

Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos.

Belén Castrillo

Presentación

En este capítulo describiremos y analizaremos la política de humanización de la atención médica de partos de bajo riesgo implementada en maternidades públicas de La Plata. Consideramos que la humanización de este tipo de atención se asienta sobre dos ejes interrelacionados: la consagración de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la revisión y cuestionamiento de las prácticas médicas obstétricas hegemónicas.

El capítulo consta de cuatro partes: en la primera nos referiremos a los significados e implicancias de la humanización de la atención del parto¹. En la segunda, haremos una lectura crítica de tres guías ministeriales (dos nacionales y una específica de la provincia de Buenos Aires) que operativizan los lineamientos de la política de humanización a la luz de los dos ejes mencionados. En la tercera, analizaremos los lineamientos particulares de las guías sobre la humanización en atención de los partos de bajo riesgo. En la cuarta parte, y a través de lo recorrido en las anteriores, se expone un análisis de su implementación a partir entrevistas a funcionarias del área de Maternidad e Infancia del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires y a las jefas de los servicios de tocoginecología de tres maternidades de Hospitales públicos de la ciudad de La Plata. El abordaje es cualitativo, basado en el análisis de documentos y entrevistas.

La pregunta por la humanización

“La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción de que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad a la mujer, a sus familiares y al recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos. Además dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción” (Sánchez, 2012: 232).

¹ Quedan excluidas de este capítulo las reflexiones en torno a las regulaciones en torno al embarazo, puerperio, lactancia y cuidados del recién nacido, ejes en los que las guías analizadas intervienen.

La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, que tiene arraigo en diversas áreas de la salud. En la atención de partos, específicamente, pone el acento en que durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, se respeten y adquieran protagonismo los derechos de las mujeres, lo que implica cambios y adaptaciones de las prácticas médicas. En este sentido, la humanización aparece como reacción a la patologización e intervencionismo médico instalados alrededor de estos procesos², con la intención de combinar el progreso de la tecnomedicina con un trato y una relación médico-paciente particular, respetuosa, centrada en los aspectos psicoafectivos, emocionales, culturales y sociales del evento del nacimiento. De este modo, la humanización de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico (Porto et al., 2015).

En los estudios sobre el tema, se analiza la humanización del parto como una retórica (Jerez, 2015), ideario (Tornquist, 2003) o término estratégico (Porto et al., 2015), que combina dos dimensiones centrales: la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres –y, por ende, de la ciudadanía y autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo– y la crítica-transformación de las prácticas médicas obstétricas para apuntar al cumplimiento de esos derechos.

Hablamos de una “política de humanización” en tanto constituye el horizonte estatal de la atención médica de partos, y analizamos solo un instrumento de dicha política al tomar tres guías que recogen parte de sus lineamientos principales. El supuesto básico del presente trabajo es que a través de estos instrumentos -las guías mencionadas y otros dispositivos de la política de humanización- el Estado legitima ciertas intervenciones médicas en los procesos de parto –o su reevaluación o la incorporación de nuevas– al tiempo que cuestiona mitos instalados en la práctica clínica y da nuevas orientaciones para el trabajo profesional. Entendemos aquí la humanización como un horizonte, vinculado a una política de salud que se traduce en intervenciones protocolizadas y guías de procedimientos que apuntan al cambio del trabajo profesional, de las relaciones

² *“Esta visión patológica de los cuerpos y procesos de las mujeres es muy influyente en el modo actual de concebir los partos. En vez de partir de la evidencia científica aportada por la medicina y basada en evidencia que sustenta que más de 85% de los partos y nacimientos pueden desarrollarse de forma fisiológica y casi sin intervención externa a las mujeres, se organiza un sistema de atención al parto que pretende llegar a 100% de las mujeres basado en la concepción patológica del parto, obligando a las mujeres a parir en centros de segundo y tercer nivel de atención, asistidas por la medicina e invadidas por la tecnología y por intervenciones muchas veces injustificadas que van quitándole la posibilidad de reconocer y responder a las necesidades de su cuerpo. Negándoles así la posibilidad de experimentar que son ellas las que paren a sus hijos e hijas, y al contrario, presentando al hospital como el dispositivo que “logró” que su bebé naciera” (Gainza et al., 2014: 188-189).*

médico-paciente y del acceso a derechos sexuales y reproductivos de la sociedad. En este sentido, la pregunta sociológica es sobre las relaciones de poder que se dan en la atención médica del parto y en los modos en que el Estado viabiliza, obstaculiza, propone y disputa las formas en que se dan.

Las guías y los lineamientos de la política de humanización

La política de humanización de la atención médica de partos, encuentra en Argentina un punto de partida en la Ley 25929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, sancionada en 2004 y reglamentada once años después. Este instrumento legal condensa y responde a años de demandas de algunos actores sociales y es de los primeros dispositivos a través de la cual el Estado instituye formas de concebir la atención médica humanizada de partos, a través de la explicitación de los derechos de las mujeres-madres durante el proceso de nacimiento³. En el caso de las mujeres madres, la ley 25929 establece los derechos a: la información sobre la evolución de su trabajo de parto y estado de salud y sobre las intervenciones para optar libremente por realizarlas o no; al trato respetuoso individual y personalizado; a ser consideradas personas sanas; al parto natural (es decir, al respeto de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de ella y su bebé); a no ser objeto de estudio sin su consentimiento; al acompañamiento por la persona que elija; y a no ser separada de su bebé, principalmente. Si bien la apuesta simbