Bueno, me parece que ahí hay cuestiones que tiene que ver más con la observación y la asistencia cuando sea necesaria que con la intervención directa, me parece que pasa más por abstenerse de intervenir, así medicalizando como te decía, que por intervenir...” (PS 1)

En tanto, el segundo profesional entrevistado se refirió más a los cambios vinculados al modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia que específicamente a la Ley de Parto Humanizado. Según refiere es a partir de este modelo que se permitió incorporar el acompañamiento y la participación de la familia en el proceso de atención.

“...se trabaja desde hace unos cuantos años con el paradigma de maternidades seguras y centradas en la familia, este paradigma permite... permitió todo un replanteo a nivel institucional que fue girando de institución amiga de la madre y el niño, donde está excluida la figura del padre y la familia y todos los lazos sociales que tenían esa mujer y ese niño, pasamos a pensar a la maternidad justamente centrada en la familia, esto tiene como consecuencia distintos movimientos, por ejemplo, en neonatología, el ingreso irrestricto de las madres a la neo, de los padres también a la neo, la inclusión y la posibilidad de que los abuelos y los hermanitos puedan también conocer al recién nacido... estamos hablando de terapia intensiva, de una unidad de cuidados intensivos, no? eh... en el plano de las intervenciones obstétricas significa que hay acompañamiento permanente de la familia, significa la inclusión de la pareja [...] pero bueno, hay muchísimas cosas para continuar...” (PS 2)

Trabajo Social

En base a la instrumentación y puesta en práctica de esta ley, la Trabajadora Social señaló que se está tratando de implementar en la institución, pero que varía en relación a la demanda y los profesionales.

“Se está tratando de implementar, hoy justamente hubo dos partos respetados, justamente me comentaba una pediatra, se está tratando de hacer... eh, en la institución, eh... eso lleva tiempo y lleva también que la gente se vaya adaptando a esta nueva práctica, eh, porque no es lo habitual, en verdad... eh... acá lo por ahí lo que se hace es tratar de priorizar el tiempo...eh, que las mujeres puedan ser atendidas y que se pueda atender a la que venga después, eh... por eso todo el tema del tiempo, de la madre, de la participación de la familia, que sea un... espacio íntimo, eso no es prioridad, si por ahí la prioridad esta en algún equipo de salud en particular...”

En base a este punto, considero que no es posible implementar realmente la Ley Nacional de Parto Humanizado si no se la conoce en profundidad, teniendo en cuenta su fundamento, así como cada una de sus aristas.

Con respecto a la información recabada a partir de las entrevistas realizadas, es posible dilucidar que existen avances en la temática a nivel institucional, pero que aún queda bastante camino por recorrer.

Reflexiones sobre la intervención profesional de Trabajo Social respecto al parto respetado

Al ser la presente investigación una tesina de grado para completar la formación de la Licenciatura en Trabajo Social, es relevante pensar cuál es la función de esta profesión en torno al tema trabajado.

Después de realizar una exhaustiva búsqueda de bibliografía en relación al Trabajo Social y su rol en maternidades o su vinculación con los procesos de parto, se pudo observar que no hay nada escrito hasta el momento respecto de este tema.

En base a ello, y teniendo en cuenta que es una temática novedosa, se trató de contribuir a pensar la intervención profesional del Trabajo Social en este ámbito.

Para lo cual, es indispensable, en primer lugar, analizar que se entiende por intervención profesional.

Carballeda (2002) toma a la intervención en lo social como ámbito especial que va siendo definido según la singularidad de cada circunstancia, problema o demanda a partir de los cuales se construye. Llama a ese espacio en el que la intervención se desarrolla “escenarios”, los cuales se hallan dentro de diferentes territorios que los contienen y son atravesados por disímiles formas de inscripción de los problemas sociales. (p. 375) Para el autor, la intervención en lo social, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer. La misma implica un compromiso ético, dado que se interviene no sólo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan. (Carballeda, 2008, p. 10)

En su texto, *“Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales”* (2005), el autor da cuenta del cambio que se produjo en los últimos años en la cuestión social, sosteniendo que la misma adquiere nuevas manifestaciones que se configuran como “relaciones sociales complejas”, Estas pueden definirse como *“Expresiones de la tensión entre necesidades y derechos sociales y ciudadanos que generan distintas formas de padecimiento”*. (p. 1)

Teniendo en cuenta esto, 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.

Cabe destacar que,

“El Enfoque de Derechos se ratifica desde una perspectiva abarcativa e integral, proponiendo un sistema completo y estructurado por principios, reglas y estándares

de Derechos Humanos que intenta operar en términos de otorgar efectividad a las medidas comprometidas por los Estados y que además fija estándares específicos que son aplicables a los sistemas internos de cada uno de los países de la región. Así, son de destacar las posibilidades de abordaje transversal de las Problemáticas Sociales Complejas que otorga esta perspectiva.” (Carballeda, 2016, p.3)

En este sentido, acuerdo con el autor por estar dentro de una perspectiva de derechos, ya que considero que la función principal del trabajo social se vincula a resguardar y garantizar el cumplimiento efectivo de los mismos.

En concordancia con esto, en relación al parto considero importante posicionarse desde un enfoque de derechos ya que permite pensar en el empoderamiento de la mujer embarazada, concibiéndola como participe y protagonista del proceso, devolviéndole su autonomía y dejando atrás las prácticas que la colocan en un lugar secundario, subordinada al saber médico.

Asimismo, siguiendo a Rosa María Franco (2011), asumir una perspectiva de derechos permite dejar de pensar al parto como un hecho biológico, como una práctica médica, para entenderlo como *“un acontecimiento cultural social, un proceso de inclusión a la vida, donde cobra protagonismo y centralidad la mujer- madre y, a su vez, prima una concepción de sujeto que revierte ese acto de sujeción y control.”* (Franco, 2011: 327-328)

Con respecto al Trabajo Social, en nuestro país, en el año 2014, se sancionó la Ley Federal de Trabajo Social, nro. 27.072, que tiene por objeto establecer el marco general para el ejercicio profesional de trabajo social en todo el territorio nacional. La misma entiende al Trabajo Social como

“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.” (Ley 27.072, cap, II, art. 4)

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 socio-ambientales, 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;*
- c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.*
- 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)*

Teniendo en cuenta entonces la Ley Federal de Trabajo Social (nro 27.072) y la Ley de “*Derechos de Padres e hijos durante el proceso de nacimiento*”, conocida como Ley de Parto Humanizado, (nro. 25.929) considero que el Trabajador/a Social debe tener como función primordial velar por garantizar los derechos de las mujeres y sus familias dentro de la Maternidad. Para lo cual creó, en primer lugar, que es fundamental que pueda actualizarse constantemente, teniendo en cuenta, a su vez, que esto es un derecho y obligación del profesional, ya que no se puede debatir o garantizar el respeto por los derechos si no se conocen en profundidad. Asimismo, considero que debe formar parte del Comité de Bioética, a fines de poner en discusión prácticas que no cumplan con lo establecido a nivel normativo o que no vayan en esa dirección.

A partir del análisis de las entrevistas, puedo reflexionar que a pesar de adoptar como políticas institucionales: el Modelo de maternidad Segura y Centrada en la Familia y la Ley de Parto Humanizado, aún continua vigente en las prácticas cotidianas, el Modelo Medico Hegemónico, debido a que el primer contacto y atención de la mujer en proceso de parto en la maternidad, es realizada por el equipo duro de salud, conformado por el/la enfermero/a y obstetra, los cuales realizan la admisión de la embarazada y le brindan información sobre el proceso de parto. De este modo, solo en circunstancias donde se desnuden situaciones complejas interviene el servicio de Trabajo Social y/o Salud Mental. En base a ello, considero que sería interesante poder modificar esta manera de actuar, proponiendo la inclusión de ambos servicios en un comité de admisión interdisciplinario, donde puedan conocer a la embarazada y su familia y, brindarle la información necesaria sobre sus derechos a un parto respetado y exigir su cumplimiento.

De igual manera, pienso que la profesión del Trabajo Social podría participar de un taller de preparto, que tenga como finalidad la promoción de los derechos durante el embarazo y parto.

Para finalizar, acuerdo con el estudio de Misago y Kendall de 2001 (citado en Biurrun- Garrido y Goberna – Tricas, 2013), donde “*se afirma que para poder humanizar un parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado.*” (p. 64) creo que es justamente esta la función del Trabajo Social en relación a lograr un parto humanizado.

REFLEXIONES FINALES

En los últimos años, asistimos a un cambio de paradigma en el campo de salud. Del modelo biologicista, caracterizado por la hiper especialización y la institución hospitalaria como eje fundamental, hacia un nuevo paradigma donde el paciente es considerado como un sujeto del proceso salud- enfermedad, y sus derechos pasan a cobrar mayor relevancia.

Estas modificaciones que se dieron dentro del campo de la salud, se vieron reflejadas a su vez en la atención perinatal. Los partos de ser vividos como un hecho privado, paso a llevarse a cabo en las instituciones, convirtiéndose el saber médico el eje fundamental de la atención, perdiendo la mujer su protagonismo en el proceso. Sin embargo, en la década del 70, aparecieron nuevas corrientes de pensamiento que buscaron “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las Maternidades en instituciones “Centradas en la Familia” y no en el equipo de Salud.

De este modo, fue creado el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, promoviendo la participación activa de la mujer y su familia durante el proceso de atención del embarazo, parto y seguimiento del bebé; que implicó un cambio de paradigma, donde los derechos de las mujeres embarazadas, puérperas y del recién nacido cobraron importancia fundamental.

En este contexto, surgió en nuestro país, la Ley Nacional Nro. 25.929 “*De derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento*”, que en la Maternidad Martín recién está comenzando a implarse.

Algunas de las dificultades analizadas con respecto a las demoras en su implementación, tiene que ver con la falta de infraestructura, con lugares disponibles para atender la cantidad de partos que son realizados en esta institución.

También se reflexionó, que otro de los principales conveniente en su implementación está vinculada a la falta de capacitación sistemática por parte de los profesionales que intervienen en el proceso del parto, que como surgió en las entrevistas realizadas, varios de ellos aún carecen de conocimientos suficientes sobre la normativa vigente. Por lo tanto, consideró que es prácticamente imposible poder dar cumplimiento efectivo sino existe la promoción necesaria sobre la norma ni una auditoría que indique su forma de llevarla a cabo dentro de la institución.

Otro de los puntos en los cuales debe trabajarse es en garantizar el resguardo de la intimidad de las pacientes y respetar sus pautas culturales, para lo cual también se visibiliza la necesidad de capacitaciones para el personal, a fines de informar y concientizar no solo sobre las

costumbres de las diferentes culturas, sino también haciendo hincapié fundamental en la comunicación.

Esta línea de pensamiento, considero desde una perspectiva de Derechos, que es fundamental incluir desde el primer momento de contacto con la mujer embarazada y su familia, al servicio de Trabajo Social y Salud Mental en el proceso de atención, a los fines de brindar una atención integral que tenga en consideración los aspectos emocionales, sociales, culturales y afectivos de las mujeres y sus familias.

Asimismo, creo que es importante poner el énfasis en empoderar a las familias, brindándole las herramientas necesarias para que tengan conocimientos y puedan exigir el cumplimiento de los derechos, que se encuentran avalados en la Ley Nacional N. 25.929, *“de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”*, utilizada como eje de este trabajo, como así también la Ley 26.485 *“de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”* y la Ley 26.529 *“de derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”*. En este sentido, acuerdo con la enfermera 3, cuando sostiene que:

“...lo más importante es el empoderamiento de la población en que lo que es el conocimiento de sus derechos, cuando vos tenés una paciente que sabe exigir, en realidad no es exigir, es hacer un trato y conocer que es lo que puede pasar... cuanta más información tenés, no solo cuando venís acá, en todo, transcurre mucho mejor la internación...” (enfermera 3)

ANEXOS

Ley 25.929

Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Sancionada: Agosto 25 de 2004

Promulgada: Septiembre 17 de 2004

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

ARTICULO 2º — Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3º — Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTICULO 4º — El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

ARTICULO 5º — Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

ARTICULO 6º — El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 7º — La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

ARTICULO 8º — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL CUATRO.

— REGISTRADA BAJO EL N° 25.929 —

EDUARDO O. CAMAÑO. — MARCELO A. GUINLE. — Eduardo D. Rollano. —
Juan Estrada.

Decreto 2035/2015

Bs. As., 24/09/2015

Fecha de Publicación: B.O. 1/10/2015

VISTO el Expediente N° 1-2002-24884-14-9 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 25.929, y CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico

Obligatorio (PMO). Asimismo, la referida Ley regula los derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Que dicha Ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. Que asimismo, en la citada norma se destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el/la recién nacido/a, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del/la recién nacido/a a la internación conjunta con su madre en sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado del/la recién nacido/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o el/la recién nacido/a, no pudiendo tampoco ser el/la recién nacido/a objeto de examen o intervención con propósitos de investigación, salvo que mediar la expresa voluntad de sus representantes legales intervinientes, manifestada por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Que por otra parte, la Ley presta una especial consideración a los derechos del padre y la madre del/la recién nacido/a en situación de riesgo y a la exigencia del consentimiento expreso para la realización de exámenes o intervenciones con fines investigativos. Como así también, a la intensificación de los derechos a la información y acceso continuado al/la recién nacido/a.

Que los términos de dicha Ley deberán entenderse siempre en el sentido que debe velarse por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Que, en lo que refiere al/la recién nacido/a, la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO dispone en su Preámbulo que tal como se indica en la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, “el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1 y 2 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello, LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1° — Apruébase la reglamentación de la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, que como ANEXO I forma parte integrante de la presente medida.

Art. 2° — Facúltase al MINISTERIO DE SALUD, como Autoridad de Aplicación, adictar las disposiciones complementarias que considere necesarias para el cumplimiento de la referida Ley y la presente reglamentación.

La SUBSECRETARÍA DE MEDICINA COMUNITARIA, MATERNIDAD E INFANCIA, dependiente de la SECRETARÍA DE SALUD COMUNITARIA, del MINISTERIO DE SALUD, tendrá a su cargo la realización de acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de la Ley y la presente reglamentación, así como la coordinación de acciones con los demás organismos nacionales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provinciales, municipales, y de las entidades no gubernamentales, universidades e instituciones académicas.

Art. 3° — El presente Decreto entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

—

FERNÁNDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Daniel G. Gollan.

ANEXO I

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 25.929

ARTÍCULO 1°.- Tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas de medicina privada y/o entidades de medicina prepaga, deberán instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley N° 25.929.

ARTÍCULO 2°.-

- a) El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida.
 - b) Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 26.485 de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
 - c) SIN REGLAMENTAR.-
 - d) Ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando, por su parte, prácticas invasivas innecesarias durante el proceso.
 - e) El equipo interviniente deberá informar en forma comprensible y suficiente, tanto a la mujer como a su núcleo familiar y/o acompañante, sobre el avance del embarazo, el estado de salud del/a hijo/a por nacer y de las demás circunstancias relativas al embarazo, el trabajo de parto, el parto, posparto y/o el puerperio.
 - f) Se entenderá por “Comité de Bioética” a todo comité creado y/o encargado de estas funciones según jurisdicción y normativa vigente.
 - g) Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto.
- No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá

prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo, la documentación acreditante.

En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer hubiese dado a luz.

No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer.

Si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes sustitutos/as.

Deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada.

Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto.

h) Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que

ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito.

i) La institución y/o entidad deberá brindar a la mujer las condiciones necesarias y adecuadas para que pueda amamantar, desde la sala de partos y durante toda su internación.

Los cursos de preparación integral para la maternidad incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), deberán proveer la información y los materiales que favorezcan el desarrollo de la lactancia.

Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.

j) El equipo de salud y la institución asistencial deberán proveer a la mujer y a su acompañante información respecto del proceso fisiológico y vital que comprenden el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y/o el puerperio, así como del rol del equipo de salud. Asimismo, se deberá asesorar e informar en forma comprensible y suficiente acerca de la salud sexual y reproductiva, la lactancia y la crianza, incluyendo en dicha información las características y efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como su provisión en los términos de lo estipulado por la Ley N° 25.673, sus normas concordantes y complementarias. También, deberán incluir información acerca de los procedimientos asistenciales durante el trabajo de parto y hacia el/la recién nacido/a, inclusive los reglados por la presente norma.

k) Las instituciones sanitarias deberán instrumentar un modelo interdisciplinario de atención para el abordaje del consumo problemático de sustancias, vinculado a los efectos adversos del tabaco, el alcohol y/o las drogas sobre el/la niño/a y la madre.

ARTÍCULO 3°.-

- a) El equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo/a, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al/la recién nacido/a. En caso de requerirse alguna práctica impostergable, corresponderá minimizarse el dolor y respetar los períodos de sueño del/la niño/a.
- b) La identificación del/la recién nacido/a deberá ser ajustada a las normativas vigentes nacionales, provinciales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- c) SIN REGLAMENTAR.-
- d) El tiempo mínimo recomendable de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en CUARENTA Y OCHO (48) horas para un parto vaginal y en SETENTA Y DOS (72) horas para un parto por cesárea. En todos los casos el equipo de salud deberá constatar que las condiciones psicofísicas del binomio madre-hijo/a sean las adecuadas para su externación y que se hubieran completado los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical.
- e) El alta del/la recién nacido/a deberá realizarse brindando la adecuada información sobre el seguimiento ambulatorio, así como del desarrollo del plan de vacunación, debiendo contar el/la niño/a con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como haberse realizado las pesquisas neonatales en conformidad con las Leyes N° 25.415 y N° 26.279, sus reglamentaciones, modificatorias o aquellas normas que en el futuro las reemplacen.

ARTÍCULO 4°.- Se considerará al/la recién nacido/a en situación de riesgo cuando éste/a, por su estado de salud, requiera de internación hospitalaria.

- a) SIN REGLAMENTAR.-
- b) Los servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la/s madre/s y/o el/los padre/s del/la recién nacido/a, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo la documentación acreditante.
- c) SIN REGLAMENTAR.-
- d) Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a.

e) SIN REGLAMENTAR.-

ARTÍCULO 5°.- SIN REGLAMENTAR.-

ARTÍCULO 6°.- Las prescripciones contenidas en el artículo 6° de la Ley N° 25.929 deberán ser interpretadas y aplicadas en los términos de las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 26.061, N° 26.529, N° 26.485, N° 26.682, y N° 26.743, normas reglamentarias, complementarias y concordantes.

ARTÍCULO 7°.- SIN REGLAMENTAR.-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación **“Parto humanizado: Las voces de los profesionales de la Maternidad Martin”** que conforma el trabajo de Tesina de Grado como requisito de la culminación en la formación de la Licenciatura en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Facultad de Cs. Política, Comunicación Social y Trabajo Social – UNR – correspondiente a la alumna Antonella B. Torossi DNI N° 35.022.281

Se trata de un trabajo de indagación enmarcado en la metodología cualitativa con modalidad descriptiva-explorativa, que utilizará la técnica de entrevista semi-estructuradas y que se desarrollará al interior de la Maternidad Martin, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, en las Áreas que conforman la institución: Dirección, Servicio Obstetricia, Neonatología, Enfermería, Salud Mental y Trabajo Social.

Para respetar la confidencialidad de la información y la reserva de identidad de los entrevistados que participarán, se propone realizar la siguiente clasificación: asignar a los profesionales por disciplinas y con un número consecutivo, a los fines de no afectar la situación personal y laboral de éstos.

Cabe señalar que la participación de los profesionales a entrevistar es voluntaria y que el entrevistado puede dejar de proporcionar información y desistir de su participación en cualquier momento del proceso de trabajo de campo.

Asimismo se les suministra a los profesionales la suficiente información respecto a los aspectos éticos y legales que implican su participación, considerando de ser necesario acudir a la directora y codirectora del Proyecto de Investigación: Licenciadas Susana D' Angelo y Magister Maricel Andreatta, como así también la Dirección de la Escuela de Trabajo Social FCPyRRII –UNR-, a cargo del Magister José María Alberdi.

Fecha.....

Entrevistado

Entrevistador

GUÍA DE PREGUNTAS

- 1- ¿Cuál es su profesión? ¿Cuánto tiempo lleva recibido? ¿y ejerciendo en esta institución?
- 2- ¿Qué conocimientos tiene sobre la Ley Nacional N° 25.929 “*De derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*”? ¿Cómo accedió a su conocimiento? ¿Realizó cursos y/o capacitaciones o por disposiciones institucionales?
- 3- ¿Qué manifestación instrumental práctica tiene eso a la hora de trabajar?
- 4- ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias cuando llegan a la institución hasta el pos parto? ¿Garantiza la participación en las tomas de decisiones con respecto al parto (cesárea o natural), como a su intimidad y pautas culturales?
- 5- ¿Hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso de parto o pos parto? ¿Cuáles puede describir? ¿Qué invocan para no aceptarlas? ¿genera obstáculos en el proceso de intervención? ¿De qué tipo son esos obstáculos? ¿Cómo se resuelven?
- 6- ¿Pueden las mujeres optar libremente procedimientos de intervención alternativos?
- 7- ¿Qué intervenciones se realizan con el recién nacido? ¿Quiénes las llevan a cabo?
- 8- ¿Cómo se promueve la lactancia durante el embarazo, parto y con los recién nacidos en situaciones de riesgo? ¿Cómo se fomenta el vínculo cercano madre- hijo?
- 9- ¿Qué cree necesario para lograr una mejor implementación de la ley de Parto Respetado en la Maternidad?
- 10- Además de lo conversado... ¿Desea abordar algún otro aspecto que considera la Ley?

Requisitos solicitados en la Maternidad para poder llevar a cabo el trabajo de campo:

REQUISITOS PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA REALIZAR UN TRABAJO DE INVESTIGACION EN LA MATERNIDAD MARTIN

Todo Trabajo de Investigación que desee realizarse en la Maternidad Martín, por más simple que sea (Observación de pacientes, encuestas, de casuística retrospectiva, etc.), debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Presentación del Proyecto de Investigación:

El Proyecto debe presentarse al Comité de Docencia e Investigación (3 COPIAS), ingresando por la Secretaría de la Dirección, **antes** de iniciar cualquier etapa del mismo. Debe contar con los siguientes puntos:

- Título
- Resumen
- Objetivos generales (para qué se hace el estudio)
- Significación del estudio (por qué es importante)
- Marco teórico (antecedentes bibliográficos)
- Metodología de la Investigación (cómo se hará)
- Diseño del trabajo (prospectivo, casos y controles, etc.)
- Descripción de la población (criterios de selección, tamaño de la muestra)
- Variables en estudio
- Empleo de instrumentos
- Estudios piloto
- Técnicas estadísticas a utilizar
- Cronograma de trabajo
- Organización del equipo de trabajo (quiénes integran el estudio)
- Formulario de Consentimiento Informado
- Presupuesto (¿tiene financiación de algún organismo?)
- Medios materiales y equipos del Hospital que se usarán
- Bibliografía.

Si el estudio utiliza medicamentos en experimentación, debe previamente tramitarse la autorización del ANMAT.

2. Profesionales que no pertenecen al Hospital y desean realizar un Trabajo de Investigación

Deben presentar, adjunto al Proyecto de Investigación, una Nota de la Institución de procedencia firmada por sus autoridades correspondientes (Director, Comité de Docencia e Investigación, etc.), dirigida al Director del Hospital y entregada en mesa de entradas. Dicha Nota debe aclarar la asistencia que realizarán el/los investigadores al Hospital (días y horarios) y áreas donde se realizará la misma y contar con el aval de los Jefes de dichas áreas. Se debe adjuntar fotocopia de Título, Matrícula Profesional y Curriculum resumido de los postulantes.

3. Pasos a seguir

El Comité de Docencia e Investigación designará, según corresponda, evaluadores externos quienes evaluarán el Proyecto y eventualmente realizará las correcciones necesarias, devolviendo a los autores el mismo en un plazo de 30 días. Una vez realizadas las correcciones (de existir) se girará el Proyecto al Director del Hospital. Si se autoriza, se entregará una constancia por escrito.

De requerirse la autorización del Comité de Ética del Hospital (Investigaciones que se realizan en forma directa sobre pacientes), se girará al mismo el Proyecto.



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

**Comité de Docencia e
Investigación
Maternidad Martin**



**Maternidad
Martin**

ASUNTO: Solicitud para realizar el estudio "Parto Humanizado: Perspectiva de profesionales en la Maternidad Martin"

SOLICITANTE: Alumna: Antonella Torossi
Directora de Tesis: Susana D'Angelo

PRIORIDAD: Alta

CONSIDERACIONES:

- La documentación presentada se limita a la Introducción y el Marco Teórico.
- La Sección Introducción es en realidad el Resumen Ejecutivo de la propuesta, y lo que permite al comité tener un esbozo de las intenciones de la investigación que se postula y realizar la siguiente devolución.
- Faltan en la propuesta el desarrollo de las secciones:
 - Objetivos (generales y específicos)
 - Hipótesis (si correspondiere)
 - Material y métodos, en donde se detallen: las actividades que se llevarán a cabo para cumplir con los objetivos y probar la hipótesis (si correspondiere). Los instrumentos que se utilizarán (dimensiones que se abordarán en la encuesta, ¿otros métodos de recolección de datos?). La metodología de selección de la muestra y el cálculo de su tamaño (si correspondiere). El plan de análisis de los datos.
 - Anexos: Modelo de entrevista. Modelo de consentimiento informado. Tablas simuladas o modelo de análisis de los datos. Se sugiere que el cronograma presentado vaya en esta sección.
- Deben, además, desarrollarse en la propuesta las consideraciones éticas y legales de la misma, incluyendo la forma en que se garantizará (o no) la confidencialidad de las y los entrevistadas/os.
- Debe explicitarse la forma en que se presentarán las conclusiones del estudio y su plan de difusión.

RESOLUCIÓN: Los miembros del Comité de Docencia e Investigación de la Maternidad Martin, reunidos el 29 de marzo de 2017 a efectos de evaluación de la solicitud arriba mencionada, sugieren su NO aprobación hasta que se proporcione la información solicitada.

Comuníquese a la Dirección de Maternidad Martin

LORNA ANDREUSSI
M.P. 13194
PEDIATRA-NEONATOLOGA

SABRINA D. SPAGNOLO
LICENCIADA
MAT. 2252

1087



**Comité de Docencia e
Investigación
Maternidad Martin**



ASUNTO: Solicitud de re-evaluación de la propuesta "Parto Humanizado: Las voces de los profesionales en la Maternidad Martin"

SOLICITANTE: Alumna: Antonella Torossi
Directora de Tesis: Susana D'Angelo

PRIORIDAD: Alta

CONSIDERACIONES:

La documentación presentada detalla los objetivos, metodología y descripción del proyecto. Se desarrollan en la propuesta las consideraciones éticas y legales de la misma, incluyendo la forma en que se garantizará la confidencialidad de las y los entrevistadas/os. Se explicitan la forma en que se presentarán las conclusiones del estudio y su plan de difusión.

RESOLUCIÓN: Los miembros del Comité de Docencia e Investigación de la Maternidad Martin, reunidos el 05 de mayo de 2017 a efectos de evaluación de la solicitud arriba mencionada, sugieren su aprobación.

Comuníquese a la Dirección de Maternidad Martin


SABRINA D. SPAGNOLO
LICENCIADA
MAT. 2252


LORNA ANDREUSSI
M.P. 13194
PEDIATRA-NEONATOLOGA


Dr. SINOPOLI GUSTAVO MARIO
DIRECTOR
MATERNIDAD MARTIN

Entrevista Dirección:

E: - La primera pregunta es bueno, ¿Cuáles son las profesiones, cuanto tiempo llevan recibidos y cuanto ejerciendo en esta institución?

Obstetra 1: - Recibido hace 35 años y en esta maternidad 30 años.

E: - Y usted? (dirigiéndose al otro entrevistado).

O 2 : - Sí, más o menos lo mismo...

O 1: -Un poquito más...

O 2 : -Sí, un poquito más... dos o tres años más.

E: - ¿Los dos son obstetras?

O 1 : - Los dos somos obstetras sí.

E: - ¿Qué conocimientos tienen sobre la Ley Nacional nro. 25.929, “ de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento”? ¿Cómo accedieron a ese conocimiento? ¿Realizo cursos o capacitaciones o fue por disposiciones institucionales?

O 1: - No, fueron por disposiciones institucionales... Documentos que nos llegan, información, incorporación a la familia... eh, nosotros tenemos el modelo de maternidad segura y centrada en la familia... eh, todo eso se va trabajando en forma institucional.

E: - Esta... y con respecto a la Ley de Parto Humanizado, ¿Qué manifestación instrumental practica tiene esto a la hora de trabajar?

O 1: - Bueno, no. Se trata de implementarla. Es decir, si llega una ley... cuando se implementó la Ley nosotros tratamos de implementarla, lo que pasa es que hay ciertos hábitos que uno tiene que ir cambiando, que nosotros lo vamos cambiando porque nosotros tenemos acá un comité que se llama Comité de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, donde estamos tratando de implementar y que se cumpla la ley, nada más, eso es...

E: - ¿y de que manera lo intentan implementar?

O 1 : - Nada, lo vamos implementando de a poco, porque es muy difícil cambiar conductas, entonces hay que cambiar, por ejemplo, la incorporación de la familia o del esposo o de quien quiera la paciente que quiera incorporar a sala de parto, que tiene que entrar a quirófano si es que hay que hacerle una cesárea, el apego con el chico de cuando nacen ponérselo en el pecho, que antes no se hacían esas cosas, que ahora se están haciendo y se va a implementar para que termine haciéndose. Estamos como todas las cosas... inicialmente cuando hace tiempo atrás, por ejemplo, se hacía como rutina la episiotomía, que es el corte que se hace y se llegó a la conclusión que no había que no había que hacerla, que era un trabajo que se basaba en la evidencia, que establecieron que ya ese

corte no se hace... se hace en determinadas circunstancias... bueno, acá también. La ley se va a implementar, no se puede implementar directamente en forma absoluta, porque acá hay gente que tiene distintas opiniones, pero la ley se tiene que implementar...

E: - Eh, ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta el post parto?

O 1: - Eh, lo que pasa es que nosotros no intervenimos, nosotros tenemos un jefe de servicio. Es decir, nosotros cumplimos la función de gestión, de gestión entre lo que es gestionar Maternidad Martín con Secretaría de Salud, y Secretaría de Salud impone las políticas de salud. Una de las políticas de salud es la implementación de la ley... Bueno, nosotros estamos en eso. En realidad, lo que es el manejo de la paciente lo hace coordinación. Eh, nosotros el nexo de unión entre lo que es salud pública y el servicio, nosotros estamos ahí en el medio, pero todo el manejo de la atención lo hace el jefe de servicio con la gente que trabaja, que hay guardias, tooodos los días hay una guardia con gente capacitada para hacer el trabajo, que son todos especialistas. Ellos son los que implementan toda la atención de la paciente, desde el momento que llega, eh, incluso nosotros tenemos un consultorio matricial para manejar todo lo que es alto riesgo que son pacientes que se derivan de los centros de salud porque tienen un embarazo de alto riesgo y en los centros de salud no pueden manejar alto riesgo, se maneja acá, con un consultorio una vez a la semana...

E: - Esta... Eh, ¿se garantiza la decisión de las mujeres en la toma de decisiones con respecto al parto, a las intervenciones y eso, y a la intimidad y a las pautas culturales?

O 2 : - por supuesto, esa parte de la Ley es de Maternidad Segura y Centrada en la familia, se respetan todos sus ejes.

E: - Aja... eh, ¿y hay situaciones en que las familias no acepta las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso de parto o post parto?

O 2 : - No... cuando se le explica bien no, no hay resistencias...

E: - ¿Y en el que caso de que hay como se resuelve, en el caso de que haya por ahí alguna resistencia o nunca se la ha presentado?

O 1 : - En realidad no, no hemos...

O 2: - Si...

O2 : - No hemos tenido resistencia, lo que hacemos es intentar que en cada paciente explicarle a la familia porque se toma esta decisión, porque se va a hacer, y si siempre le damos la explicación... porque en realidad el embarazo es de ella, lo que nosotros tenemos que hacer es explicarle porque se va a tomar la decisión y porque se va a hacer. Es decir, no es que

querramos justificar, hay prácticas que se tienen que hacer, entonces bueno, se le indica a la familia, a la paciente específicamente que es lo que vamos a hacer

O 1 : - Para que sea participe de su decisión justamente

E: - Claro, eh... ¿y entonces las mujeres pueden elegir, como plantea la ley, cuando hay procedimientos de intervención alternativos? ¿Puede elegir?

O 1 : -Si, por supuesto, si, si... siempre que...

O 2: - Mira que acá no se la obliga a nada a la paciente, eh! la paciente no está obligada a nada acá.

E: - No , no...

O 2 : - Ella decide cuando nosotros le podemos ofrecer, supónete un trabajo de parto largo, en el cual la paciente no quiere que se le haga anestesia pero el parto se empieza a alargar y hay situaciones en las cuáles nosotros necesitamos que la paciente esté con una peridural, se le ofrece la peridural, por qué? Porque necesitamos que mejore su estado y, a veces, porque nosotros tenemos que tomar conductas donde tenemos que tener la peridural hecha. Entonces se le ofrece, pero no es que nosotros le decimos: - che, hacéle la peri nomás... no, no. Nosotros le ofrecemos una práctica que hace tiempo atrás no se hacía y que ahora se hace y que da muy buen resultado, no es que nosotros no... lo hacemos porque se nos canta, ¿esta? Está demostrado, pero se explica a la paciente el por qué se la hace esto o porque se la va a hacer una cesárea...

E: - Y si, por ejemplo...

O 1: - Incluso la paciente puede venir y pedir yo quiero que me hagan una cesárea, bueno le explicamos cuales son los riesgos y por qué pretendemos hacerle un parto, ¿estamos?

E: - Claro.

O 1: - Porque ahora hay mucha tendencia que piden... ustedes son dueñas de su cuerpo y pueden decir... y nosotros tratamos de verlo, de darle la mejor calidad de atención. En realidad, lo que nosotros tenemos que lograr es calidad fundamentalmente.

E: - ¿Y esto que se está usando ahora del plan de parto que leí que lo estaban utilizando acá?

O 1 : - Lo estamos recibiendo nosotros y lo estamos tratando de usar... lo que pasa es que también tenemos un pequeño inconveniente que de infraestructura y de número de partos. Tratamos de cumplirle pero hay ciertas cosas que... que todavía no están implementadas y que estamos tratando de implementar...

E: - Claro...

O 1 : - Nada más. Pero es una cuestión de infraestructura, no es que no la cumplimos, tratamos de cumplirlo, pero hay ciertas y determinadas cosas que no se pueden hacer acá adentro, que

se yo... si vos me decís... ¿se puede bañar en parto? No, no se puede bañar en parto porque ahí tenemos un inconveniente que lo estamos solucionando que es que tenemos que solucionar unas pequeñas perdidas que están en el baño que gotea abajo, gotea en el quinto, pero bueno, es solo una cuestión de infraestructura nada más, pero si lo tuviéramos y lo tendríamos que implementar si se quiere bañar o si quiere deambular y lo tenemos implementado, bueno, puede hacerlo, no es que la señora está sometida a un claustro que no puede salir... no, no, no es así... estamos? Ese es el concepto que está teniendo mucha gente que acá en la maternidad nosotros la tenemos y las obligamos... no, no es así...

O 2 : - No es verdad, no es verdad...

E: - Eh... bueno con respecto al recién nacido, ¿Qué intervenciones se realizan y quienes la realizan?

O 2: - Eh... el bebé nace, se lo damos a la mamá, la mamá lo tiene en el pecho, tenemos un neonatólogo siempre en sala de parto, siempre... que en realidad tiene que estar un neonatologo... ahora hay una discusión con respecto a que la recepción de un chico de bajo riesgo lo puede recibir un pediatra... eh... no estamos en desacuerdo, pero en realidad la seguridad de tener un neonatologo en sala de parto es fun-da-men-tal, no solo para el chico, sino para el obstetra también, porque hay un porcentaje aunque es bajo, que aunque el parto venga normal, se puede complicar y teniendo una persona especializada en el manejo vos podés salvarlo, entonces generalmente le hacemos la menor intervención posible, con ligadura tardía de cordón, con... el apego del chico, los controles, lo que pasa es que a veces, en el número de partos que hay acá no se puede hacer eso porque necesitamos la sala de parto para otra paciente pero estamos tratando de implementar a ver como lo podemos manejar para tener el apego, nose si en dos horas, pero vamos a tratar de darle el máximo posible de tiempo para que este con su mamá. El bebé sale de sala de parto con su mamá, ¿esta? Y bueno, si el bebé tiene alguna complicación nosotros tenemos la neonatología con el personal médico, los neonatólogos, que resuelven los problemas, ¿esta? Pero tratamos de que el bebé... este con su mamá y con familia, lo tratamos... por eso tenemos una... una neo abierta... la madre entra y sale todas las veces que quiera...

E: - ¿ Y al padre como se lo incluye en ese proceso?

O 2: - El padre está en todo momento... la paciente ingresa, ingresa por la guardia, esta su esposos o el papá o familiar que quiera, pasa por parto, esta con ella durante todo el trabajo de parto. Puede ser que este el papá, la mamá, la hermana, la tía, y pasa a sala de

parto, pasa con el esposo, esta con el esposo o quien quiera la madre, está al lado de ella permanentemente...

E: - ¿Y en la cesárea también?

O 2: - En la cesárea ahí tenemos un pequeño inconveniente porque tenemos que tener la asepsia del lugar, porque estamos haciendo una cirugía, no es una cirugía sencillita, es una cirugía abdominal, entonces estamos tratando de implementar para tener una ropa necesaria para que pueda entrar el papá. Estamos entrando a un quirófano, no estamos entrando a un lugar que la cesárea es una cosa tan simple... no, la cesárea tiene mucha complicación por eso tratamos de evitarla, esta? Cuando tengamos los medios adecuados y la infraestructura adecuada para esto los vamos a dejar entrar. Primero tenemos que tener lo básico de todo para esto que es preparar a los padres para que entren, para eso tienen que tener la ropa, porque tienen entrar como entra un cirujano, como cualquier personal que está en un hospital, y tiene que entrar la circulante, la instrumentadora, los anesthesiologists, todos están preparados para entrar, no pueden entrar, no puedo entrar yo con ropa de calle al quirófano, esta?

E: - No... sí, seguro. Eh, ¿Cómo se promueve la lactancia en el proceso y en el caso de los recién nacidos en situación de riesgo?

O 2: - y... eso nosotros tenemos un personal acá que hace la estimulación... eh... dentro de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia, la lactancia juega un eje importantísimo, nosotros tenemos casi el 97% de las pacientes y de los niños que se van con lactancia pura.

E: - Claro... ¿Y el vínculo cercano de la madre con el hijo como se fomenta?

O 2: - ya te digo, nace el chico y se lo ponemos en el pecho de entrada... y tratamos en la neo cuando son muy chiquitos y se puede, dárselos a la madre para que lo tenga, pero lo hacemos en forma temprana, cuando más temprana sea mejor.

E: -¿Qué cree necesario que hay que hacer para lograr una mejor implementación de la ley de parto humanizado dentro de la maternidad?

O 2: - Nada, nosotros tenemos un comité en el cual estamos permanentemente con lo que sería una formación continua, un aprendizaje continuo para tratar de implementarla. Eso es la que estamos haciendo, de forma continua, no es que lo dejamos, no, tratamos de implementar, hacemos reuniones, por supuesto que no imponemos porque no se puede imponer, porque si se impone entran en rebeldía y después es peor, entonces lo estamos tratando de imponer de a poco. Estamos tomando los recaudos para empezar, ya empezamos con algunas cosas como por ejemplo la presencia del padre en todos lados,

ahora estamos haciendo el apego, estamos tratando de... de incorporar, vamos a tratar de incorporarlo ya que el padre pueda entrar a quirófano, y la información que hay que darle a la madre, que la ley establece se la estamos dando, es decir, le estamos explicando... siempre se explicó en la maternidad, no es por la ley, siempre aunque no estuviera la ley, se le explicaba a la paciente absolutamente todo, que practica se iba a hacer, porque se iba a hacer cada practica...

E: - Y una consulta que me surgió ahora, cuando decías que la madre tiene ingreso irrestricto a la neo ¿el resto de la familia como lo manejan?

O 2: - también los dejamos entrar, lo que pasas es que tenemos que hacer horario porque tenemos 30 unidades, si entran los 30 familiares de cada uno no tengo lugar, no puedo...

E: - Claro.

O 2: - y encima es una zona de altísimo riesgo en el cual tampoco tengo que tener... tratamos de que se incorpore, un día entra la madre, algún día entra algún familiar, tratamos pero no puedo hacer entrar a todo el personal, a todas las familias, pero van entrando, lo van viendo, estamos? Tenemos horarios, ahí sí... tenemos horarios donde suele entrar un familiar.

E: - Y, otra cosa... con respecto a la problemática de adicciones, ¿Cómo lo manejan?

O 2: - nosotros tenemos acá un servicio de salud mental, y tenemos psiquiatras y tenemos dentro del grupo también, que le dan apoyo

E: - Claro, porque era uno de los puntos que establecía la ley, por eso preguntaba, porque me llamo la atención.

O 2: - Si, nosotros tenemos un grupo de gente, es decir, tenemos un comité que maneja todo el tema de adicciones que bastante frecuente, no?

E: - Esta... Bueno, además de lo conversado desean abordar algún otro aspecto que consideren relevante?

O 1: - no, no, nada...

O 2: No, nose si vos querés preguntar alguna otra cosa...

E: - y una consulta, desde que se reglamentó la ley, ¿han tenido alguna denuncia sobre incumplimiento o algo de eso?

O 1: - No, al contrario, al contrario...

E: - No, era porque lo establece un artículo entonces...

O 2: - no, nosotros no tuvimos ningún inconveniente hasta ahora de nada, incluso estamos recibiendo el plan de parto, lo analizamos, lo aceptamos, pero le decimos que tenemos

ciertas limitaciones, estas limitaciones del punto de vista de infraestructura, no del hecho de las relaciones humanas, de infraestructura, ya te digo, fundamental...

E: - ¿El plan de parto a quien se lo presentan cuando lo traen?

O 2 : - el jefe de servicio.

E:- Ah, directamente...

O 2: - El jefe de servicio es el que maneja el plan de parto porque el jefe de servicio es el que maneja y está en contacto con la gente

E: - Y eso lo manejan con el centro de salud previamente?

O 2 : - Van al centro de salud y traen el plan de parto aca...

E: - Claro...

O 1: - lo traen y el plan de parto se analiza...

O 2 : - Tengo limitaciones con el plan de parto

O 1: - Acá hay una satisfacción enorme... no te olvides que esta maternidad es la primer maternidad de la provincia, la tercera en el país y cada vez hay más gente, históricamente fue así.

O 2: 4500 partos al año...

O 1 : Esta es una maternidad referente, es una maternidad referente...

E: - Ah, sí.. les iba a pedir si tienen la estadística de 2016

O 1: - 4590 en 2016, 4500 nacimientos...

E: - Un montón, bueno ya está.. muchas gracias...

O 2 : - Muy bien.

Entrevista jefe de servicio de obstetricia:

E: - Bueno, la primera pregunta es ¿Cuál es su profesión, cuánto tiempo lleva recibido y cuanto ejerciendo en esta institución?

Obstetra 1: - bueno, soy obstetra, de recibido tengo... que se yo... haber... del 71, así que fíjate vos... del 71 son 46 años, y acá en la institución hace 44 años, con algunos años que estuve fuera del país que no estuve, pero sino ingresé a la institución hace 44 años, nada más... no es tanto – risas-.

E: - ¿Qué conocimientos tiene sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, “*de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*”? ¿cómo accedió al conocimiento? ¿realizo cursos o capacitaciones o fue por disposiciones institucionales?

Obstetra 1: - No, no realicé cursos ni tampoco fue por disposiciones así formales institucionales, sino que fue por haberla leído, eh... ahora por el numero así exactamente como vos me estás diciendo, como hay varias que están vinculadas al ejercicio de la profesión nuestra, hay varias... pero sí, las tengo leídas a todas... pero leídas por voluntad propia, en ningún momento...

E: - Está... bueno, ¿Qué manifestación instrumental practica tiene esta ley a la hora de trabajar?

Obstetra 1: - bueno, yo creo que se cumple en casi todos los aspectos... este es un tema que surge cuando... bueno, ahora hay parejas que vienen con el plan de parto donde ahí hacen todo un relato del marco conceptual y legal, y piden como quieren que sea su parto... la semana pasada hubo una paciente, y en realidad, es una de las cosas que se están contemplando... de todas las que están contempladas hay una que es la que menos se cumple, que todavía no está instrumentada es el acompañamiento de una persona, del marido o de quien determine en la cesárea, ingresar a la cesárea.. después el acompañamiento lo tienen permanentemente, pero te digo también lo que le digo a la paciente cuando viene con esto, nose si todo el tiempo y todas las veces se van a poder cumplir, porque hay algunos condicionantes que tienen que ver con el personal, los seres humanos que en ese momento que la van a asistir, como sucede en la vida cotidiana, viste? Hay gente que no hace falta que hay que respetar al otro y por ahí no lo respeta... esta situación por ahí se da... se dió con una paciente que no respeto a un integrante del equipo de salud, descalificó a una enfermera que le hacía algunas preguntas porque ella enfermera y ella se las podía decir al médico... entonces yo creo que eso esta... o sea, hay cosas que son inherentes a la vida de relación y al respeto entre las personas que debemos tener entre todos, o sea... por eso, el término “respetado” se empezaría por preguntar cuál

sería el otro, el que no es respetado... o sea, si hay un parto respetado, cuál parto sería no respetado? O sea,

que para mí la terminología no es feliz... interpreto lo que uno quiere decir cuando se utiliza, pero se hace referencia más a intervenciones puntuales que al respeto como persona humana, este... pero en general, diría que en gran parte que algunas pacientes que tienen más conocimientos de sus derechos, que no son todas, obviamente... piden en esa situación, en general ahora se pueden cumplir, antes que no, cuando estábamos allá, porque tenemos posibilidades físicas de acompañamiento en todo el proceso, salvo, te vuelvo a decir, el acompañamiento en la cesárea... el resto, te diría que estamos... ahí.

E: - ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina desde que llegan las mujeres y sus familias a la institución hasta el post parto?

Obstetra 1: - eh... yo no hago tarea asistencial directa, o sea que... hago más tarea de gestión y de docencia...

E: - ¿por qué usted es jefe de servicio?

Obstetra 1: - Yo soy jefe de servicio, sí.

E: - Está. ¿Cómo se garantiza la participación en la toma de decisiones de las mujeres, con respecto al parto, sobre las intervenciones y eso, como a la intimidad y a las pautas culturales?

Obstetra 1: - La intimidad bueno... hay déficit, es decir, yo no te puedo garantizar que en todas las situaciones este en el ambiente donde la paciente está desarrollando su trabajo de parto y el parto, una sola persona o dos... digamos... es un tema a trabajar, a lograr el espacio... es un tema que enfermería también está considerando y tiene previsto en plan de trabajo que participan en el momento del parto, en sala de parto, dos enfermeras, eh... en esta institución es una institución donde hay información de posgrado y de pregrado y... hay prácticas que obviamente no la van a aprender con la paciente, pero la presencian en sala de parto... y este es un tema que estamos discutiendo... haber... las cosas que hay que hacer y está bien que se hagan, y que corresponde que se hagan, hay que hacérselas a todas las pacientes, no solo a las que tienen plan de parto... si todas las pacientes pidieran como algunas piden que no haya nadie más que el medico que la atiende, el especialista y no un médico en formación, que está aprendiendo, tendríamos que cerrar la unidad de formación de posgrado... es inevitable... o sea, esta es la observación que se le hace a las pacientes que vienen y lo plantean, esto es lo que le decimos... podemos limitar al máximo las personas que estén presentes, pero que no va a ser una persona, por el sistema de trabajo no se puede garantizar que si la paciente... en los cambios de guardia ya...

alguien que cabalga entre dos guardias, en su trabajo de parto, inevitablemente hay un cambio de guardia, un cambio de personas y entonces no la va a acompañar una única persona, por lo menos, en el mejor de los casos dos, pero... habitualmente son más personas, o sea que la intimidad, si entendemos por intimidad de que haya una sola persona en todos los momentos no, eso no lo podemos garantizar y no vamos a poder nunca porque es un lugar donde hay información de pre y posgrado, y en pre grado, nos exigen que los estudiantes durante el tiempo que están acá tienen que presenciar por lo menos dos partos, entonces se trata de que sea lo menos invasivo posible, pero...

E: - ¿y con respecto a las pautas culturales?

Obstetra 1: - y con respecto a las pautas culturales... eh... como en todo encuentro de culturas en la historia de la humanidad eh... es conflictiva. Básicamente acá, y eso es un programa que estamos por comenzar, un trabajo de asistencia a la comunidad Qom, que acá hay un número considerado de pacientes, que claramente hay un abismo... cultural y hasta de la palabra, con respecto a esto que es... es grande, es grande... y los que acá tenemos más años lo vemos de los dos solos, en como son los comentarios de lo que son los médicos jóvenes refiriéndose a esas relaciones, que no entienden, que no.. digamos, que no expresan, que no se comunican, cosa que es cierto como lo ven ellos, pero por otro lado, porque lo conozco porque tengo relación con la gente que controla, este... es como que van a la luna más o menos cuando entran a la maternidad, es más o menos lo que... por eso estamos tratando de ver un acercamiento....

E: - ¿y cómo se está planteando?

Obstetra 1: - se está planteando porque en la comunidad Qom hay personas de la comunidad que la acompañan en el embarazo, y hay agentes sanitarios que también de la comunidad que están trabajando y entonces con los médicos que están los centros, estos actores y con gente de la maternidad nos presentamos a un concurso de un programa que hubo a través de la universidad, y entonces la cátedra de medicina y sociedad, con la maternidad, el centro de salud y la comunidad Qom estamos trabajando en este encuentro, sobre la marcha... donde el objetivo es este, lograr una mayor integración, tanto para los que están acá entiendan, y los que están allá puedan al menos conocer el espacio físico, a donde venir, lo que acá les va a ocurrir y abrir la opinión de ver qué cosas quisieran que se... esto que las mujeres quisieran... cuál sería su plan de parto, digamos... esto de la comunidad Qom creo que sería bastante más importante que... que lo otro.

E: - Eh...¿y la participación en la toma de decisiones de las mujeres con respecto al tipo de parto y sus intervenciones?

Obstetra 1: - bueno... la participación de las mujeres en la toma de decisiones es... - suena el teléfono- muy diverso, muy diverso.

E: - ¿y de que dependería?

Obstetra 1: - hay mujeres que por su personalidad, su conocimiento, plantean las cosas que quieren... cuando son cosas que son posibles y que la cultura institucional por ahí no lo tiene previsto son escuchadas, pero las que no tienen esta cuestión se le aplican las pautas culturales institucionalizadas, y es más, la diversidad con respecto a las distintas guardias hacen que no se permite garantizar la homogeneidad, de que todas las personas del salud, enfermeras, médicos, neonatólogos, obstetras van a tener la misma conducta siempre, si siempre dentro de lo que es el conocimiento, el saber, eso establece como limites en lo que es más general, pero tampoco te puede garantizar que alguna vez... esta es una especialidad que es muy compleja porque no tiene... los límites de cuánto dura, se están trabajando ahora y revisando cuánto realmente dura un trabajo de parto espontáneo, natural, dejado librado a la naturaleza... es taaaan variable que... que... los estudios más serios... de hecho una curva que se llama la curva de Friedmann está totalmente en revisión porque los tiempos que se han hecho para decir, bueno cuando pasa este límite de tiempo ya se está alejando de la normalidad, es tan variable que para intervenir ese límite es absolutamente variable.

E: - Claro, ¿y cuál sería ese límite ahora?

Obstetra 1: - Es para cada uno de los períodos del trabajo de parto... el trabajo de parto tiene períodos digamos, este... no me sale ahora el nombre del primer período ahora como es, no me sale... pero cada período tiene un tiempo y hay una curva de Friedman que desde el momento que recién se interna se hace el pronóstico de los tiempos que se tendrían que ir cumpliendo según esa curva, pero esa curva está muy, muy discutida... casi en ninguna institución se utiliza... hay un porcentaje en obstetricia que es de ciencia y un porcentaje que es de arte... la ciencia cuestionada, porque las evidencias científicas indiscutidas son mínimas, mínimas, mínimas... y el arte, algunos son más hábiles como pasa en cualquier arte, algunos demoran mucho en aprender, las curvas de aprendizaje y experiencia son muy distintas y, entonces es una especialidad y donde no hay patrón oro como en otras especialidad, donde “este análisis es positivo, entonces tiene SIDA, o no lo tiene” o “tiene infección urinaria o no tiene infección urinaria”, en obstetricia uno dice “bueno, vamos a esperar un poco más, yo esperaré” o “no, que vamos a esperar, y se... se complica?” eso... eso invade todo o gran parte, entonces es compleja... nos están... claro, vos me embalas porque con las preguntas me mandas a cosas con las que estaría toda la

mañana... - sonríe- pero, bueno, yo lo que veo después de muchos años de estar en la obstetricia es que estamos en un punto bastante crítico, donde probablemente cada vez haya menos vocación para atender partos porque va a haber mayor cantidad de juicios porque se nos juzga con una ley, y en la práctica no tenemos los recursos... no digo los recursos porque nos falte plata, que no nos compren, no, no digo esos recursos, pero los recursos científicos, institucionales... en la práctica médica privada es uno a uno, el medico tiene que atender una paciente... hace 15' minutos estuvimos hablando de esto en el bar, 15' minutos... y uno tiene que empoderar... la política consiste en empoderar a las mujeres sobre esto y que ellas exijan a su médico, este... esa es la estrategia de sectores importantes, esa es la estrategia que se está planteando porque modificar la cultura es muy pesado, y entonces es como que es más fácil y a lo mejor más... democrático que sea el empoderamiento de las mujeres. Esto va a llevar, paulatinamente, porque el medico que trabaja uno a uno, vos sos mi paciente, y además se genera un vínculo de... de dependencia, “- hay doctor, ¿usted va a estar? No, no, yo quiero que este... - No, mira yo me tomo vacaciones, o por ahí tengo hijos y se enferman, puedo no venir... “, yo hablo desde mi práctica, que ahora no hago más... “- ah, no.. pero cómo, yo quiero que venga, si le tengo que pagar, le pago...”, o sea que los médicos obstetras están comprados en su libertad individual y personal, están comprados que tienen que estar las veinticuatro horas, de todos los días del año, disponibles, número uno de su responsabilidad es que una paciente que esta en trabajo de parto, un trabajo de parto normal, que podría atenderla cualquier médico que este de guardia, pero no, tiene que atenderla él, porque sino la mujer esta como desvalida... yo soy crítico de este sistema, pero cambiar este sistema que permitiría modificar algunas cuestiones, porque si yo me acuesto a las dos, con qué ganas me voy a levantar a las cuatro si me llama una paciente, con qué ganas voy a esperar doce, catorce horas... seguramente a la menor insinuación de la madre que dice “doctor, mi hija está sufriendo mucho... doctor, haga algo”, seguramente le diga “-sí, tenés razón” y le haga una cesárea y estamos los dos contentos, ella que no corre riesgo y yo que estoy reventado me puedo ir a descansar, eso... todo eso no está considerado cuando se analizan todas estas cuestiones, y hasta que no pongamos todo en la mesa, en una bolsa, y se analicen todas las cuestiones que abordan... entonces hay que modificar el sistema, bueno, fenómeno, yo atendiendo de esa manera, yo puedo tener un número, si atiando, si le calculamos ocho horas de trabajo, que no van a ser ocho, porque un día son ocho, otro son veinticuatro, otro son seis, podría atender un número de partos muy... mucho menos de lo que atiando en este momento y tendría que ganar mucho más para poder vivir de su

trabajo y no de otra cosa... o sea, que hasta que no se entre en todo eso seriamente, eh... me parece que hay una, hay una... hay una falta de sinceramiento que, que cada uno lo ve desde su punto de vista, y hay sectores que quieren empoderar, y entonces le dicen, colegas, he visto escrito, le dicen... “señora, si su médico le dice esto, le dice lo otro es que esta...” es decir, la ponen en una actitud confrontativa y de análisis de cada una de las conductas, entonces donde el médico le dice “no, mira el chico está sufriendo, que se yo...” ella desconfía que no sea un argumento para... entonces se genera una relación médico-paciente que no es buena para ninguno y estamos en ese punto... entonces va a haber cada vez menos médicos que se dediquen a la obstetricia... hay otra corriente de volver a las parteras, que estaría bueno, pero... los organismos que tienen que tomar esas decisiones son la universidad, las instituciones médicas...

E: - Porque en Buenos Aires se manejan de ese modo, con parteras...

Obstetra 1: - En Buenos Aires, se manejan con parteras, en muchísimos lugares... En Buenos Aires y en muchísimos lugares del mundo...

E: - Claro, me llamó la atención la poca distancia que hay y que distinto que es el sistema Entre Buenos Aires y Rosario.

Obstetra 1: - Lo que pasó acá en Rosario fue que acá había una escuela de parteras que funcionaba en esta maternidad, en el año setenta y pico, yo estaba fuera del país, se cerró esa escuela.. es un tema también porque se cerró, pero se cerró por una historia que había media gris de la participación de las parteras en algunos ámbitos, y con ese argumento, en vez de mejorar eso, se cerró... y se las reemplazó por los médicos residentes, los concurrentes, y todo el espectro de la obstetricia.

E: - Claro... Bueno, vamos a las preguntas de vuelta. – Sonríe-

Obstetra 1: Sí, nos fuimos mucho, pero bueno, son entrevistas cualitativas lo tuyo, así que después vas a tener para analizar bastante, todo el laburo que te va a llevar... - Sonríe.

E: - Si, son varias aparte... pero esta bueno, bastante interesante lo que está planteando.

Obstetra 1: - Que bueno.

E: - Bueno, la próxima pregunta dice ¿hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso de parto o post parto? Si hay, ¿Cuáles puede describir? ¿cómo se resuelven esas situaciones?

Obstetra 1: - Mira... situaciones que no acepten... es variable, eh... hay más situaciones en que las familias piden terminar con el sufrimiento, que porque no se hace una cesárea... hay... hay situaciones de ese tipo... y desde acá, en los equipos, hace años se la trataba de convencer de la conveniencia del parto por vía vaginal, pero el tema de los juicios ha

hecho que ante una presión familiar mediana se mire con bastante más simpatía a hacer una cesárea, por los riesgos también incluidos que después ese chico ante cualquier problema que pueda aparecer en el trabajo de parto, la responsabilidad va a ser del médico y de por qué no le hizo una cesárea a tiempo, y que se yo, entonces ese es uno de los motivos de por qué aumentan las cesáreas... son muchos los motivos, que se yo, pero este es uno. Otra situación es que hay mujeres que ya vienen de antes con la idea que ellas no quieren tener un parto por vía vaginal porque tienen miedo, porque no van... y no es posible hacerle un parto vaginal si la paciente no quiere tener un parto vaginal porque ella es la actora principal... antes le decíamos que no, que bueno... es como que la obligábamos a tener un parto vaginal, pero después que empezó este cambio de época, de leyes, juicios y todo incluido, eh... una paciente que no quiere pasar por un trabajo de parto y quiere una cesárea electiva, se le hace... ese deseo de ella se le cumple, se le trata de explicar, figamos, la ventaja de un parto vaginal, los mayores riesgos de infección, todo eso y demás, pero si ella insiste, que ya conoce, y que se yo, se le acepta la cuestión. Serían dos situaciones que te estoy diciendo de pedidos, eh....

E: - y después, por ejemplo, si no quieren ninguna intervención o la menor posible, por ejemplo?

Obstetra 1: - Y también... los planes de parto que están trayendo, por ejemplo, que algunos ya están pre codificados, que dicen todos lo mismo, y demás... aunque no son todos exactamente iguales, algunos son más light que otros, no son tan rígidos, hay otros que los adaptan a ese y ponen su propio, modifican... la última chica que vino estaba bastante modificado, ella puntualizo en cosas que se le pudieron cumplir, incluso tenemos la notita en donde agradecía, que se yo... y yo le dije antes, cuando ella vino a plantear, yo le dije lo que te estoy diciendo a vos, que la mayor parte de las cosas las podemos cumplir, pero yo no te puedo garantizar que haya cosas que no pasen, porque no puedo, es como si alguien pudiera en su... en una empresa donde trabajen cien personas decirle que le garantiza que las cien siempre... no, no se puede, porque las personas un día están de una forma, otro día están de otra... y es tan difícil, tan difícil uniformar las conductas y a veces no se puede... pero, en general, cuando están estos pacientes que piden... algunas no quieren... esta chica, por ejemplo, antibióticos, tuvo una conducta que rompió la bolsa y no vino a internarse como nosotros recomendamos por los riesgos de infección, espero más de veinticuatro horas con la bolsa rota, cosa que nosotros... no está dentro de nuestro plan de trabajo... aparte llamo por teléfono diciendo que paso eso y que no iba a venir, o sea que... - interrumpe el celular sonando y atiende, y posteriormente golpean la puerta-

Eh... no se internó, así que cuando vino se le planteo la importancia de hacerle antibióticos para... prevenir la posibilidad de una infección, lo acepto, así que le hizo una vía para poder hacerlo. Ella no quería al principio esto, pero a través de un dialogo lo acepto. En general, estuvo sola, digamos, con una sola persona, pero hubo momentos que estaban los residentes y no... o sea... se... se acomoda... o sea que la ley se hizo un poco... o sea, yo después averigüe un poco quienes habían participado en la confección de la ley, si eran organismos profesionales y que se yo y no... o sea, me parece que es una ley que debiera ser revisada, porque tiene aspectos negativos y otras cosas que van a influir a lo mejor sobre la practica negativamente, me parece...

E: - ¿Cómo qué?

Obstetra 1: - me parece... digamos... una ley que regule las relaciones humanas? - piensa unos segundos- Es difícil que contemple todas las situaciones, tiene que ser orientativa, es decir, tiene que decir “bueno, vamos para allá”, no... vamos para allá, pero vos empezas con el pie izquierdo el primer paso, después el otro tiene que tener ochenta centímetros cada paso, y así, me parece que es demasiado, pero, este... estamos en eso...

E: - Bueno, con respecto... bueno, esta no tiene mucho que ver con la obstetricia porque se refiere más a los recién nacidos... ¿cuáles son las intervenciones que se realizan con el recién nacido y quienes la llevan a cabo?

Obstetra 1: - Bueno, la llevan a cabo los neonatólogos, y cuáles son, mejor charlalo si, con ellos, los neonatólogos.

E: - Sí... eh... con respecto a la lactancia y como se fomenta acá el vínculo cercano de la madre con el hijo...

Obstetra 1: - Eh... acá digamos, esta es una maternidad amiga de la madre y el niño, la característica de eso, para categorizar en eso, está muy pegado a la lactancia, es una cosa que se hizo históricamente en la maternidad y que se sigue haciendo, con altibajos, por ahí hay algunos actores que son más fundamentalistas y tiran del medio para un lado, por ahí afloja un poquito y se va... pero, te podría decir que es una cuestión que se trabaja en la maternidad, que hay gente que... se modificó la modalidad de trabajo de enfermería en un tiempo, había enfermeras específicas para.. esto se modificó, pero se trabaja en eso, hay grupos muy calificados, básicamente enfermeras y neonatologas, con algunos altibajos... las pacientes acá están dos o tres días, si bien son dos o tres días importantes, después se van y mi impresión es que no está bien trabajado el sostenimiento después, entonces ante algunas cuestiones como que no aumentan de peso o no se prenden bien hay muchos actores alrededor que le suplementan, le complementan, y terminan después eso

convirtiéndose en lactancia mixta y después de la lactancia mixta a la leche artificial... o sea, pero me parece que acá se está... es una maternidad que en ese sentido... o sea, siempre es mejorable, pero me parece que eso acá está bien.

E: - Eh, bueno... ¿Qué cree necesario para lograr una mejor implementación de la Ley de Parto Humanizado dentro de la Maternidad?

Obstetra 1: - Eh... el trabajo con... con todos los actores del proceso, nada más, no, no hay... está bien, si nos ponemos firmes en algunos detalles de espacio físico y demás... pero la verdad es que no... no es la limitante real, lo que hace falta es el trabajo con todos los integrantes del equipo de salud, con enfermeras, médicos, neonatólogos, obstetras, este... admisión... con todos los que forman parte de la maternidad... es más trabajo, es trabajar más a ese nivel y lo estamos... estamos... estamos en eso, estamos produciendo cambios.

E: - Bueno, además de lo conversado ¿Desea abordar algún aspecto de la Ley que considere relevante?

Obstetra 1: - No... yo creo que lo anterior cuando hablamos... yo creo que esto es... es una especialidad este, que además, podría pasar un aviso, que también sirve para concientizar, no? Por un lado, yo diría que esta esta corriente del parto natural, no? Más que respetado, acompañado, la palabra respetado no me gusta para nada, porque sino habría uno no respetado, poner oxitocina, más o menos, no es no respetar... la capacidad, yo te dije antes que hay una parte que es de ciencia y una que es de arte, la parte que es de ciencia se está ampliando aceleradamente el conocimiento, pero no solamente referido... desenfocar un poco más el momento del parto y enfocar un poco más en todo el proceso de embarazo, que gran parte de las cuestiones de salud se definen en ese periodo, no en las cuatro, seis, doce horas que puede durar el trabajo de parto, y hay más cosas que se definen en ese tiempo que en este, y ese tiempo cada vez hay más información y conocimiento para tomar conductas, y quien esté haciendo esto, está obligado en ir informándose en todo eso, para poder tener una asistencia, digamos, adecuada, con el conocimiento que se va actualizando, ese es un aspecto, y otro aspecto, que es el arte, es la práctica, en lo cotidiano, de hacer partos, y demás, que se va adquiriendo y yo considero que quien hace esta especialidad tendría que hacer esto, y que las organizaciones del estado están más dirigidas a promover la especialidad de gineco obstetricia que los que hacen esto, además de hacer esto también hagan ginecología, con lo cual, los dos universos, tanto el del conocimiento, como el de la practica están en déficit, el conocimiento porque no se puede actualizar con todo esto y también en todas las cuestiones vinculadas con la ginecología, y en la práctica ni hablar porque atienden unos pocos partos porque es redituable

económicamente y después a esa paciente la tienen... pero están más orientados a la ginecología que no hace falta estar las veinticuatro horas pendientes y adquieren una práctica y una experiencia de hacer partos mucho más limitada, entonces creo que es contraproducente, pero hay clara... definición en promover la gineco obstetricia y eliminar la obstetricia como carrera, y para mí es un error, que se va a percibir cada vez más en el tiempo... cuando haya menos, ya estamos viendo, menos personas que estén dispuestas a... a dedicar, que se pueden salir porque empiezan a tener otros ámbitos y otros espectros de trabajo, que se van saliendo, primero por el esfuerzo de la práctica que es cuerpo a cuerpo, y muchas horas de trabajo, y por otro lado, por el miedo a los juicios de mala praxis... es la especialidad que más juicios de mala praxis tiene, por lejos, lo que significa que también el seguro d mala praxis es más caro porque, este, el riesgo es más alto, entonces me parece que se matando a la gallina de los huevos de oro, eso te agrego.

E: - Bueno, muchas gracias.

Entrevista obstetricia 2:

E: - La primera pregunta es ¿Cuál es su profesión? ¿Cuánto tiempo lleva recibido? ¿Y cuánto ejerciendo en esta institución?

Obstretra2: - Mi profesión es toco ginecología, me recibí en el año 1996, y hace del 2007 que estoy fijo en la Maternidad Martín, pero hace que ejerzo acá... empecé en el año 2001 con reemplazo de guardia y semi residencia en el año '96 .

E: - ¿Qué conocimientos tiene sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, “*De derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento*”?

Obstretra2: - Mira, esa es una -ley bastante conocida acá, inclusive nosotros tuvimos que investigarla bastante bien, porque yo tuve que concursar el cargo de jefe de clínica hace... un mes atrás, así que es una ley bastante conocida acá en la Maternidad.

E: - y sobre esa ley, ¿realizo capacitaciones o cursos? ¿o hubo disposiciones institucionales sobre eso o...?

Obstretra2: - No se hizo, no... ni disposiciones institucionales ni cursos hubo... es una ley difundida pero no que haya venido ni el Ministerio a presentarla ni que se hayan hecho cursos de capacitación.

E: - Eh.. ¿Qué manifestación instrumental practica tiene esta Ley a la hora de trabajar?

Obstretra2: - Instrumental practica?

E: - ¿Cómo la implementan?

Obstretra2: - ah, bueno, no... es una ley que en realidad su implementación está a cargo de cada médico, no es que vos tenés un lineamiento institucional firme, con normas que, digamos, estén publicadas en las paredes, ni que estén siendo editadas, o auditadas quiero decir, o sea, no hay una auditoria fija sobre la ley, eh... y tampoco una disposición... no hay, no existe... pero te quiero decir otra cosa, tampoco sobre otras leyes, o sea... en general las leyes no son impuestas, es decir, esto es algo que tiene que conocer el medico pero vos... la Ley de Parto Respetado, al Ley de, por ejemplo, la Maternidad Segura y Centrada en la Familia, es decir, son cosas que están publicadas pero no... la institución tiene que cumplir con, de alguna manera, una auditoría global sobre las practicas, eh... pero no, no es la forma de cumplirla, o sea... haber, la ley se publica, pero no se publica la forma de cumplirla, no se publica una auditoria sobre la ley, por lo cual ninguna de las leyes, tanto esta como todas las otras no se auditan, no hay una forma de seguir las, no están siendo auditadas ni por Ministerios ni por Secretarías, que es que yo planteo en el concurso, tenemos que tener una forma de... de poder guiar el cumplimiento de las leyes, tanto de esta como de otras que hay acá, por ejemplo, a ley de... de interrupción del

embarazo... no, ley no, es una normativa lo que esta vigente, pero lo mismo, esas son normativas y leyes que no se auditan, esta?

E: - Claro... eh, ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina a las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta el post parto?

Obstretra2: - Yo ya hace que tiempo que no hago más... que no atiando más partos en la institución, digamos, yo estoy ahora con un cargo de jefe de clínica, entonces mi trabajo acá es el control de las embarazadas de alto riesgo, en los consultorios de alto riesgo, que vienen con derivaciones de los centros de salud y derivaciones de la guardia que son situaciones de alto riesgo, eh... entonces hago el seguimiento de esos casos de alto riesgo, embarazos con... con patologías, y después yo tengo a cargo la parte de cuidados especiales de la Maternidad Martin, es decir, la evolución del puerperio de las pacientes que han tenido un parto que puede ser normal, como puede ser patológico y, además, de las pacientes internadas en el sector de cuidados especiales, después... los fines de semana, es decir, que los jefes de clínica nos encargamos del pasaje general de toda la Maternidad Martin, tanto sea puerperio de alto riesgo, puerperio bajo riesgo y... internación de cuidados especiales, o alto riesgo obstétrico.

E: - Perdón, ¿la internación de cuidados especiales serían las mujeres que están embarazadas que tienen embarazos de alto riesgo?

Obstretra2: - Exacto, lo que se llama alto riesgo obstétrico.

E: - Claro... eh, ¿Cómo se garantiza la participación en la toma de las decisiones de las mujeres con respecto al parto y sus intervenciones?

Obstretra2: - Eh... a ver... la pregunta de cómo se garantiza es difícil de responder porque garantía de la toma de decisiones no se si hay... tendría que haber un consentimiento informado y solamente hay un consentimiento informado en el plan de parto, o sea, al paciente que no viene con un plan de parto no hay forma de garantizarle... eso tiene que ver con lo que se llama relación médico-paciente, la relación médico paciente en la institución es una relación muy buena que todo el tiempo se está pensando desde los jefes de clínica, los jefes de guardia a los médicos residentes en formación, pero... garantizar en la formación, la única forma de garantizar es que alguien este... mirando, este todo el tiempo evaluando, pero no... nose como se puede garantizar, es decir, se puede garantizar siempre y cuando uno lo firma y después tiene una... una evaluación de la paciente, no cierto? Primero no hay evaluación de la paciente, y después consentimiento informado sobre estas leyes no hay.

E: - y... y el derecho al resguardo de la intimidad ¿se garantiza?

Obstretra2: - Y es lo mismo... es lo mismo. O sea, nosotros acá tenemos box de parto que son individuales donde está la paciente con su pareja o familiar o la persona que ella elija para acompañarla, es decir, realmente uno trata de hacer el amor hincapié posible sobre esto, pero desde nuestro punto de vista como médicos tampoco tenemos la obligación de garantizar la intimidad de cualquier profesional como ser una enfermera, o varias enfermeras juntas

E: - Si, igual es a nivel de la institución...

Obstretra2: - Bueno, a nivel institucional obviamente uno... este es un trabajo más en conjunto y multidisciplinario y, cada uno de los sectores, cada una de las personas que intervienen está preparado para esto, o en teoría... en teoría, te lo voy a decir así, se tendría que haber preparado para esto, o sea... yo no puedo responder por todos, pero si la institución tiene un claro perfil hacia tratar de que el trabajo de parto y el parto sean lo más íntimos posibles... como toda institución que es un hospital escuela, porque esto es así, nosotros médicos en formación, enfermeras en formación, etcétera, entonces en el momento del trabajo de parto y en el momento del parto también hay veces que hay mucha gente presente, con lo cual la intimidad, se ve un poco debilitada pero eso depende de cómo... de cómo lo ve cada paciente, son todos médicos, o sea, son todos profesionales, me explico?

E: - Claro... ¿y el resguardo hacia las pautas culturales de las personas?

Obstretra2: - Y eso... a nivel de Argentina es una debilidad muy grande, porque en realidad hay pocas... pocos sectores que tienen una cultura muy diferente, eh... por ejemplo, sectores que son muy de esta región que son, por ejemplo, eh... los tobas, por decirte, ¿no cierto? Son sectores que son, o razas que nosotros tenemos acá en muy poco, muy poco, eh... porcentaje, distinto a lo que es el norte, eh? Eh... Salta, Jujuy... donde por ahí vos vas a encontrar culturas que son más, por ahí, eh... más minúsculas, más minoritarias y acá no las vemos, acá en general las pacientes eh... no a nivel... no del nivel sociocultural, pero a nivel cultural estamos todos eh... en la misma raza cultura, eh... inmersos, ¿me explico? Con lo cual no hay una gran discrepancia, salvo esto que yo te digo que son... son unas minorías, entonces la institución no está, eh... eh... digamos, orientada a un sector minúsculo de la población, está orientada a atender la gran demanda de la población, o sea, si? En otras regiones o en otros lugares, como en Bolivia o en Perú, tienen sectores de maternidades que están destinados específicamente a cierta población, pero no son tan minoritarios, entonces los recursos lo pueden destinar a eso, ¿esta? Pero acá los recursos

tendrían que ser enooormes para una minoría... yo creo que ese punto no está... no está trabajado.

E: - bueno... eh... ¿hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso de parto o post parto?

Obstretra2: - Sí.

E: - ¿Cuáles podría describir?

Obstretra2: - Bueno, esto que te dije del plan de parto, hay pacientes que este, por ejemplo, no quieren... no tener peridural o no colocarse la peridural en caso de... incluso mucho dolor materno, discomfort materno y prefieren este... en cierta forma tolerarlas como pueden y como se lleve a cabo la episiotomía en caso de que sea necesaria... y si, son varios lineamientos que la paciente puede elegir, pero que al médico a veces también lo condiciona en la toma de las decisiones, eso es un tema, sucede.

E: - Está... eh, ¿entonces las mujeres podrían optar libremente cuando existiesen procedimientos de intervención alternativos?

Obstretra2: - siempre y cuando la paciente sea explícita sobre eso, sí; sino eh... obviamente, eh... el medico está formado para atender casos, digamos, el medico sabe o tiene que saber cuál es la decisión que tiene que tomar en cada caso, ¿esta? Si nosotros le dejáramos libre elección a las pacientes, entonces... no seríamos nosotros quienes atienden a las pacientes, eh?... sería un self service – sonríe-

E: - Eh... con respecto al recién nacido ¿Qué intervenciones se realizan y quienes la realizan?

Obstretra2: - Y bueno, eso tendrías que hablarlo con... tendrías que preguntarle a la gente de neonatología para que te diga específicamente, en torno a las normas que se le hace... lo que sí quienes lo llevan a cabo son las enfermeras especializadas y el neonatólogo que atienden al recién nacido... a todos los recién nacidos los atiende una neonatologa.

E: - ¿y con respecto al corte del cordón?

Obstretra2: - El corte del cordón después eh... el corte del cordón umbilical se hace al minuto, se había planteado entre uno a tres minutos, pero se hace al minuto. En general, tratamos de que el chico descansa sobre el vientre de la madre, salvo que haya algún problema neonatal, que haya nacido deprimido, etcétera, que haga que haya que cortar el cordón antes de tiempo... pero si no ese minuto se espera, se lo deja, se deja pasar para que pase ochenta por ciento de volumen sanguíneo, perdón, ochenta milímetros de ese volumen sanguíneo que queda retenido a nivel placentario pasa en ese minuto y evitamos de esa manera la anemia fetal y, mientras tanto, se genera el vínculo con la madre.

E: - Eh, con respecto a la lactancia ¿cómo se promueve?

Obstretra2: - uf, la lactancia... acá hay cursos intensivos de lactancia, permanentemente hay cursos de lactancia así que eso tendrías que hablarlo con la enfermera Sabrina, que está en el quinto piso, que es la encargada de los cursos de lactancia, pero es... muy activa la promoción de la lactancia materna.

E: - ¿y en el caso de...?

Obstretra2: - (interrumpiendo) por supuesto también en el puerperio, en la sala, no?

E: - Claro, ¿y en el caso que vos atendés los embarazos de alto riesgo también se promueve así en el consultorio acá?

Obstretra2: - Eh, no. Nosotros eh... lo que es los consultorios de alto riesgo, eh... funcionan en conjunto con el consultorio de... de los centros de salud... entonces todo lo que son las pautas de alarma, es decir, cada cuanto tienen que ser las contracciones, que pasa si rompes bolsa, la lactancia materna, según el nuevo modelo de control prenatal de la OMS, el médico del centro de salud tiene que dedicarle cuarenta y cinco minutos de las últimas dos consultas para explicar específicamente todas las pautas de alarma y como tiene que ser la lactancia materna, o sea, esto es... nosotros acá le preguntamos, pero eso es, tiene que ser, una responsabilidad del centro de salud.

E: - Claro. Bueno, ¿Cómo se fomenta el vínculo cercano de la madre con el hijo?

Obstretra2: - desde todo aspecto, en cada momento, pero fundamentalmente... esto es un trabajo permanente del centro de salud, eh...en casos que nosotros vemos que hay alguna alteración psicológica se deriva a la gente de salud mental, por ejemplo... cuando hay gente de muy bajos recursos, hemos tenido casos de chicos que han tenido problemas para este tipo de... de vínculos, se las ha derivado a la gente de salud mental, pero sino tanto desde el centro de salud, como los médicos que atienden a la paciente como la neonatóloga que lo recibe, como la enfermera que lo ve en el puerperio y el medico que la ve en el puerperio están permanentemente atentos a este vínculo y tratando de afianzarlo.

E: - ¿y al padre como se lo incluye en el proceso?

Obstretra2: - eh... el... al padre no se lo excluye, ahora como se quiere incluir el padre en el proceso es libre albedrío, o sea, es parte de... es parte de, justamente, parte de la posibilidad de elección que tiene el padre, o sea, si quiere permanecer sentado al lado de ella es su elección, también es elección del padre, o sea... si el padre quiere participar en la charla, hacer preguntas... y por supuesto, todos los padres pasan a la sala de parto, es decir... salvo por... hay una decisión de la institución en la que los padres no pueden ingresar a la cesárea para disminuir las infecciones... también los padres presencian cada uno de los partos.

E: - ¿ qué cree necesario que hay que hacer para lograr una mejor implementación de la ley de Parto Humanizado dentro de la Maternidad?

Obstretra2: - Eh... para mi habría que hacer cursos sobre la ley, charlas, capacitaciones para todo el personal, y... incluso se podría hacer, eh... algunos posters y oegarlos en las paredes, aunque la gente lo tendría que conocer, sepodria hacer igual algunos posters y pegarlos en las paredes como hay de tantas otras cosas, tantas leyes y normas... yo creo que hace falta afianzarlo bastante; pero cuando digo que hay cursos no me parece que hay que hacer un curso solo, y después a los cinco años venir a hacer el otro, no, eso no. Creo que hay que hacer cursos de manera permanente, para todo el personal, que pueda haber una capacitación continua sobre el tema, hace falta.

E: - Bueno, además de lo conversado, ¿desea abordar algún otro aspecto que considere relevante sobre la Ley?

Obstretra2: - No, yo creo que también requeriría, que yo lo he puesto en mi proyecto y es hago que también venimos hablando con el jefe de servicio, de ver la forma en que la paciente pueda evaluar la atención, ya sea en formas de encuestas o ya sea en forma de... este... en forma de buzones donde se le entrega a la paciente un cuestionario y que pueda evaluar la atención, o sea, eso lo estamos trabajando, y nos interesa ver cómo también lo recibe la paciente, porque a veces vos decís... ¿tenemos que hacer hincapié en esta ley? Y a lo mejor la ley se está cumpliendo, en forma tácita y no tan, tan estricta en el sentido de cumplir punto por punto, pero probablemente estemos cumpliendo varios de sus puntos, con lo cual, también estaría buenísimo saber en dónde estamos parados para ver que hay que reforzar, eh.

E: - Claro... bueno, muchas gracias por su tiempo.

Entrevista neonatóloga 3:

E: - ¿cuál es su profesión cuánto tiempo lleva recibido y cuánto tiempo lleva en esta institución?

Neonatóloga 3: - Bueno, yo soy pediatra y neonatóloga, o sea mi profesión es médica y, estoy recibida desde el año 83, y que trabajo en la maternidad y hace ... unos, no se, unos 20 años aproximadamente, empecé a trabajar en la Martín vieja y nos mudamos a este edificio en el año dos mil cinco, dos mil seis - (se siente bullicio detrás)-

E: - Eh. Que conocimientos tiene sobre la ley nacional 25929 de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento?

Neonatóloga 3: - y tengo conocimientos porque es algo que se viene manejando o se viene trabajando en todas las instituciones públicas desde hace muchos años desde unicef, desde onsaí, un montón de material escrito, eh... en el marco de maternidades seguras y centradas en la familia donde toda esa problemática está claramente desarrollada. (detrás se sigue escuchando bullicios de personas hablando)

E: - Eh... ¿y Como se dio el conocimiento, realizo curso, capacitaciones, fue por disposiciones institucionales, o por motivaciones propias?,

Neonatóloga 3: - todo eso que nombraste.

E: - Un poco de todo...

Neonatóloga 3: -...todo eso que nombraste.

E: - ¿Qué manifestación instrumental práctica tiene esta ley a la hora de trabajar?. Neonatóloga 3:

- ¿instrumentación práctica?... nose, me parece que el conocimiento de las personas del contenido de la.. de la ley, que yo creo que la ley surge de una demanda espontánea hacia una... modalidad de trabajo, y de concepto de lo que... significa el nacimiento de un hijo, o sea, en la medida que eso se pone en relieve en la con una ideología diferente a la que venía manejando la medicina tradicional, es que se vuelven a considerar algunos aspectos que en su momento eran considerados importantes, desde el momento en que los niños nacían en su casa, desde el momento de las infecciones puerperales, todo eso lleva a la medicalización de los nacimientos, y después hay una vuelta hacia lo... natural, lo fisiológico y, ahí se pone de manifiesto lo

humanístico otra vez, o sea... tiene mucho de sentido común, más que nada... (- se escucha una sirena de ambulancia-), a veces se puede pensar porque tiene que haber ley para que uno ponga sobre la mesa como algo importante, o algo en tener en cuenta... (sirena de ambulancia de fondo-)

E: - eh.. ¿cuáles son sus prácticas desde su intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta que se van de alta?

Neonatóloga 3: - Bueno, en general, es tratar de lograr el convencimiento de la gente que trabaja, de los médicos, de las enfermeras, de las mucamas, eh... de esta... de lo conceptual de la ley, y no hablando de ley (- interrumpen abriendo la puerta-)... porque eso ya genera un rechazo, sino tratar de generar empatía del personal de salud, con la situación de... del trabajo de parto, del nacimiento y de internación de los niños en la neo, eh., con las personas que van a estar en contacto... (-respira hondo-) y bueno, esa empatía, a veces se logra y a veces no... si algo le cuesta a las personas es hacer las cosas distintas a como las vienen haciendo... cuando uno evalúa que tiene resultados no sabe si son buenos o malos, digamos, pero es lo que tu terreno de seguridad, te cuesta bastante modificarlo... y, también porque esto al ser una maternidad que se maneja con centro de salud, a veces la mujer llega a parir, y no conoce el lugar, no conoce los médicos, las enfermeras, es un lugar totalmente hostil, entonces el preconceito de lo que va a pasar también juega en contra de la posibilidad de que eso se desarrolle habitualmente... es difícil, eh... que una persona se pueda mostrar natural, eh... descontracturada o confiada con personas a las que no conoce, probablemente en la parte privada, al tener un contacto con el obstetra durante varios meses, te permite conocer a la otra persona o tener canales de comunicación que se van armando durante nueve meses a lo mejor... acá se arma todo en el momento del nacimiento, y como los partos son cuatro mil, entonces es muy difícil que eso se haga... entonces, depende mucho de las personas que están involucradas, tanto de las familias que vienen a parir, como del equipo médico y de las enfermeras que les toca jugar en ese momento.

E: - ¿y dentro del equipo médico hay una como una cierta tensión digamos frente a esto? ¿frente a esta nueva modalidad digamos?

Neonatóloga 3: -eh... No se si tanta, eh... me parece que como te digo, el tratar de modificar algo que se viene haciendo, me parece que es el escollo más importante, porque después habla uno de la práctica y a nadie la parece mal... hay que modificar

algunas... algunas cuestiones, y sobre todo hay que modificar el número de partos, porque acá tenemos siete salas de parto, y cuando eso está a full trabajando eh... es muy difícil estar pensando que se puede dar, los tiempos biológicos normales, que no es necesario un suero, que... que tenemos que esto de hacer silencio, de considerar el parto como algo muy íntimo, muy privado, todo eso digamos se... se quiebra -(suena un teléfono)- cuando vos tenés toda esta... -(vuelve a sonar el teléfono)-... esta vorágine de lo que es el trabajo , que hay que desocupar una sala de parto, porque otra sala de parto porque hay otra madre que esta por necesitarla...-(nuevamente interrumpe sonando el teléfono)-... y no, no esta

maternidad no fue pensada... no tiene TPR, donde vos puedas hacer el trabajo de parto en un lugar y, sin que tener que cambiar a otro lugar, parir a tu hijo y quedarte ahí, pero eso no se pensó así, porque tampoco daban los espacios y hace quince años atrás, se pensó que eso era prioritario... es como que este cambio de pensamiento lleva un proceso en el tiempo, que uno lo ve en la gestión cuando se te ocurre que esta oficina es terrible el calor que hace y tenemos que ver como modificamos el ambiente, es todo un proceso el aire acondicionado, el polarizado... que no se lo logra de un día para otro, entonces yo... creo que el cambio se va generando, pero que bueno es... es difícil que sea rápido.

E: -eh...

Neonatóloga 3: - ah, bueno, después te decía... en la neo por ahí es más fácil, porque ya es una persona que vos te estás encontrando todos los días, con la que estás hablando, cuando sabes si tiene otros hijos si tiene pareja, cuáles son sus miedos... o sea hoy estuve entrevistada con una señora con una mal formación renal bde su bebé intrauterino, y trajo sus dos hijos, bueno, yo podía dejar los dos hijos afuera, de quince y trece años, pero no, estuvieron en la entrevista, acá conmigo, al lado de su mamá, y, bueno, subimos fuimos la sala de neo y lo mejor de todo lo que hablamos... lo mejor fue y es, que ella conoció la neo, entonces fue como lo que la tranquilizó ver que en la neo estaban los padres y los madres... que estaban adentro, porque se imaginaba que eran como las películas, que pasaba de todo y los padres estaban afuera, o sea, de la hora que estuve con esa mujer, los más productivo fueron los últimos diez minutos en donde le mostré donde iba estar su hijo, entiendes? Así que bueno, uno también así va descubriendo, a lo mejor tenía que empezar por arriba y no por la oficina...

E: - ¿cómo se garantiza en la institución el resguardo de la intimidad y las pautas culturales?

Neonatóloga 3: - y bueno, insisto... es complicado... por lo que te decía, porque hay mucho movimiento, me parece que... es complicado el día que nacen 24 niños, yo creo que no está garantizada la intimidad de nadie -(tose)- porque a esa demanda de trabajo, es muy difícil que se respeten muchas cosas, porque mientras vos estás pariendo y yo te estoy acompañando, seguramente alguien va entrar a decirme que hay una urgencia en la otra habitación que, por favor termine rápido, entonces para poder... ¿entiendés?, porque entonces es como... como que ahí eso se quiebra, por eso es muy difícil decirle a la gente que no elija donde parir, me parece... muchas personas eligen parir en la maternidad Martín, y la maternidad Martín hoy es un lugar que hace todos los partos, que harían todos los otros privados, todos los otros públicos sumados, entonces, eh... el espacio está bueno, pero para hacer doce partos por días, cuando vos haces ya trece o catorce ya sonaste.

E: - ¿Hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso, y si hay cuales puede describir?

Neonatóloga 3: - Sí, en general, eh... si uno lo ve desde el punto del vista del nacimiento, en general las personas vienen pidiendo algunas cosas particulares, eh... por ejemplo, de que no se le ponga la vitamina K, que no se le haga inyecciones intramusculares a su bebe, hay cosas que se piden, que se conversan y, lo que nosotros le decimos a la pareja, es que como nosotros nos vamos estar en el momento del nacimiento, que traten de... trasladar esta inquietud, ni bien ponen pie en la maternidad, ni bien tiene su primer encuentro con los profesionales, que vayan advirtiéndoles cuáles son sus deseos, si vamos a salir de la norma de trabajo habitual... o sea, que lo manifiesten y, en ese caso, la mayoría de los casos, no hay inconvenientes, el tema es que vos quieras algo y yo no lo sepa, voy hacer como a mi parece o como hago siempre, entonces puede ser que no se haga...

E: - Claro, ¿y qué es lo más habitual? ¿el desconocimiento o que venga con estos planteos las familias?

Neonatóloga 3: - eh... no, lo más habitual es que no vengan con planteos, que se entreguen a los que nosotros les proponemos...

E: - Eh, bueno, paso a lo otro, eh... ¿con respeto al recién nacido que intervenciones se realiza y quienes lo llevan a cabo.

Neonatóloga 3: - ¿al recién nacido sano?

E: - si, en ambos casos.

Neonatóloga 3: - En el momento podemos hablar tres días de ese tema... -(sonríe)- por eso, si el niño nace... nace bien, que es lo habitual, lo que se hace es que se ponga arriba de la panza de la mamá y se espere que deje de latir el cordón, para cortarlo, y ahí es como que se hace el primer encuentro, eso... eso se hace de rutina, se hace siempre, salvo que el bebe venga con un sufrimiento fetal, que tenga una braquicardia, que entonces sabemos que hacer reanimación lo antes posible, sino se hace eso... después, al bebe se lo traslada una servo-cuna que si está en la sala de parto, vos estás pariendo ahí, después que se hace este primer contacto, vos no perderías el contacto visual, con tu bebe y estaría acá, en frente tuyo, donde se lo seca, y ahí se le pone unas gotitas en los oídos, se le hace una revisión rápida, como que respire bien, su frecuencia cardíaca, pero no se hace una revisión detallada, porque el bebe se pesa, se mide y ahí vuelve con su mamá y ahí queda hasta que está preparada la cama en el quinto piso, y ahí baja la mamá con su bebe upa a la habitación... si queda algún tiempo arriba, a veces, se intenta que se prenda al pecho, en el sexto piso antes de bajar, pero bueno, depende si la cama ya esta... o de la condición que

tiene la madre, uno tiene un imaginario de como haría cada uno, pero hay maáas que piden que le saquemos el bebe de encima que necesitan ese espacio, entiendes? o te dicen doctora vístalo, séquelo, como que cada una... es muy particular en lo que necesita, siempre nos parece que es importante hacer ese primer contacto piel a piel inmediato, no se hace más lo que se hacía antes... no se lo lleva a otro lado, eso hace mucho tiempo que ya no se hace, y... pero vos fijate, esto del contacto surge a través de un estudio que se hace sobre ligadura del cordón tardía para prevenir la anemia del bebé y, a raíz, de eso, ese estudio nos permitió ver que no pasaba nada si el bebé quedaba arriba de la panza de su mamá... entonces escuchas que las enfermeras dicen “no que se van enfriar”, pero bueno, cuando todo el mundo vio que no pasaba nada de esto, se entendió que eso era posible, y bueno, ahora es que como también... se intenta que en algunos caso... se intenta que el bebé quede arriba de la panza de la mama esa primera hora, eh... pero como no es la rutina habitual, también

hay cierta inquietud –(suena un teléfono)-, que no se puede ir al neonatólogo de la sala de parto, por ejemplo, cuando no tiene nada que hacer ahí, no?

E: - ¿y por qué no es lo habitual?

Neonatóloga 3: - Eh.... porque no es nuestra rutina de trabajo, por esto que te cuento... porque no puede estar una embarazada, después de parir una hora dentro de una sala de parto, porque necesitamos esa sala de parto, hay solamente tres, entonces una vez que se va la mamá, hay que limpiarla, y eso lleva un proceso de que es entre... no menos de media hora hasta que se limpia y se saca toda la sangre hasta que este en condiciones de que otra mujer pueda estar usándola... entonces, si no hay nadie en trabajo de parto, bueno, no hay problema, pero si hay otras mamás en trabajo de parto, vos tenèis que garantizar que la sala de parto esté en condiciones, porque no se puede hacer el parto en las habitaciones y no lo podemos hacer en las habitaciones porque otras fuera que están esperando para el trabajo de parto, entendés? Es muy particular esta maternidad...

E: - ¿y al padre como se lo incluye en ese proceso?

Neonatóloga 3: - eh... y desde el vamos... el padre, la pareja... viste que hay bastantes parejas, ¿Cómo se dice? Eh... del mismo sexo, entonces ahí el padre es otra mujer que juega ese rol -(entra una persona y le hace una consulta a la doctora)- por eso, nosotros acá no hablamos de padre, sino de acompañante porque hay mujeres que no quieren que el esposo sea el acompañante, es la persona que ella elija, a veces es su madre, hermanas, amigas...

E: - Si, en realidad pregunto específicamente por el padre, porque si, es cierto lo que vos decís, pero la ley, como dice “derechos de padres e hijos”...? En realidad, fue algo que yo también lo pensé...

Neonatóloga 3: - Si, en realidad, el padre es nominado por la madre, pero si hablamos de ley... legalmente no es el padre hasta que ese bebé no esté inscripto, y eso a veces ocurre... eso es algo que, en la neo, donde están los niños enfermos, nosotros propiciamos que se haga el documento rápidamente para darle legalidad a esa paternidad, sino legalmente no el padre, hasta que no esta, viste... anotado. Entonces, la mujer elige quien va a estar con ella, y esta todo el tiempo que ella quiere... si es que quiere, no? salvo el quirófano por esto que te digo de la dificultad... de la dificultad

vinculada a la ropa, pero sino en sala de parto puede estar con ella, ahí se viste y entra... entra sin problemas... -(vuelven a interrumpir con consultas)-

E: - Bueno.. y... con esto del padre o acompañante con respecto a los bebés internados en neo, ¿cómo es el ingreso?

Neonatóloga 3: - Bueno, el ingreso es irrestricto para padres y para madres, o sea... no es una visita, ellos pueden estar todo el tiempo que quieran, ellos pueden entrar y estar todo lo que quieran, lo que tratamos de hacer es tener una persona en vigilancia que registra quien viene, ¿Por qué sino que pasa? Vienen y dicen “yo soy el papá” y es el tío, el cuñado o.. un desconocido cualquiera... entonces... bueno, la vigilancia trata de hacer un registro de los padres y cuando vienen los días...

E: - Entonces ¿los dos tienen ingreso irrestricto?

Neonatóloga 3: - sí, los dos... cuando no hay padre o es alguna chica adolescente entonces ahí se autorizan a lo mejor a la madre de ella, siempre hay dos personas que pueden entrar.

E: - ¿y con el resto de la familia?

Neonatóloga 3: - bueno, ahí como te decía, hay un día donde pueden entrar abuelos y hermanos, son los martes, entonces los martes al mediodía donde también se hace un registro porque, digamos, vos pensá que en la sala hay lugar para treinta bebes... si entran treinta multiplicado por cuatro, imagínate lo que sería, un caos, porque hay familias donde hay más de cuatro abuelos, porque se separaron y formaron nuevas parejas y todos quieren participar... entonces lo que tratamos es de ordenarlo más que nada ...en lo que es la época invernal, por el tema de las infecciones respiratorias, se restringe el ingreso, pero de todas maneras, como la sala es vidriada se puede ver a la mayoría de los bebés... y después, cuando hay situaciones de gravedad, cuando uno sabe que hay un paciente que esta

terminal... eh, en ese caso se permite el ingreso de toda familia... ahí si van desfilando, para que lo puedan despedir, y ahí es como que están más tiempo también.

E: - ¿Cómo se promueve la lactancia?

Neonatóloga 3: - la lactancia se promueve por las enfermeras en el quinto piso, en la internación conjunta, eh... y después en la sala también, se intenta que... Hay un lactario donde las mamás pueden sacarse leche y después fraccionarlo con las enfermeras... eh... en un momento el lactario se cierra, y se fracciona todas las formulas, de manera estéril, y... bueno, instamos mucho a las madres para que puedan sacarse la leche y dársela a los bebés internados y en la sala se trabaja mucho con lactancia para poder prevenir inconvenientes al momento del alta, porque las altas se dan a las cuarenta y ocho horas, y por ahí, eh... todavía pueden empezar a aparecer problemas cuando no están acá... entonces... y bueno, es difícil, porque el nacimiento es un momento que produce un shock muy importante y, a veces, no... no... no es recepcionado, eh... porque es como que se crea un bloque que no es fácil de traspasar, porque uno tiene que entrar en el momento oportuno, cuando la madre puede escuchar y entonces vos no sabes... es un trabajo puntual que hay que hacer... que lo hacen con todas las mamás y todas las enfermeras están capacitadas para hacerlo y los médicos que hacen la revisión de los chicos todos los días, mañana y tarde, también están asesorados en lactancia... se hacen cursos de conserjería en lactancia, que incluso vienen de los otros hospitales a asesorarse acá.. así que sí, es un tema fundamental acá.

E: - ¿Cómo se fomenta el vínculo cercano madre-hijo?

Neonatóloga 3: - y bueno, esto es un poco todo esto que te decía antes...

E: - Sí.

Neonatóloga 3: - y bueno, vos fijate esto de los conceptos... cuando se hace esta maternidad nueva, en el mobiliario había barandas en las camas, que no eran cerradas, entonces cuando las mamás hacían el colecho, después de un trabajo de parto, se quedaban dormidas, entonces algunos bebés tenían el riesgo de... de caer... entonces ahora estamos haciendo toda una gestión para que se puedan poner barandas en las camas para que las mamás puedan descansar tranquilas con sus hijos... vos pensá que también en el quinto piso, las mamás están acompañadas todo el tiempo, salvo en el momento en que pasan los obstetras a hacer la revisión de las mujeres púrpas.. sino todo el tiempo están acompañadas... otra vez... por la amiga, hermana, madre, o quien sea, siempre están acompañando a la mujer; y después ellos tienen horario de visita, que es a las dos de la

tarde o a las ocho de la noche, donde ahí vienen todos, pero todo el tiempo ellas pueden estar con alguien acá, y eso también las tranquiliza mucho.

E: - Claro... ¿Qué cree necesario que habría que hacer para lograr una mejor implementación de la ley dentro de la maternidad?

Neonatologa 3: - bueno, nose... probablemente seguir profundizando las acciones que se vienen haciendo hasta ahora, deberíamos empezar por organizar el trabajo de otra manera, en el sentido que estos tiempos que estamos diciendo que deberían respetarse sea factible hacerlo... después también que necesitaríamos tener la ropa necesaria para que los padres puedan entrar al quirófano, porque a veces eso también es una limitante... que también sea acompañada... y también que uno proyecta el trabajo con doce partos, no con veinticuatro... entonces creo que es importante descomprimir el número de partos que se atienden en la Martín, y eso también pasa a ser responsabilidad de la comunidad, ¿Por qué no van a tener sus partos a otros centros? ¿por qué eligen esta y no van a otra maternidad? ¿por qué quieren venir todos acá, donde no se respeta la ley? Es un contrasentido... si trabajamos mucho, no podemos respetar nada de esto, necesitamos trabajar menos... entonces, de esa manera, me parece que se puede ordenar mejor la atención y dedicación que uno le presta a la paciente... y después lo que uno trata de hacer es hablar con los médicos que están de guardia a ver quienes están más avanzados en este tema... y ese es el otro tema... acá los médicos hacen guardias de veinticuatro horas... y... no es lo mismo, no es lo mismo tu cabeza a las ocho de la mañana que a las tres de la mañana...

E: - y si... además de lo conversado, ¿desea abordar algún otro aspecto que considere relevante?

Neonatologa 3: - no... me parece que más o menos lo fuimos charlando todo..

E: - Bueno, muchas gracias.

Neonatologa 3: - de nada.

Entrevista Guardia del sector de neonatología:

E: - ¿Cuáles son sus profesiones? ¿Cuánto tiempo llevan recibidas? ¿y ejerciendo en esta institución?

Neonatóloga 1 : - Bueno, yo soy neonatóloga, llevo recibida cinco años y hace cuatro años que estoy ejerciendo en la salud pública.

Neonatóloga 2: Si, yo también soy neonatóloga, pero más grande. – sonríe- yo que me recibí... y mira, no me acuerdo, pero el año pasado hizo veinte años que empecé a trabajar acá, así que imagínate... - sonríe nuevamente-.

E: - ¿Qué conocimientos tienen sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, “De derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento? ¿Cómo accedió a ese conocimiento? ¿Realizo cursos o capacitaciones? Si las realizó, ¿fue por motivación propia o más bien por disposiciones institucionales?

Neonatóloga 1 : - Yo lo que sé es que trata sobre los derechos de las mujeres que van a tener sus hijos, pero nunca la leí, la conozco por haberla escuchado. Acá no hubo charlas sobre eso, o no que yo sepa.

Neonatóloga 2: - Yo.. no, si me decis así no la conozco...

Neonatóloga 1 : - Pero si vos la cumplís...

Neonatóloga 2: - Pero no la conozco, nunca la leí ni se de lo que se trata.

Neonatóloga 1 : - Bueno, pero la cumplís cuando atendes a la paciente, eso del buen trato, de permitir que este el papá, de apagar la luz, no la conoces a la ley pero cumplís con las cosas del parto respetado.

Neonatóloga 2: - Ah bueno, en eso sí, entonces...

E: - Bueno, ¿Qué manifestación instrumental practica tiene esto a la hora de trabajar?

Neonatóloga 1 : - y... la realidad es que muy poca, acá no hay espacio, no podes estar haciéndole el parto respetado a una, cuando hay otra mujer con contracciones esperando que se desocupe la sala de parto, viste? Esta bien lo que se plantea, yo entiendo por lo que escuche, pero acá no tenemos el lugar para hacerlo, hay días que estamos sobre pasados de gente... y después... esta la otra, que nosotras solo intervenimos una vez que el parto ya se produjo, o cuando los bebés quedan internados, o solo para revisarlos que este bien, entonces tenemos poco contacto con esa familia, salvo que el bebé este internado, que ahí si tenés posibilidades de conocerlos un poco más.

Neonatóloga 2: - Sí, yo me quede pensando en lo que dijiste del parto respetado, y pienso... ¿hace falta que exista una ley para hacer respetar los derechos de las personas?... No tendría que hacer falta, y si hace falta es porque hay algo que esta mal, en algo se estaría fallando...

En este momento, una médica del Hospital Roque Saenz Peña que estaba presenciando la entrevista, interrumpió:

- ¿Sabes qué pasa? Que afuera se dan charlas sobre este tema, que yo voy, me interesa mucho el tema, y me gusta, pero esas charlas, en vez de capacitar a la gente sobre los aspectos positivos, se va al choque con los médicos, nos hacen quedar como ogros y no es así... no es así... si uno va ahí es porque quiere informarse, quiere cambiar, vos pensá que la medicina viene con esa formación ¿hace cuantos años? Entonces no es fácil, pero yo creo que habría que abordar el tema de otra manera, la ley esta buena, hay cosas que no se hacían y ahora se hacen, o por lo menos yo hablo de mi trabajo en el hospital, pero faltan más difusiones que no vayan al choque y atraigan a los médicos a interesarse sobre el tema.

E: - Bueno, ¿cuáles son sus practicas de intervención desde su disciplina hacia las familias en la institución?

Neonatóloga 2: - Bueno, nosotros atendemos al bebé, le hacemos los controles necesarios.. antes se lo aspiraba, se lo ponía una sonda, esto no se hace más...

Neonatóloga 1: - Claro, ahora se está fomentando esto de la hora de oro, que le llaman, que se trata de poner al bebé en el pecho de la mamá, hacerle el control después de eso.. se supone que lo ideal es esperar cincuenta minutos, pero en general, no lo dejamos tanto, por lo que decíamos del espacio, porque eso se hace en sala de parto, pero cuando es posible... cuando hay posibilidades se lo deja un ratito si las condiciones de bebé son buenas.

E: - ¿Se garantiza la participación en la toma de decisiones de las familias a nivel institucional? ¿y el resguardo de la intimidad y de las pautas culturales?

Neonatóloga 1 : - y, en realidad uno trata de que se garanticen, o que se respete, pero... es complicado, es muy complicado, hay que cambiar la mentalidad, somos muchas personas trabajando y no todos pensamos de la misma manera.

Neonatóloga 2: - Aparte... por ahí la, la gente que viene, viene a veces al choque y nosotros también estamos a la defensiva entonces cuesta... es un cambio de estructura que todavía esta costando... pero, más o menos, las nuevas generaciones... eh... de a poco, va a ser, este...

Neonatóloga 1 : - como todo cambio... da miedo, rechazo...

Neonatóloga 2 : - Y cuesta...

Neonatóloga 1 : - o sea, al principio las personas que están hace un monton de años trabajando de la misma manera, cuando uno trata de ver, de mostrar que hay otra manera de trabajar, en general uno encuentra resistencias, siempre hay resistencias, si? Quien hace veinte años

que hace las cosas de la misma manera eh, se siente amenazado ante los cambios y, bueno, a veces... - interrumpen entrando a preguntar por una obstetra-

Neonatologa 2: - No, sí... es así... es así.

Neonatologa 1: - Pero ya te digo es progresivo y...

Neonatologa 2: - Pasa que es eso, o sea, no solo pasa por médicos nada más, es médicos, enfermería, es todo... todo el equipo que tiene que estar comprometido...

Neonatologa 1: - Sí, son todos, camilleros, mucamas, todos...es un combo...

Neonatologa 2: - Es todo un combo, y acá somos muchos... por medico, que se yo, en el Roque son dos, acá somos cuatro, o sea que son dos que por ahí más o menos tienen el mismo pensamiento, sino es uno va el otro, pero acá al ser cuatro, ponele que se yo.. hay a mi me encanta apagar la luz, dejar en contacto... pero viene el otro que tiene sueño, y pum, se lo saca rápido... te digo por dar un ejemplo, pero es muy difícil, es más complicado... y ya te digo, con respecto a la ley es como que si se hablo pero porque uno acá fue absorbiendo el tema...

Neonatologa 1: - y aparte porque uno ve realmente los cambios, ve que es para mejor, entonces bueno, entonces vale la pena un poco eh... imponerse o... o a veces...

Neonatologa 2: - Es como que aca en la maternidad desde que se cerró la del Roque es como que ellos, haber... obviamente se adaptaron a nosotros, pero fueron haciendo las cosas que ellos... solían hacer y entonces ahí vimos...ah, bueno, no... esta bueno esto, no es tan malo, tan...

E: eh... ah, ¿ycon respecto a las pautas culturales? Eso quedó ahí...

Neonatóloga 2: - Tambien es complicado.

Neonatologa 1: - Es complicado, sí. Yo he ido a partos donde había doce personas adentro de la sala de partos y he ido a otros partos donde estaba el acompañante, el obstetra, el neo, la luz apagada, hay...

Neonatologa 2: - lo que pasa es que esto es un hospital escuela, entonces al ser hospital escuela, que se yo, si hay un caso interesante, van los cinco residentes de obstetricia, viste? Y sumado a que esta...el de la universidad publica, el de la universidad privada, entonces uno trata de mas o menos, pero bueno.. es difícil, es difícil.

E: - ¿hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el tiempo que están acá? Si hay ¿cuales puede describir?

Neonatologa 2: - Sí, sí... generalmente es el tema de las vacunas. Ese es donde a veces hay mas choques culturales, por decirlo de alguna forma. Las vacunas, porque nace el bebé se le

ponen dos vacunas, hepatitis B y vitamina K, y hay veces que lo quieren diferido y hay veces que directamente no lo quieren y ahí si se arman los conflictos.

E: - ¿y que invocan para no aceptarlo?

Neonatóloga₁ : - en realidad, la vitamina K tiene una opción que es administrarla por vía oral, que no sea administrarlo con un pinchazo, que no está demostrado que prevenga la hemorragia del bebé, pero que bueno, tiene un esquema que se prolonga por varios meses, donde en esos meses tiene que seguir tomando la vitamina K el bebé, entonces lo que ellos dicen es que es un trauma muy grande para el bebé, recién nacido recibir los dos pinchazos, separarlos de la madre, y bueno... eso nosotros lo entendemos, sabemos que se puede diferir, pero bueno, como no tenemos nada probado de que la vitamina K, dada por boca sea tan efectiva como la otra, eh..., bueno, tenemos que charlarlo con los padres para que ellos vean las consecuencias de esa decisión... pero con respecto a la vacuna nosotros no podemos decidir porque es una ley, todo niño tiene el derecho asegurado, hay un calendario de vacunas, digamos... entonces trasciende...

E: - Entonces, ¿en ese caso se lo ponen igual?

Neonatóloga₁ : - Y bueno, en realidad se trata de dialogar, no es que andas con aguja corriendo al chico y lo pinchas, se trata de consensuar, pero bueno... hay cosas que al niño lo exceden porque son leyes y son derechos, entonces...

Neonatóloga₂ : - y es cuidar al niño también...

E: - Eh, bueno... ¿Cómo se promueve la lactancia?

Neonatóloga₁ : - Bueno, en realidad el trabajo comienza en el centro de salud, cuando la madre está embarazada..

Neonatóloga₂ : - Claro, a nosotros nos llega el... el paquete hecho... y nosotros desde acá..

Neonatóloga₁ : - lo que pasa en realidad es que si el bebé puede hacer el contacto con la mamá ahí es la ... eso de la hora de oro y ahí si puede se lo prende; y después, al estar las cuarenta y ocho horas eh...

Neonatóloga₂ : - (interrumpiendo) internado...

Neonatóloga₁ : - internado... eh, todo el personal... hay curso eh, de lactancia que se que hace, que todo el personal lo hace, para... estar acompañando a la mamá en ese proceso.

E: - Y con respecto a los recién nacidos en situación de riesgo? ¿Cómo se promueve en esos casos?

Neonatóloga₂ : - ¿ De riesgo en qué sentido?

E: - Cuando están internados en neo.

Neonatóloga 2 : - bueno, no... en realidad, lo ideal sería que haya un ingreso irrestricto, o sea que la mamá pueda entrar...

Neonatóloga 1 : - que se intenta, pero bueno, a veces esta todavía un poco reglado, es cada tres horas... pero, bueno, todos los chicos que pueden alimentarse, siempre la primera opción es la leche materna, si puede succionar se intenta que se prenda y sino bueno, se le pasa por sonda.

E: - ¿la leche materna se pasa por sonda?

Neonatóloga 2 : - Si, si, se saca la madre... hay un lactario, la madre se saca leche, en un medio esteril, digamos, y esa leche se la guarda con el nombre de la mamá y a que bebé pertenece.

E: -Está. ¿ que cree necesario que habría que hacer para lograr una mejor implementación de la Ley dentro de la Maternidad?

Neonatóloga 1 : -tiempo...

Neonatóloga 2 : - Si, tiempo y, sobre todo, paciencia y perseverancia.

Neonatóloga 1 : - Si, si...

E: - Bueno, además de lo conversado ¿ desean abordar algún otro aspecto que consideren relevante sobre esta ley?

Neonatóloga 2 : - que no tendría que hacer falta una Ley... (se queda en silencio)

E: - (dirigiéndose a la neonatóloga₁) ¿ quieres agregar algo más?

Neonatóloga 1 : -No, no.

E: - Bueno, muchísimas gracias.

Neonatóloga 2 : - A vos.

Entrevista Enfermería 1:

E: - Bueno, ¿Cuál es su profesión, cuánto tiempo lleva recibido y cuanto ejerciendo en esta institución?

Enfermera 1: - Bueno, yo soy licenciada en enfermería, me recibí en el año 98, o sea hace 19 años, antes era enfermera profesional. Desde el año 89 que trabajo en la municipalidad, antes trabaja en el roque saenz Peña, era enfermera de neo, después fui jefa de maternidad, y hace siete años que pase acá a la maternidad como jefa de lo que es el área quirúrgica y aparte, también soy jefa de la sala de internación.

E: - ¿Qué conocimientos tiene sobre la Ley de padres e hijos durante el proceso de nacimiento? ¿Cómo accedió a esos conocimientos? ¿Realizó cursos o capacitaciones o fue por disposiciones institucionales?

Enfermera 1: No, no, yo el conocimiento lo tengo hace varios años, cuando empieza... digamos, bien si ahí me interiorizo de la ley, cuando se empieza a tener los primeros comentarios sobre lo que se refería la ley, ahí me empiezo a interiorizar porque yo había integrado distintos comités y, entre ellos, el comité de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, así que bueno... lo cual me pareció, de acuerdo a mis principios ya mis valores, que era muy importante que todos conociéramos esa ley, y que pudiéramos revertir algunas situaciones de las cuales... este... no estábamos haciendo como profesionales las cosas adecuadamente.

E: - ¿Qué manifestación instrumental práctica tiene esto la hora de trabajar?

Enfermera 1: La ley?

E: - Sí.

Enfermera 1: No, no... es práctica, o sea, soy una persona que piensa que cuando uno está convencido o tiene el conocimiento y respeta a la otra persona... lo que sea institucionalmente me preguntas si vos si está adecuado el lugar para poner en práctica la ley?

E: - Sí, y cómo la llevan a cabo?

Enfermera 1: algunas cosas necesitan modificación, pero no son tantas, y sí... sí, en el último tiempo se está llevando a cabo cada vez más... cada vez como que hay más conciencia en la gente y una capacidad de ser flexible, antes prácticas que antes se manejaban de distinta forma, más estructurada o más cerrada, ahora hay más flexibilidad, más comunicación desde el comité de ir hablando con la gente, ahora hay mucha más... eh... es todo mucho más flexible, algunas cosas sí, en lo estructural en lo que respecta a la maternidad hay algunas cosas que podríamos modificar, pero bueno ya eso depende de otra secretaría, no de lo que depende enfermería... no, de enfermería, no?

E: - ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta el post parto?

Enfermera 1: Eh... bueno, se admisiona, la mujer viene directo al sexto piso... vos querés todo el proceso de atención... bueno, eh... ingresa al sexto piso de lo que es la estructura del CEMAR, el quinto y sexto piso del CEMAR pertenece a todo lo que es Maternidad Martín, ahí la recepcionan lo que administrativos en donde ya con su número de documento y con su nombre, ingresan y determinan desde que lugar de la red provienen, de que centro de salud provienen, o sea como la red de salud esta descentralizado ahí la derivan.. o sea, no la derivan, ellas vienen, ellas deciden a que maternidad ir. Ahí ya la enfermera que esta asignada a la admisión... hay una enfermera asignada a la admisión, a la guardia de obstetricia, de lo que es todo este piso, la enfermera recepciona, hace un primer diagnóstico de situación y ya llama al médico de guardia que está asignado a la admisión, o sea hay cinco médicos de guardia, uno está asignado a la admisión, y bueno, ahí... revisan a la paciente, se hace una serie de preguntas, cuestionarios, se le toman los signos vitales y determinan si va a hacer internada, si está en un trabajo de parto que requiere ser internada, de ahí la enfermera de admisión es la encargada de trasladarla a lo que es el preparto, que es donde hacen el proceso para el parto, esos box son individuales, con baño individual, donde siempre pueden estar acompañadas por un familiar, quien ella desee que está al lado acompañándola... el familiar ingreso por un pasillo externo, no el área restringida en sí, porque del otro lado ingresa todo el personal, eso más que todo debe hacerse por una cuestión de circulación y mantener la zona limpia, lo más limpia posible, porque no olvidemos que ahí también hay una zona de recuperación neonatal y un quirófano... ahí la mujer va a ser ingresada, se le va a explicar la práctica, si le va a poner suero, si tiene que requerir alguna medicación y si no ya la enfermera le dice ya que puede recostarse, sentarse, caminar, o lo que ella desee, para estar más cómoda en esa situación.... Eh... si vemos que la mujer siente mucho dolor, entra en alguna crisis, tratamos de tranquilizarla, acompañarla, contenerla... y esa misma enfermera o enfermero pasa a sala de parto a asistirle a la mamá o él bebé, y después a ser trasladada, o sea... estamos intentando en este momento que él bebe sea puesto en el pecho de la mamá, o sea fomentar el contacto piel con piel, estamos intentándolo, algunas personas lo hacen, otras no... también hay que entender que cuando una persona se estructura de una cierta forma, también el cambio y el proceso de cambio le genera una crisis, entonces bueno... a veces hay que respetar los tiempos de algunas personas, obviamente, eso es una cuestión lógica no? Pero bueno, ahora estamos intentando eso, y bueno... después es trasladada al quinto piso, donde esta la internación...

E: - ¿y con el corte del cordón como se manejan?

Enfermera 1: El corte del cordón lo realiza el profesional...

E:- ¿y cuánto tiempo espera?

Enfermera 1: y... unos minutitos... sabe esperar unos minutitos... pero bueno, todo lo que es sala de partos en lo que es nuestra maternidad, en lo que a mí respecta de hace siete u ocho años en esta maternidad, pienso que ha avanzado bastante, y en los últimos tiempos ha avanzado más rápido todavía, o sea se están implementando de disminuir las personas que ingresan a sala de parto, se está tratando de disminuir las luces, esta semana empezamos con una práctica con algunos médicos o enfermeros de disminuir las personas y que solo estén tres personas en sala de parto, siempre y cuando se den las condiciones, ay veces en que bueno... hay determinadas situaciones en que las cosas se desbordan...

E: - Te consulto, ¿son siempre los mismos profesionales los que atienden a una persona desde que queda internada?

Enfermera 1: y... eh... y los médicos están veinticuatro horas, los médicos tratan de que sea el mismo, pero los enfermeros tienen turnos de seis horas, si se prolonga su trabajo de parto va a pasar a otro enfermero...

E: - Claro... eh, bueno... ¿Cómo garantiza la toma de decisiones respecto al parto, si es cesárea o natural, como a la intimidad y a las pautas culturales?

Enfermera 1: Si tienen en cuenta me estas preguntando?

E: - Sí.

Enfermera 1: (piensa en silencio unos segundos antes de hablar) y... lo que pasa es que en el caso de la cesárea si es una cesárea programada ya viene programada desde el centro de salud, o sea lo que ven a la paciente y su seguimiento del embarazo ya lo van a determinar con ella en el centro de salud.... O sea, hay determinados puntos en donde se decide hacer cesárea si o si... antes eran más las variables, ahora disminuyeron bastante, son tres o cuatro puntos en donde si o si va a cesárea porque sino está en riesgo, y si se decide acá la cesárea es siempre de urgencia... por ejemplo, hoy vino una mujer que vino para que le programen el día que le iban a hacer la cesárea pero rompió bolsa, y no solo que rompió bolsa, sino que apareció un piecito del bebé, o sea que estaba en podálica, y en podálica es muy difícil hacer un parto, una extracción de podálica es muy difícil... corre riesgo la vida del bebé.... Bueno, y si... se trata de tener en cuenta las pautas culturales, de ella, de la familia... (interrumpe el celular sonando)

E: (continuando) – Y te consulto, ¿siempre se prevé que la persona este acompañada o es distinto si es natural o cesárea?

Enfermera 1: No.. si se puede entrar a quirófano, no... no... todavía lo que es la maternidad... no se puede, o si se puede, pero bueno... tendrían que ponerse en ese aspecto, todos tendrían que ponerse de acuerdo...

E: - Claro, es como una tensión, digamos?

Enfermera 1: hay como una tensión, sí. Este... todavía no... pero bueno es algo que lo estamos E: - Eh, bueno, la pregunta que sigue es: ¿hay situaciones en donde las familias no acepta las decisiones que tome el equipo de salud durante el proceso de parto o post parto? ¿Cuáles pueden describir?

Enfermera 1: A ver... en realidad no es que no acepten... lo que puede llegar a pasar es que no estando ingresada la paciente, sino que cuando viene la paciente puede llegar a pasar que venga varias veces a consulta y que la hagan ir y volver, lo que más le cuesta a la familia, es que vayan y la hagan ir y volver, porque le genera una ansiedad e incertidumbre que... no la entienden, quizás porque no se le explique lo suficiente, quizás porque le médico que la atendió durante los ocho meses de embarazo no le haya explicado que trate de estar el mayor tiempo posible en su casa durante el trabajo de parto, como ya para llegar cerca de tener al bebé... lo que si cuestionan a veces las mismas madres, cuando están con mucho dolor, ellas mismas piden peridural o piden anestesia, piden que se les coloque, y nosotros le decimos que no es necesario, que es un proceso natural, que ya todo va a pasar y que bueno, también puede ser un riesgo colocarle... y a veces son los mismos familiares que exigen porque bueno, ven que le está doliendo mucho, que hagamos algo, y que bueno... pero en realidad, no es una población que... que cuestiona demasiado.

E: - ¿y en en el caso en que cuestionan que invocan para no aceptar ciertas decisiones?

Enfermera 1: - Ellos... ¿la familia decís?

E: - Sí...

Enfermera 1: - No, no... piden hablar con la dirección o con el jefe obviamente... en esos casos en realidad ni lo que son los médicos ni enfermería toman ninguna decisión en estos casos si no está el jefe presente, o sea, se pide que esté presente y que pueda tomar una decisión adecuada.

E: - Esta... y esto entonces genera como ciertos obstáculos al momento de la intervención...

Enfermera 1: - Totalmente.

E: - ¿y como se resuelve finalmente cuando hay un obstáculo de ese tipo?

Enfermera 1: - Como te dije recién, cuando hay un obstáculo así nosotros llamamos a los jefes de los servicios para que intervengan, salvo que haya alguna persona del plantel de ese momento que tenga la capacidad de contener la situación y de poder tomar una decisión.

E: - Esta. Eh... ¿pueden las mujeres optar libremente cuando hay procedimientos de intervención alternativos?

Enfermera 1: - Sí, nosotros estamos utilizando últimamente... están viniendo muchas pacientes con el plan de parto, viste? entonces lo que ellas decidan se respeta. Lo que no tenemos por ahí es algunos elementos como para su trabajo de parto, como las pelotas esas que utilizan, eso no lo tenemos... y la otra cosa que dificulta aca, otra cuestión, es que esta es una maternidad formadora, nosotros aca tenemos residentes, estudiantes de enfermería, y bueno.. eso.. hace que por ahí también tengamos mas gente dentro de una habitación que las que debería haber, y eso también dificulta, pero bueno, eso tampoco lo podemos obviar porque somos básicamente formadores y, en algún punto, el estudiante también tiene que aprender... es controversial digamos, pero es real.

E: - Eh... ¿Qué intervenciones se realizan con el recién nacido y quienes la llevan a cabo?

Enfermera 1: - La enfermera, el neonatólogo... lo recibe el neonatólogo, se lo pone a su mama en el pecho, y luego, lo llevan a una servo cuna, ahí lo empieza a atender el pediatra, o sea, lo estimula, no se le hace ya aspiración ni colocación de sonda, ninguna, hace ya varios años que no se hace ningun procedimiento que pueda ser invasivo ni colocarle nada que pueda provocar stress al bebé. Si se le coloca vitamina k, que es por ley nacional, es un derecho del bebe, lo mismo que la hepatitis B, en el momento y en la sala de parto, eso lo hace la enfermera, se lo cambia al bebé... algunos enfermeras o enfermeros si esta el familiar le pregunta si lo quieren cambiarlo al bebe, si lo quieren tener en brazos o si te dicen que no, que tienen miedo, que se yo, que los asusta, bueno ahí no... pero si hay posibilidad se lo dan, esa es la única intervención que hay, se lo cambia, se lo arropa... en ese momento se va terminando con la mama, o sea, se hace el alumbramiento, si necesita alguna sutura, se la higieniza, y bueno ya... más o menos unos minutos quedaría el bebé en la servo cuna. Hay algunos médicos que hacen salir al familiar, otros por ahí los dejan... por eso estamos en esa transición, si los dejan se lo damos al papá o al familiar para que lo tenga al bebé en brazos y ya después se lo damos a la mamá... y ya después, se la acondiciona más a la mama, se la sienta en una silla de parto, y ya se le da el bebé para que lo tenga mientras se va haciendo todo el papelerío, que eso también lleva tiempo... - interrumpe el celular sonando- Bueno, después se lo baja al piso de internación, donde se acuesta a la mujer en una cama, porque las primeras horas tiene que estar acostada porque la perdida es bastante y a veces se marea, entonces, para preservar que no se caiga y no se lastime, ya ahí se lo prende al bebé a la teta... y bueno, lo que queríamos modificar es ver si puedo quedarse más tiempo en la sala de parto con el bebé dándole la teta, pero también esta la cuestión que la silla de parto que tenemos que

tenemos también son medias incomodas para quedarse mucho tiempo... por ahí si sienten más cómodas en la habitación porque enseguida hacemos pasar a todos los familiares.

E: -Bueno, ¿Cómo se promueve la lactancia durante el embarazo, parto y en el caso de los recién nacidos en situaciones de riesgo?

Enfermera 1: - Durante el embarazo, eso lo hacen en el centro de salud, o sea que no puedo responderte.. algunas mamás vienen bastante bien informadas, otras no tanto... nosotros acá fundamental el tema de la lactancia... todos los bebés acá toman teta, salvo cuestiones específicas, nosotros tratamos que tomen la teta, no se administra un complemento si no está administrado por el médico y en determinadas ocasiones, eh... todo con charlas educativas, con afiches, todo constantemente... o sea, pasa enfermería, médicos, todos explicando... inclusive le he preguntado a las madres si tienen alguna duda y te dicen “no, no, no porque nos explicaron tanto...” – sonrío- pero bueno, yo creo que nunca, nunca esta demás, y además de eso se les da un folleto de alta conjunta para que se lo lleven, a veces se lo damos apenas ingresan para que lo vayan leyendo y si hay algo que no entienden lo puedan preguntar, y bueno... teta., solamente teta, le hablamos mucho sobre la posición, el agarre, y bueno, todo el personal, todo el personal de la maternidad va una vez por año a un curso de conserjería en lactancia materna, que todos tienen que hacer, y están habilitados para eso, sobre las técnicas de amamantamiento, las instancias de una lactancia feliz, los beneficios de la leche materna... o sea, que todo el personal está preparado para dar una buena comunicación a la mujer, a la familia...

E: - ¿Cómo se fomenta el vínculo cercano de la madre con el hijo?

Enfermera 1: - básicamente con amor, con amor a lo que nosotros hacemos, a la profesión, o sea... que se yo... cuando notamos que hay alguna dificultad eh.. o de la mamá en relación a su hijo o con el vínculo, eh.. bueno, le estamos encima, esta mucho conteniendo enfermería, eh.. viendo... viendo el contexto también, porque muchas veces no es que la mamá no quiera establecer un vínculo con su bebé sino que hay un contexto social que la está trabando, entonces en ese caso llamamos a la asistente social, o sea., trabajamos en equipo junto con el área de salud mental y trabajo social, entonces entre todos combinamos y vemos que se puede hacer que sea lo mejor para tratar de establecer ese vínculo... nose si responde a tu pregunta...

E: - Sí... ¿Qué cree necesario que hay que hacer para lograr una mejor implementación de la Ley de Parto Humanizado dentro de la maternidad?

Enfermera 1: - Piensa unos segundos- En primer lugar, desde mi punto de vista como jefa de un servicio, es que la gente conozca, que tenga el conocimiento de que la ley existe y que es a lo

que se refiere, porque yo creo que desde el lugar del conocimiento la gente puede ponerse en el lugar del otro, saber lo que el otro necesita, que es lo que la ley también nos dice.

E : - perdón, cuando hablas de gente te referís al personal de la maternidad?

Enfermera 1: - Si, al profesional, porque vos me preguntaste dentro de la maternidad si fuera eh... sería otro tipo.. o sea, sería a través de la comunicación que la gente adquiere conocimientos, y después en base a eso, cuando la gente se concientiza, lo hace consciente, acepta que eso que está leyendo, o esa ley, está en lo cierto, la misma lo puede solucionar, la misma gente adapta las situaciones, porque creo que básicamente nosotros los seres humanos, si queremos hacer las cosas las hacemos con los recursos que tenemos pero nos tenemos que poner de acuerdo y con las estructuras que tenemos pero nos tenemos que poner de acuerdo y tenemos que tener conocimiento.

E: - Eh... además de lo conversado, ¿desea abordar otro aspecto que considere relevante de la ley? – se escucha llanto fuerte de bebé-

Enfermera 1: - No, no.. creo que está bien, que es adecuada y.. no, no.. en esos casos sería cuestión de la institución cuando algo no viene bien, cuando un parto no viene bien, o el bebé tiene algún problema, ya con esto tenemos que salirnos un poquito de la ley porque no está dentro de lo que comúnmente pasa, o sea... si el bebé nació con alguna dificultad van a tener que entrar otras personas a la sala de parto para poder asistirlo porque los minutos son valiosísimos en la vida del bebé, lo mismo con la mamá si necesita de golpe una cesárea... pero no... yo creo que no.. o sea, para mí, yo fui defensora desde que la conocí a la ley...

E: - Esta bien.. bueno.. muchas gracias entonces.

Entrevista enfermería 2:

E: - ¿Cuál es su profesión, cuánto tiempo lleva recibido y cuanto ejerciendo en esta institución?

Enfermera 2: - Bueno, mi profesión es licenciada en enfermería, trabajo acá en la maternidad hace once años, en el área de parto y cesáreas, cirugía digamos, eh... y en un área accesorio que es... recuperación neonatal, más la guardia de obstetricia con atención directa a la paciente.

E: - Bueno, que conocimientos tiene sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, *“De derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”*?

Enfermera 2: - Bueno, el conocimiento que tengo me parece que es el de haber leído la ley, de haberla un poco desglosado y... y haberme interiorizado, en su momento, y de ver de qué manera se puede empezar... de cómo esa ley puede hacerse partícipe acá en el trabajo, eh... el conocimiento que toda mamá que viene a tener a su bebé tiene la libertad de poder estar acompañada, no especifica que sea del papá del hijo, sino por cualquier persona que ella elija, que sea de su confianza.

E: - Está. ¿y cómo accediste a ese conocimiento? ¿realizaste cursos o capacitaciones? ¿Fue por motivaciones propias o por disposiciones institucionales?

Enfermera 2: - No, fue por propia voluntad.

E: - Está. Eh, ¿qué manifestación instrumental práctica tiene esta Ley a la hora de trabajar?

Enfermera 2: - Eh... poca. En realidad, la ley existe, pero bueno, solamente es, de alguna manera, llevada a cabo, en aquella mamá que viene y nos cuenta sobre esta ley, que sabe, que la conoce, y que, de alguna manera, está empoderada en esto, y que viene a nosotros y nos dice: “bueno, yo quiero que el parto sea de esta manera” o “quiero que esta persona esté conmigo” o “Bueno, si vamos a quirófano entre conmigo” ... después acá, en el trabajo cotidiano, la manifestación de parte del personal es bastante... poca.

E: - Eh, ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta el post parto?

Enfermera 2: - Desde que llegan a la institución es casi completa, digamos, desde que llegan a la guardia y en determinar si se quedan internadas o cuál es... digamos, determinar por qué vino esa mamá a la guardia, si se quedan internadas acompañar en todo lo que es el preparto, se la acompaña también en lo que es el parto en sí mismo o si es cesárea, y después en lo que es el post parto, ya no la vemos, porque pasa a otro sector, así que lo que es la actividad mía o del servicio en general, es desde que ingresa hasta que su bebé nace.

E: - ¿Cómo se garantiza, si es que garantiza, la participación en la toma de decisiones de las mujeres respecto al parto y sus intervenciones?

Enfermera 2: - Eh... bueno, no. No hay una determinación de la madre respecto a como el parto quiere que sea. Ya te digo, si la madre trae el conocimiento que tiene sobre la ley, porque ha leído la ley, porque, nose, conoce a alguien que ya haya tenido un parto de esa manera, o porque lo ha visto en la tele, no se, si sabe, por ahí sí, pero sino, por parte de ellas o, mejor dicho, por parte de la institución todas tienen el mismo tratamiento, se internan, se evalúan, si necesitan algún tipo de medicación, eh... para el trabajo de parto, pero no, no hay especificación en eso, salvo que la madre lo pida y lo requiera específicamente.

E: - Está. ¿y cómo se garantiza el resguardo de la intimidad y de las pautas culturales?

Enfermera 2: - Mira, desde que yo estoy acá, eh... que vengo de lo que nosotros le decimos la maternidad vieja que es el edificio de enfrente, eh, hemos perdido mucha gente de otras culturas, muchas... hemos perdido mucha gente toba, que antes venían mucho y... y mucha gente del norte que también venía a parir en lo que era la maternidad vieja, desde que nos mudamos, eh... ediliciamente el edificio ha generado un cambio en la que gente que antes venia mucho, culturalmente nos ha pasado que, por ejemplo, le tenían miedo la ascensor, eh, que no se hallaban estando seis pisos arriba, la altura le hacía mal, eh... entonces dejaron de venir y dejaron de participar porque aparte tanta tecnología para ellos les parecía demasiado invasivo, eh... entonces, obviamente, empezaron a ir otros efectores. Eh... ¿cómo se maneja? No, por ejemplo, hoy no hay una capacitación, por ejemplo, para enfermería, que pueda trabajar con pueblos originarios y que pueda hablar su mismo dialectico... y no, no existe eso... todo lo que vos puedas hacer para que puedas relacionarte con esa gente, que culturalmente es diferente, en donde se encuentra acá con un montón de cosas... con gente que le habla, con un montón de intervenciones, eh... a las que no estaban acostumbrados, porque yo creo que si se hubieran quedado en su casa hubieran parido igual, eh, acompañados de otra manera... pero acá cuesta bastante, cuesta bastante porque ese ritmo de trabajo hace que tengas que, que ese tiempo que tenés para dedicarle... sea más corto y, a su vez, que no sepas que pasa con esa cultura, me parece que eso es algo que todavía hoy... hay todavía hay un espacio, un bache aun hoy, en eso.

E: - ¿y con respecto al tema de la intimidad?

Enfermera 2: - y el tema de la intimidad, esto es un hospital escuela, eh... con lo cual eso hace que la intimidad tampoco este muy respetada. A la hora de tratar a una paciente ingresan tres, cuatro personas que son médicos, enfermeros, estudiantes, que después pueden ingresan a la sala de parto también y a la cesárea también... con lo cual existe una intimidad que se respeta, sí, pero no creo que sea la correcta o de la forma que se debería estar teniendo en cuenta realmente hoy.

E: - Eh, ¿hay situaciones en que las familias o aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso de parto o parto? Si hay ¿cuáles podría describir?

Enfermera 2: - Si, hay situaciones, hay situaciones donde la familia no acepta, o donde la familia ya viene con una idea de cómo quiere que sea el parto, hay veces que ya vienen con la idea que quieren una cesárea... esto del parto respetado creo que tiene que ver con el nacer respetado, con como querés que tu hijo nazca, de la forma que querés que llegue a este mundo.. a veces la palabra parto nos hace pensar solamente en un parto vaginal, eh, en un nacimiento vaginal, y hay muchas mamás que viene pidiendo una cesárea, calculo yo que tendrán sus motivos, porque no querrán pasar un proceso de dolor, de horas, eh, y eso es algo que no se respeta, no se respeta porque el pensamiento de la maternidad es siempre ir bastante a favor del parto normal, digamos, del parto vaginal, eh... entonces se intenta todo hasta que ese parto vaginal se genere, eh... en el caso que no se pueda generar, recién ahí se indica una cesárea... entonces no todo lo que la madre trae como requisito o como pedido acá se le respeta, de hecho si viene, eh... nose se me ocurre que si viene y se le ocurre no vacunar a su bebé acá todavía hay muchas controversias sobre eso, eh... falta mucha capacitación para que podamos empezar a entender y empezar como a trabajar con la gente desde otro lugar, de una forma más personalizada y no de la forma mecanizada con la que venimos trabajando desde hace años.

E: - y... en esos casos en que no aceptan las decisiones ¿se generan obstáculos en el proceso de intervención? ¿Cómo se resuelven?

Enfermera 2: - No, digamos, si, se genera el obstáculo propio de ese momento que es decirle que no al pedido que te están haciendo, eh... ahí si se genera que haya un enfrentamiento entre posturas, entre posiciones, donde siempre se resuelve a favor de lo que la institución está acostumbrada a hacer y lo que el medico en su práctica también este mas acostumbrado a hacer... tratamos obviamente de llegar a un acuerdo y un entendimiento, pero bueno, en los casos en los que no se puede, se termina haciendo lo que la institución... (hace silencio).

E: - Claro, eh... ¿pueden las mujeres optar libremente cuando existen procedimientos de intervención alternativos?

Enfermera 2: - Nose a cuales te referis, pero creo que no.

E: - por ejemplo, la peridural o, por ejemplo, utilizar el uso de oxitocina para acelerar el proceso o no...

Enfermera 2: - No, no es una decisión que la mamá pueda tomar.

E: - Eh... con respecto al recién nacido ¿qué intervenciones se realizan y quienes la llevan a cabo?

Enfermera 2: - y las intervenciones son en el momento de nacer, las revisiones por parte del neonatólogo, eh... y la vacunación por parte de enfermería, eh, se lo vacunación hepatitis B y vitamina K, digamos, al momento de nacer, se lo cambia, se lo viste y se lo damos a la mamá.

E: - ¿Cómo se promueve la lactancia durante el parto y en el caso de los recién nacidos en situaciones de riesgo?

Enfermera 2: - Bueno, yo ahí mucho de la lactancia no te puedo decir porque eso pasa abajo, en el otro sector, nosotros desde sala de parto, en la parte de internación te decía, y nosotros en sala de parto, si la mamá esta todo bien, tratamos, sí, lógico, de promover la lactancia, de considerarla, que por lo menos esta primer hora de vida sea la más valiosa para los dos, no solo para el bebé sino también para la mamá, eh... promoviendo lo que es lactancia materna y educando en esto de la lactancia, pero todo lo que es el proceso mayor de la lactancia se hace en el sector de internación.

E: - Bueno, eh, ¿Cómo se fomenta el vínculo cercano de la madre con el bebé?

Enfermera 2: - y acá se esta tratando de empezar con esto que yo te decía antes, que es la valoración de la primer hora de vida, que “es considerada como la hora de oro”, eh...e n donde se implementó hace menos de un año, respetando un proyecto que es el COPAC, que es el apego, el contacto piel con piel del recién nacido con su mamá en el momento de nacer, eh... esto es apenas nace, se lo coloca sobre la mamá, sin intervención directa y rápida del neonatólogo, si en las condiciones que este todo bien, se lo pone piel a piel, en contacto con el pecho de la mama y el cuerpo del bebé, y eso lo deja, en ese... como en ese momento, durante al menos una hora, donde pueden hacer lo quieran, digamos, si el bebé tiene el instinto de tomar la teta lo puede hacer, si la madre lo quiere prender al pecho también lo puede hacer, o si se quieren quedar solo así también se puede... eso es algo que se intenta promover mucho, pero también cuesta mucho porque el ritmo y el número de partos, hace que siempre tengamos que tener la sala de parto desocupada y esto se hace en sala de parto, así que tampoco.. todavía no estamos... nos haría falta un segundo paso que es que esto se pueda hacer en el piso de abajo que es el de internación, eh... en donde se puede trasladar al bebé en apego y en contacto piel con piel con la mamá, pero bueno, para eso hace falta mucha capacitación.

E: - ¿y al papá como se lo incluye en ese proceso?

Enfermera 2: - el papá, mira, se lo empezó a incluir mas que nada cuando nos mudamos a esta institución, a esta, digamos, eh... a la institución física, el edificio, cuando estábamos en frente, las salas de parto y preparto eran... eh, muy distinto, las camas de preparto estaban todas juntas, con lo cual las mamás estaban una al lado de la otra y no podías tener familiar

por una cuestión de... de privacidad; entonces, desde que estamos acá, se empezó a implementar esto de que cada uno pueda estar en su habitación, sea el papá o sea quien la mamá elija, si decide que sea el papá puede... se lo incluye y se lo hace participar, tanto de pujar con la madre, de estar en la sala de parto, en esto del apego y del contacto si no lo puede hacer la mamá por cualquier condición post parto que se genere, lo puede hacer el papá, el papá puede hacer el contacto piel con piel y quedarse una hora en la sala de parto, eh..., o sea, se trata de implementar, la verdad que... todavía... yo creo que se va a dar de acá a muchos años para verlo como algo más naturalizado. Todavía nos cuesta... la imagen nos cuesta mucho, pero... eh, bueno, ojalá en algún momento se dé. (sonríe)

E: - ¿qué cree necesario para lograr una mejor implementación de la ley dentro de la maternidad?

Enfermera 2: - Bueno, un cambio, creo que para que esto se implemente primero se necesita... primero se necesita mucha escucha entre lo que es el personal con el que se trabaja, eh.. uno aún... eh... me parece que hace falta mucha comunicación, eh... entre lo que son los diferentes profesionales, sean enfermeros, médicos, obstetras, neonatologos, para entender porque cada uno, todavía, estamos bastante encerrados en... en nuestra postura, eh... más allá de esa comunicación, necesitaríamos una gran capacitación para todo el personal, tooodo el personal, incluyendo servicio de mucamas, camilleros y, obviamente, que la parte de jefatura empiece a implementarlo y empiece a tenerlo ya como un protocolo del servicio y no esperar a que surja por la demanda de una madre, digo, no? Debería ser a la inversa, debería ser la institución la que pueda empezar a brindarte cuáles son tus posibilidades al momento que ingresas, no que vos traigas, queriendo innovar o queriendo modificar algo.

E: - Eh, bueno... además de lo conversado, ¿desea abordar algún otro aspecto que considere relevante sobre la ley?

Enfermera 2: - Eh... no, que realmente ojala... se logre, por lo menos dentro de la institución en la que yo trabajo (Se ríe nuevamente) porque es algo que, hay una grupo que lo viene laburando desde hace tiempo eh, y entonces, me parece que esto... porque acá cada uno tiene diferentes posturas, entonces me parece que estaría bueno esto, poder juntarnos y evaluar por qué todavía mantenemos esa postura, nos haría crecer, y aparte escuchar al otro y saber por qué todavía, todavía mantiene eso, creo que es algo que nos hace bien a todos y esta bueno, porque esto hace un poco al ego de cada profesión, digamos, esto de tener que intervenir hace al ego de cada profesión y cuando nos dicen no tenemos que intervenir nos queda un poco esto de “bueno, ¿y ahora que hacemos?”, o sea, hay que aprender de eso, aprender más que sorprenderse, pero bueno, no más que eso. (vuelve a reír).

E: - Bueno, muchísimas gracias.

Enfermera 2: - gracias a vos.

Entrevista psicólogo 1:

E:- ¿Cuál es su profesión, cuánto tiempo lleva recibido y cuanto ejerciendo en esta institución?

Psicólogo 1: - bueno yo soy psicólogo, eh... me recibí a finales del año noventa y dos, o sea que son muchos años (sonríe) y, en esta institución llevo relativamente poco tiempo porque hace que estoy desde... julio del dos mil quince.

E: - ¿Qué conocimientos sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, *“de Derechos de Padres e hijos durante el proceso de nacimiento”*?

Psicólogo 1: - Eh, tengo... bueno... la leí obviamente... lo que sé es que, digamos, tiene que ver con lo que se llama “Parto respetado” o “humanización del Parto”, eh... tiene connotaciones polémicas en la institución, muchas veces, porque se considera que modifica... no nosotros, pero, bueno, lo que son los obstetras, que es el núcleo disciplinar que se ocupa del parto, bueno, a veces se siente un poco interpelados por esta ley, como si hablar del “parto respetado o humanizado” implicara una suerte de acusación, según la cual, ellos no estarían respetando, no? No serían ni respetuosos de lo humano (sonríe) ni... entonces es medio polémico, peor me parece que es una ley que esta hecha justamente para... para impedir la extrema medicalización, no? El parto es justamente un proceso fisiológico, eh...bueno, la medicalización no es un problema que tenga que ver exclusivamente con el parto, sino con toda la práctica de la salud, tanto en lo público como en lo privado, creo que sobre todo en lo privado, me parece que en lo público tiene otro tratamiento, pero me parece que medicalizar es meterle tecnología o meterle manipulación o meterle... si procedimientos que no hacen falta a algo que puede llevarse de otra manera, y eso... provoca sufrimientos en el paciente, y eso es lo que se quiere evitar, a mi me parece que.. que apunta a eso, y a la inclusión de la familia también, que el padre pueda estar presente durante el parto... bueno, se trata de que la maternidad sea más abierta en ese sentido, y de hecho, en muchos aspectos lo es, y en otros no tantos, no? de hecho también, esta es una institución que viene de muchos años atrás y hay prácticas que están como instituidas y son tradicionales, y esta ley viene como a interpelar eso y a modificarlo... obviamente, la realidad no se modifica simplemente por la ley sino tiene que darse un trabajo para que haya modificación efectiva en las practicas institucionales de todos... bueno, eso es lo que puedo decirte de la ley....

E: - Bueno, ¿ cómo accediste a ese conocimiento?¿realizaste cursos o capacitaciones?¿fue por disposiciones institucionales o por interés personal?

Psicólogo 1: - no, eh... fue por disposiciones institucionales, por... bueno, eh, por problematizar un poco lo que es el proceso de atención de la salud, eh... en realidad, eh... hay así como un recorrido personal o de servicio, porque eh... siguiendo estos lineamiento de parto

humanizado, porque además tiene su correlato en el nivel de la legislatura ... de la legislación municipal, o provinciales, bueno, la cosa es encuadrarse dentro de esta propuesta, de... que... obviamente es interesante y superadora, o sea, eh... ahora, como te decía entre eh... lo escrito y lo que pasa siempre va a haber una tensión, eh, un desfase, que es inevitable... eh, me parece que uno tiene que tender hacia eso y hay muchas cosas que se pueden hacer todavía, y que deben hacer, eh... y yo me fui informando si.. bueno, participando de espacios, escuchando, si ha habido algunas capacitaciones pero no se si algo sistemático, me parece que ese es también un déficit de... de lo que es la gestión en salud, que por ahí se hace... se intenta hacerlo realidad en distintos lugares... eh... acá en la maternidad funciona un comité que se llama mate... eh... de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, bueno eh... un nombre bastante largo, pero a lo que apunta justamente es eso... a... a respetar a la mujer en el momento del parto con condiciones que eviten la medicalización con al avance abusivo... abusivo digo porque en realidad es una molestia... el otro día hablaba un poco de... de cómo era, no? Si uno no toma este criterio de Parto Respetado se puede considerar razonable que una mujer este pariendo o a punto de parir, con las piernas abiertas, y un montón de residentes adentro y mirando, bueno, todo esto es invasivo, es molesto, pero es así, son pre textos de la formación entonces, bueno, se busca otras condiciones, eh... la medicina ha tenido siempre esa cosa, la escuela clínica... aca hay en montón de médicos, esos médicos que ven al enfermo eh... al paciente, porque acá ni siquiera hay enfermos, es un proceso fisiológico...

E: - No...

Psicólogo 1: - pero, eh... lo que nosotros vemos, digamos, desde nuestra disciplina, es que la medicina lógica de la practica medica objetaliza a un paciente, lo convierte en una cosa, porque sino como uno va a pensar que va a entrar alguien así, donde hay una persona, con las piernas abiertas, o una puerta abierta donde la gente pasa y mira - (tose) – no es un show, digamos, es un parto, es un momento especial para una persona, seguro cada persona tiene... personalidades distintas, entonces para uno puede ser más o menos molesto, pero me parece que para nadie es agradable ser objeto...justamente un objeto, eso... a eso me limitaría.

E: - Eh... ¿Qué manifestación instrumental practica tiene esta ley a la hora de trabajar?

Psicólogo 1: - Eh... mirá, eh... por ejemplo, yo no se así en concreto, quizás un obstetra te podría dar cuestiones más puntuales... yo, por ejemplo... el otro día estuvimos hablando, en este comité, no? Eh, de las condiciones en la sala de parto... justamente esto de no negar a la mujer de parir acostada, en el parto de poder deambular, de poder elegir en que posición parir, en realidad hay posiciones mucho más fisiológicas que el parir acostada, eh... no necesariamente ponerle el suero... eh... evitar la super población de prácticas... eso lo que requiere es como una

presencia más constante del equipo de salud, pero no interviniendo sino controlando, porque lo que estipula es que, bueno, al ser un proceso fisiológico se espera que siga su curso natural, si hay complicaciones ahí tiene que intervenir el equipo de salud, sino hay que estar de cerca, asistir... eso tiene sus ventajas y desventajas, porque muchas veces al intervenir acelera el procesos y pareciera como quitar trabajo, pero muchas veces, son intervenciones que podrían evitarse, no? Bueno, me parece que ahí hay cuestiones que tiene que ver más con la observación y la asistencia cuando sea necesaria que con la intervención directa, me parece que pasa más por abstenerse de intervenir, así medicalizando como te decía, que por intervenir, eso...

E: - Bueno, ¿Cuáles son sus prácticas de intervención hacia las mujeres y sus familias, desde que llegan a la institución hasta el post parto?

Psicólogo 1: - aja... bueno, nosotros eh... en esta institución trabajamos básicamente por interconsulta, no? O sea no es que... Y no es por defecto que trabajamos con todas las embarazadas o con todas las familias... me parece que las prácticas en nuestra intervención, acá en la institución, muchas veces, tienen que ver más con el trabajo institucional que hay que hacer, o sea con las prácticas de intervención que hay que hacer en los equipos, con los trabajadores de la salud, médicos, enfermeros, eh.. que con las pacientes en sí... eh, obviamente tenemos trabajamos con pacientes a raíz de alguna interconsulta pero me parece que el trabajo más vinculado a garantizar un parto respetado o garantizar el cumplimiento de esta ley, de esta ordenanza, esto tiene que ver más con el trabajo institucional que hay que hacer con las otras disciplinas, no?

E: - y te hago una consulta que no está en la guía, ¿la problemática de adicciones la trabajan ustedes acá?

Psicólogo 1: - Eh, sí, sí, también.

E: - ¿y en esas situaciones como se interviene?

Psicólogo 1: - y en esas situaciones se trabaja de distinta manera... lo ideal sería que nosotros antes que llegue la paciente, vos sabes que la paciente llega a esta institución derivados de un efector de primer nivel, generalmente centros de salud. También llegan pacientes por la regionalización que vienen de otras localidades, en ese caso es un poco más difícil, pero cuando vienen de centros de salud, generalmente, el equipo que ha trabajado con esta paciente en el territorio, en su centro, si conoce ya la situación y es compleja, donde hay adicciones y consumo, porque me parece también que es una distinción importante que hay que hacer, es entre adicción y consumo... se homologa, muchas veces, situaciones de consumo, que no necesariamente son problemáticas, con situaciones de adicción, bueno... "si tenemos la presentación previa del caso, está bueno porque podemos estar advertidos de la situación,

evaluar a la mujer, hablar con ella, no? Bueno, esa es una forma; sino, también, cuando llegan acá y se desnuda o se hace evidente alguna situación de consumo, vamos a hablar de consumo en general más que de adicción, eh... bueno, tomamos contacto con la paciente, tratamos de evaluar la situación... la forma de intervenir, yo creo que es importante, si es consciente, que la paciente siempre pueda hablar de lo que le pasa, si consume o no, que relación tiene con la sustancia o las sustancias que consume, y en función de eso, también pensar en algún proyecto terapéutico que le de algún... que le de algún lugar como madre”, es una posibilidad esa. ¿Por qué digo esto? Porque esta es una institución donde hay un peso muy fuerte de los ideales sobre lo que es ser una buena madre, ¿entendés? Y... y la cosa es así, si vos no... digo, si la embarazada no se ubica en ese lugar de mamá ideal me parece que no le queda otra que no ser madre, entonces... pasa también con la lactancia, es otro tema, no? Bueno, seguido al tema de adicciones, no tengo mucha leche, y hay tanta insistencia acá con la lactancia materna... que esta bien, es buenísimo, pero me parece que habría que ser capaces de ofrecerle también otra opción... bueno, en el caso de las adicciones, vos consumís, bárbaro, ¿querés dejar de consumir y darle la teta a tu bebé? Buenísimo... ahora, si no podes dejar de consumir, eh... bueno, ¿Qué va a ser? podes ser una madre que consume, pero que le puede dar un biberón a su bebé... podes ser una buena madre, o tratar de ser la mejor madre posible, pese a tu situación de consumo... bueno, me parece que esa debería ser una opción que habría que plantear, digamos, sino esa gente queda totalmente fuera de lugar; sino, se da eso que dicen, bueno, miento: “no consumo”, eh... o me siento como el culo porque no puedo dar la teta, no? esto es algo que habitualmente se da, por eso digo, bueno, construir un proyecto terapéutico con la paciente implica decir “bueno, tus condiciones son estas ¿qué podes hacer con estas condiciones para criar bien a tu bebé?” o sea, hay que dar opciones, dar opciones porque sino la gente queda totalmente fuera de escena, no? Fuera del juego... y eso es angustiante, es arrasador y finalmente es contraproducente, no? Si yo obligo a quien alguien sea... o si yo digo que bueno, que hay que ser una mamá ideal, bueno, posiblemente ninguna mujer entre en ese canon, no? Y lo mismo un padre, no? Pero por otro motivo...

E: - bueno, ¿cómo se garantiza el derecho a la intimidad y a las pautas culturales?

Psicólogo 1: - eh.. bueno, no creo que este garantizado, precisamente la idea del parto respetado es empezar a garantizar eso... eh... yo creo que precisamente lo del parto respetado tiene que ver con eso, porque esto es algo que no, no está garantizado y yo creo que hay que trabajar mucho para cambiar eso con todas las disciplinas de salud, me incluyo, no? Porque hay algo, como una lógica, que por ahí hace que todas las disciplinas de salud trabajemos parecido, quizás... o sea, no solo los médicos, porque sino estaríamos cargándole toda la tinta a los médicos, y no,

no es así... los médicos, si, bueno, este, tienen una formación especial, pero nosotros que venimos de otras disciplinas también, muchas veces, tendemos a reproducir estas cosas, porque tienen ver con prácticas institucionales que hace que trabajemos de tal o cual forma, para mí, o sea, nose si garantiza, pero lo que hace una diferencia o haría una diferencia es un trabajo de formación continua, eh... de educación permanente, poder decirlo así, con los equipos, para poder problematizar esto, porque hay un sesgo que siempre se va a dar en la atención sanitaria en donde se ponen en juego los ideales, se pone en juego la invasión de..., se viola también la autonomía del paciente, porque el paciente por ahí puede decir cosas con las que el equipo asistencial no está de acuerdo, pero es su vida también, no? Hay un límite para lo que uno pueda hacer por el otro si el otro no quiere hacer... obviamente a que hay un sujeto a preservar y tutelar que es el bebé, que el bebé no elige, digamos... pero en cuanto a los adultos si, entonces creo que hay cuestiones que habría que respetar.

E: - y cuando hay obstáculos de ese tipo... paso a la otra pregunta que se vincula con esto, eh, ¿cómo lo resuelven, por ejemplo, cuando una mujer no acepta las decisiones del equipo de salud?

Psicólogo 1: - y en realidad genera bastante ruido interno, y nuestra posición, al menos la del servicio es intervenir y situar esto, que hay... hay algo que un sujeto puede decidir por sí, un paciente puede decidir por sí... digamos, esto me puede gustar o no, pero no lo hace peor ni mejor, no? Me pare que lo que permanente hay que hacer es deslindar el campo de lo moral, no? del deber ser, porque me parece que eso no colabora en nada, sino es una práctica que no es precisamente subjetivamente, es una práctica moral, porque aparte la medicina es una práctica cientista, no? y la ciencia pretende desligarse de la moral y está totalmente atravesada cuando hay una forma correcta de dar la teta, una forma correcta de... bueno, la atraviesa constantemente y, bueno, son cuestiones que por lo menos nosotros estamos bastante alertas porque insisten, insisten, eh... es un trabajo permanente que hacer... que yo creo que es.. es continuo, no es algo que estándar que se alcanzó... a ver, hay metas que se pueden fijar para alcanzar... que uno puede decir, bueno, acá... una de las metas que se ha alcanzado en el comité es lograr en un próximo tiempo, el respeto de ciertas condiciones en el parto, no? eh... luces bajas, puertas cerradas, eh... mayor intimidad. Esto se ha situado como una meta y se esa tratando de implementar, pero bueno, más allá de que ciertas cosas se consiguen hay un trabajo que hay que hacer porque lo que es lo tolerante o moralizante, en las instituciones aparece de otra forma, entonces no es que vos decís, bueno ya está, tengo la institución ideal, si hay cierto piso que se consigue, se ha conseguido, pero bueno que hay que seguir empujando en realidad.

E: - esta, bueno, ¿las mujeres pueden optar libremente cuando hay procedimientos de intervención alternativos?

Psicólogo 1: - eh... sí, por la ley sí. Es un derecho del paciente...

E: - ¿y en la práctica?

Psicólogo 1: - y en la práctica puede ser más complejo, depende también del profesional. Si vos me decís una mujer puede elegir la terminación de su embarazo, no? bueno, ha habido casos de embarazos que han generado polémica, embarazos que son incompatibles con la vida, embarazos que ha habido que terminarlos... donde el medico dice “no, bueno, vamos a esperar tanto tiempo” y nosotros hubo un caso donde había que acelerar ese tiempo, porque para la mujer era terrible continuar con ese embarazo donde no había posibilidades de vida del feto, y era una puna, no? y hemos tenido que mediar un poco de fuerza y tensar las cosas porque, eh, muchas veces, en la medicina... en la medicina es mucho decir, algunos médicos pueden tener un criterio absolutamente organicista en eso y además sostener que ellos también saben y entonces entran en un terreno de la opinión, no? “bueno, yo creo que la mujer no está muy angustiada” y en ese sentido yo defendiendo mi disciplina, yo considero que tengo más de veinte años en mi trabajo y que estoy mejor capacitado que un médico para eh... juzgar el estado subjetivo y las condiciones de un paciente, y yo le he dicho “si yo no le digo a usted que el segmento de un otro es el apropiado para intervenir, bueno usted no me diga a mi si esta paciente tiene chance o no de esperar”, en ese sentido yo, eh... defendiendo mi posición... eh... nose si conteste tu pregunta o em fui por las ramas...

E: - No.. si, si... (sonriendo) eh... con respecto al recién nacido ¿qué intervenciones se realizan?

Psicólogo 1: - eh... hay intervenciones para hacer, sobre todo cuando uno ve un déficit en la función materna, no? y hay muchas situaciones en que puede haber un déficit o una dificultad no? una depresión puerperal, no?... bueno, en realidad es esto, que la naturaleza es sabia y que como una mujer pario ya es madre, no? me parece que ser madre tiene que ver con otras cuestiones, con disposiciones subjetivas que hacen que una mujer pueda alojar a un hijo, y esto a veces no pasa de entrada, la mujer puede estar como shokeada después de haber parido, aun sin que haya ninguna dificultad organica grave, no? porque digo, nosotros muchas veces trabajamos con bebés internados en la neo y esto es un shock para los padres, entonces ahí uno tiene que intervenir tratando de que el bebé tenga esos cuidados elementales, la presencia de un humano, de hecho el bebé se va humanizando en la medida que alguien le habla, lo toca, lo agarra, bueno todo esto en la neo se ve alterado, de hecho el bebé va a una incubadora, va a estar en condiciones distintas, no va a estar en contacto así con la madre, se trata por eso, y en eso acá es piola, que la neo sea una neo abierta, donde el bebé pueda estar casi todo el día en contacto

con la mamá y el papá y eso está buenísimo, cosa que no pasa en muchos privados, pero bueno, ahí está puesta en jaque esto de que cuidados necesita un bebé...

E: - ¿y ustedes le hablan sobre los cuidados del bebé y también de si misma para el post parto?

Psicólogo 1: - eh... nose a que cuidados te referís...

E: - y no, por ejemplo, volviendo a esto del consumo o adicciones... de los cuidados que tiene que tener una mamá en el puerperio, que es una etapa bastante compleja...

Psicólogo 1: - claro, si... bueno, en realidad, yo creo que... creo que tratamos de...de escuchar y de ver como esta esa madre con respecto a ese bebe, en que lugar la pone ese hijo... vos pensá que si el bebé está internado en neo vamos a tener tiempo para intervenir y conocer a la madre porque está a lo mejor una semana o veinte días o más, pero cuando el bebé este bien orgánicamente, quizás la mama este complicada ella en cuanto a sus posibilidades de ejercer la función materna y nosotros vamos a evaluarla la muy rápidamente, si tenemos antecedentes porque el centro de salud nos ha comentado que tiene problemas de consumo o adicción, vamos a tener un acercamiento. La idea es igual que se vaya referenciada y que haya un seguimiento de la situación...

E: - ¿desde el centro de salud?

Psicólogo 1: - desde el centro de salud, eh... y si detectamos algo acá, eh... vemos también que condiciones, que posibilidades tiene la madre... yo creo que no es una cuestión de información, que pase por... por educarse únicamente, o sea... a ver... hay información que es importante y que hay que dar, pero también hay que ver qué posibilidades subjetivas tiene esa persona para ejercer la función materna... a veces esto no tiene que ver con ser más o menos inteligente, sino con alojar a un bebé como un hijo, no? puede haber madres brillantes que no tienen ningún deseo de tener un hijo y eso va traer un problema, no? por más que hayan parido eso te hace ubicar o no las ubica como madre para con un hijo y, otras madres, yo he visto con un déficit cognitivo y, sin embargo, puede alojar y criar a un hijo, si? Por ahí con un poco de ayuda y asistencia y acompañamiento, puede ejercer bastante bien la función materna, por eso es algo delicado a ver y a veces es muy difícil decir esto si, esto no, en esto y para nosotros también es muy difícil, porque estamos muy pocos días y tenemos que tomar decisiones de pasar un caso a niñez, decir “bueno, acá hay que tomar una medida excepcional, darle el bebé a otra familia por algún tiempo”, es difícil, o sea, tenemos que tomar decisiones muy complejas en muy poco tiempo, y con una institución como niñez, que no funciona precisamente bien, entonces es... muy difícil.

E: - ¿Cómo se promueve la lactancia? ¿y cómo se fomenta el vínculo cercano de la madre con el hijo?

Psicólogo 1: - bueno, acá la lactancia se promueve a palo y espada, que para mi está buenísimo la lactancia materna, pero tiene el peso de un ideal... el otro día hubo dos situaciones respecto a esto... había dos madres que tenían, por distintos motivos, poco aporte... acá a tener poca leche se le llama tener “poco aporte”, o hay veces que tienen el aporte y el bebé no se prende bien, porque hay bebés que se prenden más fácil, sin problemas y otras veces no es así, a otros les cuesta más, y cuando no es así, la institución empieza a insistir en los beneficios de la lactancia materna, que está bien, que es bueno, que tiene beneficios, lo que vos quieras, pero... –(interrumpe el teléfono)- no.. te decía que lo de lactancia llevado al extremo, como un ideal, es medio inhibitorio, inhabilitante para una madre, por ejemplo, me acuerdo de una que la habían visto angustiada, entonces me pasan la interconsulta, cuando voy a hablar la madre... lo que le pasaba es que era una chica que su bebé no se le prendía bien, tenía poco aporte de leche y que se yo, y yo muchas veces he escuchado de mujeres así, que están recopadas con su maternidad y todo, que sienten esto de que “bueno, si no le doy la teta, no soy buena madre” y esto es una carga, porque ¿Qué sentido tiene cargarle la cabeza? Sería mejor decirle, bueno, paciencia, vamos a probar y vamos a intentar, vamos a esperar un poquito, porque además, en general, cuando se le da un tiempo, finalmente, logran darle la teta y no pasa nada.. si vos le planteas eso y le decis “bueno, y si no en el peor de los casos podés darle una mamadera a tu bebé”, me parece que eso descomprimiría muchas situaciones y aliviaría, y haría que estas mujeres eh... fueran liberadas de la carga y peso de que es teta o muerte, podrían estar más tranquilas y darles la teta y relajarse, esa intervención nosotros, por ejemplo, la tenemos. O sea, más que promover la lactancia, que eso lo hacen médicos, enfermeros, etc., nosotros lo que hacemos es decirle “bárbaro, la lactancia esta buenísima, ahora si no podes, no es que sos la peor madre del mundo”, esa es una intervención muy de nuestro servicio.

E: - Claro.

Psicólogo 1: - y bueno, después tratar de trabajar con los médicos también, hay algunos que lo entienden más y otros te dicen “bueno, no, pero nosotros no podemos decirle que le dé mamadera al bebé”, creen que todas las personas somos iguales, que todos vamos a pensar lo mismo... seguro que algunas personas van a decir “ ah, bueno entonces le doy mamadera”, pero muchas otras no, muchas otras van a entender, no, primero tengo que darle la teta y sino, la segunda opción es darle mamadera... pero bueno, esto muchas veces no es así, acá no se ven los matices estos que te digo y es una locura... o sea, no está bueno, que te hagan creer que no, que es el fin del mundo, que es terrible, si a vos te dan la otra opción es mucho mejor.

E: - Seguro, ni hablar... ¿ qué cree necesario que habría que hacer para lograr una mejor implementación de la ley dentro de la maternidad?

Psicólogo 1: - Bueno, lo que ya te conteste antes, que yo creo que hace falta un trabajo sistemático dentro de la institución, algo que se mantenga en el tiempo... sistemático digo no episodios, porque lo que se hace es “bueno, organizamos una jornadita”... eh... de acá a tres meses es el día de la lactancia materna, y después es el día de... y es como a saltos y no, eso no hace un trabajo significativo, un trabajo significativo lo hace el...obviamente que nosotros tratamos de hacerlo, pero habría que hacer un trabajo de formación permanente... me parece que tiene que ser para todos los miembros de la institución, para todos los equipos y todas las disciplinas, eh... y que también no sea el mismo sentido de... porque sino vamos a caer en lo mismo, no? de ser una especie de caja negra que le ponen cosas así.. “eh, vos tenes que ser inclusivo, respetar...”, no, me parece que hay que escuchar a todos, ver que piensan ellos de esto, hacer lugar a las cosas más desopilantes si se quiere y poder empezar a trabajar sobre eso, para empezar a modificar ciertas prácticas y ciertas cabezas, que puedan cambiar eso, que puedan abrirse y, obviamente, establecer un piso porque hay personas que logran llegar más lejos y cambiar su práctica pero hay otros que no, y esos que no, bueno, tendrán un piso para no caer más abajo que eso, pero ya te digo, esto conlleva un trabajo de formación permanente.

E: - Además de lo conversado, ¿desea abordar algún otro aspecto que considere sobre la ley?

Psicólogo 1: - Eh... no, no se me ocurre más nada.

E: - bueno, muchísimas gracias.

Psicólogo 1: - no, de nada.

Entrevista psicóloga 2:

E: - ¿cuál es su profesión, cuánto tiempo lleva recibido y cuanto ejerciendo en esta institución?

psicóloga 2: - soy psicóloga, recibida unos... treinta y cuatro años de profesión, y en esta institución... trabajo en salud pública, en la Secretaria de Salud Pública desde hace treinta y dos – sonrío mucho, y en esta institución ingresé, más o menos, hace... quince años, pero entre medio estuve en otra función y volví.

E: - ¿que conocimientos tiene sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, “ De Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento?

psicóloga 2: - Eh... como ley no tengo muchos conocimientos, digamos... nunca he leído la ley, este... si conozco algunas cuestiones que hacen a la esencia de esa ley que tiene que ver con que esencialmente el proceso de nacimiento es un proceso que tiene el eje en la familia, en la mujer, en el niño por nacer, y la familia, digamos, a la que pertenece y a la que van a volver; que el proceso de nacimiento no gira en torno a los servicios de salud, digamos, de atención médica, sino que giran alrededor de las necesidades familiares y poblacionales, eso es lo que se. Ahora la ley en si misma no, no la leí.

E: Eh... esta, ¿ entonces no hubo disposiciones institucionales para que los profesionales tengan conocimiento acerca de esta ley?

psicóloga 2: - ningún tipo de disposiciones institucionales.

E: - esta. ¿ qué manifestación instrumental practica tiene esto a la hora de trabajar?

psicóloga 2: - eh... bueno, la maternidad... acá en la Maternidad Martín hay... se trabaja desde hace unos cuantos años con el paradigma de maternidades seguras y centradas en la familia, este paradigma permite... permitió todo un replanteo a nivel institucional que fue girando de institución amiga de la madre y el niño, donde está excluida la figura del padre y la familia y todos los lazos sociales que tenían esa mujer y ese niño, pasamos a pensar a la maternidad justamente centrada en la familia, esto tiene como consecuencia dentitos movimientos, por ejemplo, en neonatología, el ingreso irrestricto de las madres a la neo, de los padres también a la neo, la inclusión y la posibilidad de que los abuelos y los hermanitos puedan también conocer al recién nacido... estamos hablando de terapia intensiva, de una unidad de cuidados intensivos, no? eh... en el plano de las intervenciones obstétricas significa que hay acompañamiento permanente de la familia, significa la inclusión de la pareja, digamos, del padre del futuro bebe en el proceso de internación, antes yo recuerdo que era todo una excepción que se pueda incluir el hombre mientras la mujer estaba este... esperando, a lo mejor porque tenía una patología orgánica que la hacía estar internada antes del parto, era todo un tema pedir que hubiera acompañamiento, sino eran solamente visitas, y ahora se ha

logrado que el acompañamiento sea incluso el hombre, o sea, es todo un cambio que significa muchísimo trabajo, era una institución adecuada a la mujer y el niño, que se yo... se llegaba a decir cosas muy drásticas como “hay olor a hombre”, “la orina de hombre es más fuerte y se siente en el baño”... -sonríe- ese tipo de cosas eran enunciados que aparecían en la institución, y en el proceso del parto, también ha habido un avance en relación a que la mujer puede realizar su parto acompañada de su pareja o de quien elija, eso en cierto punto también, si uno ve la evolución, hay un avance... ahora se está tratando de dar la posibilidad de que también puedan acompañar a la pareja eh... en la... en los partos de cesárea, o sea, cuando está incluida la cuestión quirúrgica, ahora es muy excepcional, es algo que recién se está conversando – interrumpe la puerta- este... por ahí, por ese lado, pero bueno, hay muchísimas cosas para continuar, sobre todo, es algo que siempre está rozando distintas cuestiones que hacen a los derechos humanos, no cierto? Que hacen a... digamos, el trabajo respecto a admitir las diferencias, de hecho es parte del trabajo que hace salud mental y trabajo social, el hecho de poder admitir las diferencias frente a la institución... poder admitir las diferencias, poder admitir la singularidad, poder incorporar, digamos, la dimensión de los derechos, y en el caso de salud mental más específico, poder incorporar la problemática de salud mental, de sufrimiento subjetivo, como una problemática más de salud, no cierto? No como algo que implica segregación, sino justamente como algo que puede circular, tanto en la comunidad como en la institución hospitalaria y que es problema de todos, o sea que hay equipo especializado, pero que hay dimensión de la problemática que es de todos.

E: - ¿cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias en la institución?

psicóloga 2: - Este.... nosotros como servicio de salud mental, eh... trabajamos en todas las áreas de la institución, digamos, trabajamos por interconsultas... – se frena- ¿vos querés saber eso o querés saber por que consultan?

E: - eh, si, lo que le parezca referido a sus prácticas de intervención.

psicóloga 2: - bueno... eh... trabajamos en las distintas áreas, digamos, de la institución, sea en internación, sea en el momento que los bebés están internados en neonatología, sea en la guardia, en las consultas de urgencia, de parto, lo que... incluso hemos tenido que estar presenciado partos, acompañando en ese momento – se ríe nerviosa- no es lo que hacemos habitualmente, pero... no ha dejado de suceder esto de un parto, de una cesara, digamos, en términos de la necesidad de sostener ese vínculo, eh... la... las razones de consulta o motivos de intervención, digamos, porque trabajamos tanto por consulta como por presencia institucional, no solo por demandas explícitas sino también por la lectura de demandas o

necesidades, mas que las demandas, las necesidades institucionales, y en función de eso, las problemáticas principales tienen que ver con, eh... fundamentalmente, trabajar en la producción de la función materna, para nosotros la función materna no es algo natural, algo que se da en si mismo, algo que se corresponde con la función biológica animal , que no es que no la tenga, pero es la función máquina de la persona, maquina... nosotros trabajamos con el presupuesto de una... de que lo materno es algo que se construye, que a veces cuesta más, a veces cuesta menos, y bueno, a veces no se puede, pero fundamentalmente, trabajamos en función a esto, a ayudar a la construcción de lo materno o a rectificar, no cierto, algunos rumbos en relación al sufrimiento subjetivo respecto de esta problemática, y en esta línea, vamos a tener padecimientos bastante característicos de la época, por ejemplo, los consumos de sustancias, trastornos alimentarios, la violencia, lamentablemente, eh... incluso estábamos comentando justamente, cuantas situaciones de violencia estamos recibiendo, o no la estamos recibiendo, la estamos escuchando... cuando se nos refiere alguna situación clínica o problemática, eh... ,uno de los tantos datos que se plantea de estas mujeres son las situaciones de violencia, o en las situaciones de trabajo en conjunto que recibimos de los efectores de primer nivel... la problemática de la violencia, es una problemática muy muy presentes en el trabajo con las mujeres, con las familias... generalmente son problemática se generaciones, que ya vienen de las abuelas...

E: - Claro... ¿ se garantiza en la institución la participación de las mujeres en la toma de decisiones?
¿y el respeto de la intimidad y de las pautas culturales?

psicóloga 2: - No siempre, eh... es un trabajo a realizar, a veces nos da la impresión que avanzamos y que algo de lo que vamos trabajando se implementó y funciona solo, a veces nos parece que volvimos al punto cero – sonríe- que todo lo hicimos fue como escribir en el agua, como dice Freud, hay que escribir en el agua, muy lindo se escribe, pero como escribe se borró, por eso es muy desigual, lo que si es importante saber que tenemos un marco ideológico, político, sanitario que nos habilita para esto. Digamos, la Secretaria de Salud Pública postula la importancia de considerar al paciente en relación a sus derechos, a su ciudadanía, a su autonomía, a considerarlo eje del proceso de atención, de salud-enfermedad-atención, entonces toda vez que tenemos que dificultad en relación a esto tenemos un marco desde el cual trabajar, no es algo que fomentamos nosotros como servicio de salud mental o servicio de salud mental con trabajo social, que siempre estamos trabajando de forma conjunta, casi como si fuéramos un solo servicio, eh.... tenemos, digamos, este marco de trabajo, pero bueno... se da en muchísimos casos discusiones importantes respecto a la autonomía del paciente, hay pacientes que quieren interrumpir sus embarazos, pacientes que quieren hacerse

ligadura tubaria... ligadura tubaria, por tomar un ejemplo, es ley, y la ley dice que la mujer, a partir de los dieciocho años puede decidir, este... tenga hijos, no tenga hijos, tenga un hijo, lo que sea.... puede decidir lo que sea, y bueno, puede haber un sector de la población que lo va a cuestionar o lo va a... la forma de cuestionarlo puede ser patologizarlo... Un modo, digamos, de darle otro curso, psicopatologizarlo, “acá hay una problemática de salud mental, como puede ser? Tiene 18 años y tiene un solo hijo, solicitamos evaluación de salud mental...” eh? Y bueno, esto no ocurre siempre, pero todavía ocurre, pero podríamos decir, ocurre menos antes, porque yo que trabajo hace muchos años, cuando empezó la ley de ligadura tubaria, por tomar un ejemplo, eh... nos interconsultaban todas las pacientes que querían operarse, porque en la cabeza de la medicina obstétrica, más tradicional no podía estar la idea que la mujer no quería ser madre, hoy en día eso se modificó bastante...

E: - ¿y con respecto a la intimidad y las putas culturales?

psicóloga 2: - y con respecto a la intimidad yo considero que es un poco complejo, el problema de la intimidad es complejo en la salud pública, en general, para mí es un tema para cuestionar, digamos, en el trabajo de salud pública, eh... se plantea la disyuntiva no cierto? Al tratarse de trabajo en equipo en vez del trabajo individual, porque como se postula un modelo que es diferente al modelo médico hegemónico, donde el médico, digamos, define su terapéutica hacia un sujeto aislado, pasivo... nosotros estamos pensando activo, inserto, este... y bueno, multideterminado también, entonces en el ejercicio de la interdisciplina supone un intercambio y ahí se complica el tema de la intimidad, si creo que está entre los principios, por lo menos de salud mental y trabajo social, resguardar la intimidad... te doy un ejemplo, ayer teníamos internada una paciente de salud mental, una paciente que terminamos internando en el Agudo Ávila por una crisis puerperal y desde el día anterior habíamos decidido retirar al bebé de la mamá e internarlo en neonatología, para protección del bebé y de la mamá e ir realizando sus intercambios con el bebé mientras se la iba asistiendo: salud mental, medicación psico farmacológica, entrevistas, trabajo social trabajando con infancia, etc. Cuando vamos a ver con la trabajadora social a la paciente, nos encontramos con que la paciente tiene un cartel, en vez de diagnóstico y el nombre, tenía un cartel que decía “caso social”, creo que te estoy respondiendo... -sonríe-

E: - Si, terrible.

psicóloga 2: - entonces, este... pero, uno podría decir, está bien, es horrible, pero... no se tarda un cuarto de segundo en que todo el mundo se da cuenta que está mal y la saca, o sea, hay una legalidad, pero todavía no está incorporada... en otros tiempos me hubieran dicho “bueno,

pero si es un caso social” o “bueno, pero es lo mismo, que me importa, lo que importa es que todos los profesionales se enteren que es un caso social, supónete”

E: - claro.

psicóloga 2: - Hoy, Susana, la trabajadora social, fue a hablar con la jefa de trabajo social, la jefa de trabajo social en dos segundos saco el cartel, los enfermeros miraban, los médicos miraban... esta esa tensión entre lo instituido y los instituyente, lo instituyente está en la línea de los derechos, de la privacidad, etc, pero bueno, la institución como toda institución, lucha contra su propia historia.

E: - Claro, ¿y con respecto a las pautas culturales?

psicóloga 2: - y... estamos en la misma línea, digamos, cuesta, pero también hay apertura, por ejemplo, eh... bueno ,obviamente tenemos muchos pacientes inmigrantes de otras provincias, la comunidad toba presente también, distintas modalidades culturales y bueno, existen prejuicios pero también existen ciertas aperturas para poder considerarlas, yo creo que la tensión que hay en la sociedad, con la diferencia que acá esta legalidad que tenemos que trabajar para hacer lugar a la diferencia.

E: - ¿ hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el tiempo que están acá? ¿cuáles puede describir?

psicóloga 2: - y hay algunas situaciones donde los pacientes, por ahí, interrogan más las decisiones o pueden ser que las cuestiones, no es tan habitual, lamentablemente, y digo lamentablemente, porque verdaderamente el principal responsable de la salud es uno mismo, cada persona. En realidad, más ligado al esquema de atención y al modelo biomédico, bueno, sabemos, el paciente está en un lugar de paciente: pasivo, no cierto? Por lo tanto, no es tan habitual el cuestionamiento pero bueno ocurre, a veces eso genera malestar, por ejemplo, es bastante común que madres o padres que están siguiendo a ver cómo están atendiendo a sus bebés internados en neonatología, , están prestándole atención con que le hacen, que le dejen de hacer, están controlando el proceso de atención y a veces eso es vivido como una cosa persecutoria.

E: - ¿ y eso genera obstáculos en el proceso de atención digamos?

psicóloga 2: - y a veces si, a veces también forma parte de nuestro trabajo estar ahí viendo ahí también la perspectiva de que a lo mejor la cuestión no está en controlar al médico o enfermero sino en hacerse... poder encontrar un rol activo en ese momento de impotencia tremenda donde todo está en manos de la medicina el lugar que puede... te doy un ejemplo, no? de una situación que me estoy acordando ahora muy reciente, donde se le explicaba al médico eso, que es su modo de ser padre, donde justamente el me dice que siente una impotencia tremenda, que si

por él fura se metería adentro de la incubadora... que siempre desarrollo todo, que siempre protegió a todos y en esto no puede hacer nada, entonces su forma de hacerlo es protegerlo controlando, no es que desconfía de vos, está en que es su forma de ser padre... como puede haber otro que realmente desconfía, que se yo... hay todas las posibilidades, pero si, a veces cuesta, toda esas dificultades forman parte del trabajo de salud mental y de trabajo social.

E: - ¿ pueden optar libremente las mujeres cuando existen procedimientos de intervención alternativos?

psicóloga 2: - Eso es una tensión también. Están viniendo mujeres en el último tiempo con lo que se llama plan de parto, que lo elaboran en otros espacios, y vienen a pactar y a pautar el modo en que se va a desarrollar, genera bastante resistencias, tenemos algunos médicos con una posición bastante abierta en relación a que la protagonista del proceso es la mujer, digamos, y que ella tiene derecho a elegir incluso la terminalidad de su parto, si la mujer quiere terminar en cesárea puede hacerlo, cosa que acá es difícil que se entienda, pero como te decía con todo lo otro, todo es discutible, tratable, nosotros ab veces recibimos a veces interrogantes de los centros de salud y son interrogantes e pacientes de salud mental, muy graves, y son interrogantes acerca de si esa mujer va a poder bancarse, va a poder tolerar un proceso de parto por todo los dolores...

E: - ¿de parte del personal?

psicóloga 2: - sí, de parte del personal, claro... y vos me preguntabas en relación a las mujeres, bueno, es esto que te decía... se está trabajando para que se le haga lugar a lo que las mujeres deseen, pero cuesta.

E: - Eh.... con respecto al recién nacido ¿Qué intervenciones se realizan y quienes la llevan a cabo?

psicóloga 2: - el trabajo de salud mental respecto del recién nacido tiene que ver con lo vincular, el vínculo que se establece, el vínculo primario que es madre-hijo y justamente la capacidad de la mama de hacerse madre y que va de la mano con hacer de ese bebe un hijo, también en ese punto no consideramos que haya naturalidad, que un bebe, por el solo hecho de nacer ya es un hijo, eh? Justamente tiene que darse ese proceso por el cual la mujer puede invertir a ese bebe como un hijo, como alguien que entre en ese linaje, en la línea filiatoria que presenta y que, además, posee las condiciones ese bebé que permiten que ella pueda quererlo y que pueda suponer aspectos que ella considera valiosos, en todo ese proceso por decirlo muy sintéticamente que hacen que alguien haga del niño un hijo, ese sería el trabajo fundamental en relación a neonatología, con todas las variantes en los distintos ámbitos y distintas problemáticas que puedan aparecer.

E: - ¿ cómo se promueve la lactancia?

psicóloga 2: - la lactancia eh... hay una política institucional de promoción e la lactancia, no estoy muy al tanto de como se promueve, si este... se considera un recurso muy importante que la madre puede ofrecerle al bebe, que no es algo que naturalmente sucede por lo tanto que hay que ayudar a la mama a poder brindarle eso al bebe, esa es la filosofía que hay atrás, después hay muchas estrategias en relaciona esto... los principios son estos: la importancia de la lactancia, tanto desde el punto de vista nutricional como del punto de vista vincular, esta doble función que tiene la lactancia, este... y bueno, por ejemplo, en todos los ámbitos de la institución está incorporada la cuestión de la lactancia, en el momento que nace el bebé, en toda la internación, en neonatología, aunque el bebé no puede recibir alimento materno , la mama puede extraer su leche y guardarla... esto no es sin problemas de orden normativo, de prejuicios, de olvidarse de derechos de las mujeres, a veces cuesta.... cuesta, por ejemplo, entender que una mujer no quiere amamantar, cuesta encontrar el equilibrio entre el poder ayudar a amamantar a imponerle que tiene que amamantar, por ejemplo, hay mujeres que nos han expresado que se han sentido presas acá, porque, por ejemplo, “yo no le podía dar la teta y entonces hasta que no le diera la teta no me lo dejaban llevar”, eso supera todo, porque ni el hijo es de ella, ni la teta es de ella, ni la la decisión es de ella, todo es de la institución, todo... eso sucede... sucede y no es tan infrecuente. También sucede lo otro, la capacidad de la institución para... esta todo en esta tensión que te digo, por lo menos en el análisis que yo hago... este... pero bueno, la cuestión es que estamos siempre en el plano de esta legalidad, pero a veces es difícil que se comprenda... ¿te conteste más o menos?

Entrevista trabajo social:

E: - Bueno, la primera pregunta es ¿Cuál es su profesión, cuánto tiempo lleva recibido y cuánto ejerciendo en esta institución?

Lic. En trabajo social: - Bueno, trabajadora social, me recibí en el 2005, o sea que hace dieci... (sonríe) doce años, perdón, y diez que trabajo acá en la Maternidad Martín.

E: - ¿Qué conocimientos tiene sobre la Ley Nacional Nro. 25.929, “De derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”? ¿cómo accedió al conocimiento? ¿realizo cursos o capacitaciones? ¿fue por motivaciones propias o por disposiciones institucionales?

Lic. En trabajo social: - los conocimientos fueron por interés personal. La Leí y se que se trata de los derechos de los niños por nacer, las madres, digamos, las puérperas y los derechos que tienen los padres cuando tienen hijos en situación de riesgo.

E: - ¿Qué manifestación instrumental practica tiene esta ley a la hora de trabajar?

Lic. En trabajo social: - ¿Acá en la institución? Se está tratando de implementar, hoy justamente hubo dos partos respetados, justamente me comentaba una pediatra, se está tratando de hacer... eh, en la institución, eh... eso lleva tiempo y lleva también que la gente se vaya adaptando a esta nueva práctica, eh, porque no es lo habitual, en verdad... eh... ac lo por ahí lo que se hace es tratar de priorizar el tiempo...eh, que las mujeres puedan ser atendidas y que se pueda atender a la que venga después, eh... por eso todo el tema del tiempo, de la madre, de la participación de la familia, que sea un... espacio íntimo, eso no es prioridad, si por ahí la prioridad está en algún equipo de salud en particular, por ejemplo, hoy hubo dos pediatras que... dos pediatras y un obstetra que.. intentaron hacer este parto humanizado, parto respetado, perdón... eh... y se pudo hacer tranquilamente... si no había tanta demanda entonces eso posibilitó que bueno, una de las mujeres pudo ser acompañada por su pareja, se le dio el tiempo para que este con su bebé, fueron cincuenta minutos, eh... se eliminaron las practicas invasivas, eh... se apagaron las luces, hubo silencio... en verdad en lo diario no se puede lograr, pero bueno, por lo menos, se pudieron hacer esos dos.

E: - ¿cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta el post parto?

Lic. En trabajo social: - hasta el post parto... bueno, en verdad se interviene en las situaciones, no en todas las situaciones, sino en las que son derivadas por el equipo de salud, ya sean obstetras, enfermeros o pediatras, eh... que se hace es muy es diverso, en verdad, depende de cada situación en particular, a ver... léeme bien cómo dice.

E: - ¿Cuáles son sus prácticas de intervención desde su disciplina hacia las mujeres y sus familias desde que llegan a la institución hasta el post parto?

Lic. En trabajo social: -Claro, depende cual es la situación. Lo primero que se hace es tomar conocimiento de cuál es la situación problemática y después elaborar una estrategia de intervención, ya sea con el equipo de la maternidad o en conjunto con algún centro de salud u otra institución donde tenga intervención previa. Eh... te hablo a nivel general, eh, para no meterme en la... en la temática, y una vez que egresan, si la situación lo requiere se lo deriva a un centro de salud de referencia, si es que tiene que ver con cuestiones de salud... muchas veces no tiene que solo con cuestiones de salud sino con cuestiones de calle, discapacidad, eh... nose, situaciones de violencia que por ahí en esas son las que más intervenimos por el vínculo que tienen con la institución... eh...muchas veces no hay centros de salud donde derivar, porque las cuestiones de violencia, muchas veces, las mujeres cambian de territorio entonces muchas veces es muy difícil incluirlas en un centro de salud y entonces, según el vínculo que tiene con la institución se sigue un tiempito. Eh... cuestiones con derechos vulnerados de niños, eh... a ver que más... (piensa) eh, conflictos familiares, alimentación, problemas de salud, eh... diversos, se me está escapando alguna... abusos sexuales... bueno, esas son las problemáticas.

E: - ¿Cómo se garantiza el derecho del resguardo de la intimidad y de las pautas culturales?

Lic. En trabajo social: - ¿ desde la institución o desde nuestro lugar?

E: - Ambos.

Lic. En trabajo social: - Desde la institución se intenta, pero por ahí no todos tienen el mismo conocimiento de las pautas culturales, por ejemplo, los tobas, eh... depende cual sea la guardia que intervenga tienen más conocimiento en lo que tiene que ver con lo cultural, por ejemplo, pedir la placenta para enterrarla, los tobas tienen esta práctica, a muchos se les escapa eso y ni siquiera preguntan, pero eso depende del profesional que interviene, y de nuestro lugar obviamente se respeta cuáles son los tiempos de los tobas... tengo pongo los tobas como ejemplo porque después vienen gitanos, gente de la comunidad china, nose... diversos, haitianos, es diverso... pero te digo los tobas porque como tenemos acá la comunidad qom son por ahí con los que más trabajamos, y bueno con ellos respetamos todo, se respeta el tiempo, el tema de las miradas, esto que te decía antes, las costumbres que tienen, el tema de la maldición, todo eso influye a la... obviamente a la situación en la que se trabaja.

E: - ¿Entonces en la institución no hay charlas para los profesionales sobre ese tipo de situaciones?

Lic. En trabajo social: - En verdad se interviene eh, con el equipo que toca, no es que se ha abierto a la institución, este... se ha intentado, pero no... no hubo caso, eh... si con los profesionales que intervienen se tratan de explicar las culturas que tienen...

E: - Claro.

Lic. En trabajo social: - pero en verdad somos como cuatrocientos en la institución, entonces es difícil que se hable con todos, y que con los que se hable lo entiendan y lo recuerden (sonríe).

E: - hay situaciones en que las familias no aceptan las decisiones que toma el equipo de salud durante el proceso?

Lic. En trabajo social: - Sí.

E: - ¿cuáles puede describir y que invocan para no aceptarlas?

Lic. En trabajo social: - En verdad las más difíciles son las que tienen que ver con los cuidados del niño y las medidas de protección excepcional, cuando los derechos del niño son vulnerados y ese niño donde el niño es separado, no puede vivir con la familia, si tener contacto pero no puede vivir con la familia, por una cuestión de riesgos, obviamente son situaciones en la que más... cuesta que la familia acepte, eh.. y después las que tienen que ver con tratamientos... muchas veces las mujeres, por ejemplo, hay una mama que es celiaca y obviamente los alimentos que se consiguen para ella, que es una dieta muy cara la que necesita, ella se la suministra a los hijos, entonces ella prioriza la salud... salud de sus hijos o la situación de sus hijos, si bien sabe que si ella no come se puede morir... pero bueno... esa es una de las situaciones más difíciles que tenemos...

E: - ¿y cómo resuelven esos conflictos?

Lic. En trabajo social: - Estamos ahí... (Sonríe nuevamente) trabajando con el centro de salud, con distintos actores que intervienen... claro que todos tenemos posiciones distintas, pero esto requiere de dialogo y evaluación constante.

E: - Claro. Eh... con respecto al parto ¿sabes si las mujeres pueden optar libremente procedimientos de intervención alternativos?

Lic. En trabajo social: - eh, ¿cómo cuáles?

E: - por ejemplo, el uso de oxitocina o no, de suero, de antibióticos...

Lic. En trabajo social: - Eh.. yo creo que es depende que guardia le toque, del profesional que tiene delante, puede optar o no, nose si lo pide, nose si está acostumbrado a pedirlo, yo creo que si lo piden no se podrían negar, pero nose si lo piden o no... sé que hay profesionales que están de acuerdo y lo aceptan pero hay otros que no.

E: - Con respecto al recién nacido ¿Qué intervenciones se realizan?

Lic. En trabajo social: - Eh... como por ejemplo? ¿que tienen con ver con la ley?

E: - Claro.

Lic. En trabajo social: - (silencio) no se te decir, se que están tratando de implementar los lineamientos, pero nose si... se que una vez que nacen se los ponen pecho, que tienen un

contacto piel a piel, pero el tema es que el tiempo no es el que se sugiere en la ley, sino que son tiempos muy cortos, es poco el tiempo, después lo revisan... al menos al parto que yo hace un tiempo presencie, éramos muchas personas dentro de la sala de parto, la pareja se había ido porque se había asustado, a la mujer le gritaban para que puxe, que a mi me parecía muy violento, pero bueno, es una práctica habitual de ellos, eh... no lo hacían conscientemente, pero es lo que se hace habitualmente... eh, la puerta estaba abierta, no, perdón, estaba cerrada pero la abrían...

E: - Claro... o sea que la intimidad no se garantiza?

Lic. En trabajo social: - Te estoy hablando de un parto que vi, eh... nose... como como son todas guardias es... se dan un montón de situaciones... no, lo que me parece, por lo que veo, es que no todos están convencidos con este tema del parto, creo que va a llevar un tiempo para que... eh... todos evalúen que es la mejor manera de llevar a cabo las prácticas para la paciente.

E: - ¿y desde que lugar hay más resistencias?

Lic. En trabajo social: - ¿desde que sectores?

E: - sí.

Lic. En trabajo social: - De todos... de enfermería, de pediatría, de obstetricia... te digo de algunos, no te puedo decir de todos, de algunos... hay otros que están tratando de... tratando de que se acepte, pero la resistencia viene del médico que se cree que es dueño del momento, de la enfermera que es su espacio de poder, de la pediatra que quiere hacer rápido su trabajo y no respetar los tiempos que tiene la mujer con su hijo y su marido si es que esta o cualquier familiar... obviamente hay otra madre que esta por parir y priorizan ese tiempo...

E: - ¿Cómo se promueve la lactancia después del parto y en el caso de los recién nacidos en situación de riesgo?

Lic. En trabajo social: - Bueno, en todos los casos la lactancia sí, es algo que se promueve. Sí en las situaciones de riesgo, depende de la situación de salud del bebé, pero en la neo lo que se intenta siempre es que... que se alimente con leche materna, si bien no puede tomar la teta pero si... (interrumpen abriendo la puerta) siempre que... siempre que sea posible se prioriza la lactancia materna, salvo que si hay un problema, una enfermedad o algo de transmisión por la lactancia, obviamente, se suspende... si, solamente son esos casos, donde hay riesgo para la salud del bebé.

E: - La siguiente pregunta es ¿cómo se fomenta el vínculo cercano madre-hijo?

Lic. En trabajo social: - ¿en la neo?

E: - En general...

Lic. En trabajo social: - Bueno, en verdad, la mamá esta siempre acompañada con su bebé, salvo que ese bebé tenga algún problema de salud, claro está. Si la salud del bebé lo amerita está con su mamá, sino esta en la neo. Si lo que se pide es que la mujer este permanentemente acompañando a su bebé ¿por qué? Porque se comprobó que si ese bebé está acompañado se recupera más rápido, entonces se busca que ese bebé pueda estar acompañado.

E: - ¿y con el resto de la familia?

Lic. En trabajo social: - con el resto de la familia es más complicado porque en su momento se... pidió el ingreso del padre, eh... ingresaban los padres con horarios irrestrictos, se logró eso, ¿qué pasó en este momento? Que subieron por las normas de higiene, que por ahí no respetaban, según dicen, no lo sé... eh... empezaron a haber más infecciones y más virus y demás, y entonces se suspendieron... está bien que fue en un momento de...eh... en invierno, donde hay, eh... más posibilidades de que se infecten o más enfermedades... por la tos, por esto, por aquello, y porque deambulaban mucho dentro de la sala, entraban, salían, entraban, salían y eso en verdad perjudico mucho a... a la salud de los niños que estaban internados, entonces se suspendió. Si se prioriza la entrada de la madre, y del padre también pero no con horarios irrestrictos como la madre. Fue por una cuestión de higiene y de salud de los niños, y... por otro lado, también los días martes ingresaban hermanitos y abuelos... también, lo mismo... después se suspendió y ahora están tratando de empezar a retomar... hasta tanto vuelva a pasar lo mismo, pero se prioriza la salud de los niños, pero si importante obviamente le vinculo que tenga con su familia.

E: - Eh, ¿qué cree necesario para lograr una mejor implementación de la ley dentro de la Maternidad?

Lic. En trabajo social: - Bueno, a ver... primero que todos estén al tanto de que significa, por otro lado lograr la empatía, eh... muchas veces el personal no se pone en el lugar del otro... eh, por qué nose... yo creo que tiene que ver con parte de una naturalización de la situación y de que... quieren hacer su trabajo rápido, cómodos e irse a su casa, eh... yo creo que logrando difusión y empatía de la gente, se puede lograr... y obviamente condiciones eh... edilicias, que muchas veces no están, eh... muchas veces, se generan desbordes en la atención y hay mujeres que ingresan, ingresan y así han parido en la sala de espera, en el ascensor... yo he visto un parto en planta baja... entonces muchas veces la demanda supera que exige la ley.

E: - Claro, y te consulto... no está en la guía, pero me surgió la duda, ¿con respecto a la problemática de adicciones como la manejan?

Lic. En trabajo social: - (silencio) y es complicado... es complicado, hay situaciones en que las mujeres reconocen que tienen problemas de adicción y quieren hacer algo al respecto, a partir del nacimiento de sus hijos, eh... quieren hacer algo para... consumir menos o... para

continuar un tratamiento o para cuidar a su bebé ¿cómo lo cuidan por ejemplo? Eh...Cortando la lactancia porque saben que eso, puede traer problemas de salud, eso es una manera de cuidarlo... eh, que se hace? Se intenta tomar la situación particular y se busca coordinar con algún centro de salud la atención y el seguimiento o la inclusión en algún programa, porque, en verdad, es muy diversa la... y es muy importante, obviamente, la contención de la familia, si hay familia... hay veces que no hay familia y hay alguna situación de riesgo para con el niño, obviamente, se toman las medidas excepcionales que se intenta que no, siempre buscando ayuda en la familia o contención en el barrio y demás... siempre son situaciones donde... ya no hay conciencia y están muy desbordadas por la situación.

E: - ¿y hay muchas situaciones de ese tipo?

Lic. En trabajo social: - hay situaciones graves de adicción, eh...pero estas que te digo que son las más complejas por suerte no tanto, si de adicción... eh.... consumo de marihuana, consumo de cocaína, o de algún otro tipo de sustancias... pero lo que encontramos es que siempre hay alguien que esta ayudando en esas situaciones y conteniendo de alguna manera, que no es la ideal, pero que a lo mejor en la situación de.. de puerperio ayuda, y son situaciones que continúan en el centro de salud, entonces sabemos que algunas terminan en medidas de protección excepciona lamentablemente y algunas tienen altibajos, que ingresan a una institución, después egresan, que después están por un tiempo consumiendo menos...no que dejan de consumir, pero consumen menos, lo tienen más controlado... después inician tratamiento con algún psiquiatra... el tiempo que están en la maternidad es corto...

E: - claro, si...

Lic. En trabajo social: - pero después las seguimos muchas veces a través del consultorio de alto riesgo...

E: - Ah, eso iba a preguntar, ¿una vez que tienen el alta como es el seguimiento?

Lic. En trabajo social: - del centro de salud... nosotras la podemos atender, como te decía antes, en el embarazo, cuando ingresan a la institución, si ingresan al consultorio de alto riesgo que pertenece a cuidados especiales, entran por alguna problemática del embarazo, y ahí las conocemos, y después e sigue si es que sigue en consultorio de alto riesgo, durante un tiempo hasta que vienen a parir, que son tres días, o si el bebé ingresa a la neo de tres meses, de un mes, indefinido, y después se hace el seguimiento con el centro de salud, se deriva, y si la situación lo amerita se trabaja conjuntamente con el centro de salud o lo trabaja solamente el centro de salud.

E: - Además de lo conversado, ¿desea abordar algún otro aspecto que considere sobre la ley?

Lic. En trabajo social: - ¿con respecto a la institución? No.... lo que sí, yo estoy completamente de acuerdo con la ley, pero si me cuesta... pensarla en esta institución cuando hay desborde, cuando ingresa una mamá tras la otra, cuando no... si bien uno está de acuerdo con la ley, digo poder eh... tenerla en un espacio íntimo no... no se puede, porque tenés que utilizar... porque ese espacio tiene que ser utilizada por la que viene a parir después... en verdad, en el momento del parto, por lo que contaban hoy, se la dejo en la sala de parto, que es donde nació el bebé... hay cuatro salas de partos, o sea, si hay una mamá que lo necesita, es muy difícil que se pueda respetar el tiempo... lo que puede llegar a pasar es que la trasladen al quinto piso con su bebé, lo que se puede intentar es que no se revise al bebé sino que esos cincuenta minutos , nose si lo estipula la ley o algo que esta...

E: - No, no se estipula en la ley...

Lic. En trabajo social: - Ah... bien... en verdad de lo que se habla es que esté cincuenta minutos con la mamá... y que después se lo revise y demás... obviamente si las condiciones de salud son las adecuadas, no? Entonces que este esos cincuenta minutos, s bien no puede estar en sala de partos, que este trayéndola acá a la habitación, no? Pero que ese tiempo se respete, no se intervenga antes, y ese bebé pueda estar con su mamá y con su papá... si lo que me cuesta es pensarla acá cuando faltan tantos espacios de intimidad... y hay tanta demanda... hay veces que se pueda hacer cuando no hay tanta demanda y a veces que no... pero obviamente estoy de acuerdo con la ley, siempre y cuando la salud del niño lo permita...

E:- Esta bien... muchas gracias.

Lic. En trabajo social: - de nada.

Entrevistas en audio:

Bibliografía:

- BIURRUM-GARRIDO A. , GOBERNA-TRICAS J. *La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía.* Matronas prof. 2013; 14 (62-66)
- BOURDIEU, P. *Algunas propiedades sobre los campos.* Ponencia en la Escuela Normal Superior, 1976.
- CARBALLEDA, Alfredo. “*Los cuerpos fragmentados. La intervención social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*”. Buenos Aires. Editorial Paidós. Tramas sociales. 2008.
- CAZZANIGA, S. *El abordaje desde la singularidad.* Desde el fondo. Cuadernillo temático n° 22
- CRESPO A. Y OTROS . La atención del parto: Poder, derechos, violencia. Revista Salud Quintana Roo, n° 25, julio-septiembre 2013.
- DI TELLA, Torcuato. “*Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*”. España, Ariel. 2004
- GELIBERTI, E. *El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos.* 2003
- HERNÁNDEZ GARRE, J. Y ECHEVERRÍA PERÉZ, P. *La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas.* Revista de dialectología y tradiciones populares; vol. LXIX, n° 2, pág. 327-348, julio-diciembre de 2014.
- KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social: Definición, figuras, clínica.* Editorial Gedisa, 1° edición, Barcelona, 2007,
- LEVIN, S. *Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* . Buenos Aires, Espacio Editorial, 2010.
- Ministerio de Salud Argentina. *Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia.* Buenos Aires, el Ministerio, 2004.
- NARI, M. *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires (1890-1940).* 1° edición. Biblos. Buenos Aires, 2004.
- ODENT, M. *El Bebé es un mamífero.* Editorial Madreselva, 1° edición. Buenos Aires, 2011.
- ODENT, M. *El nacimiento renacido.* Traducción: Felicitas Miras. Errepar S.A., Buenos Aires, 1984.

- RICH, A. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución.* Postifacio a la edición española de Mercedes Bengoechea. Ediciones Catedra. Universidad de Valencia- Instituto de la mujer.
- UNICEF. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural: Conceptualización e implementación del modelo.* Segunda edición. Bueno Aires. 2012.

Sitios de red:

- BELLO Y BECERRIL-MONTEKIO. *Sistema de Salud de Argentina*. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006, consultado el 27/02/2016.
- 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, 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. *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas*. Disponible en <file:///D:/USUARIO/Antonella/Downloads/Dialnet-ProblematicasSocialesComplejasYPoliticasyPublicas-4968409.pdf>
- KARSZ, S. *Pero ¿ qué es el trabajo social?. La investigación en Trabajo Social*. Volumen V, Publicaciones post Jornadas. Paraná, Facultad de Trabajo Social-UNER, 2006, pp. 9-28. Disponible en <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/17.03.08karsz.htm>
- Ley 25.929, art. 2. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>, consultado el 01/04/2016.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Parto Respetado*. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>, consultado el día 17/02/2017
- Municipalidad de Rosario. *Maternidad Martín*. Disponible en <http://www.rosario.gob.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1721>, consultado el día 02/04/2016.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud y Derechos Humanos*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>, consultado el 28/02/2017.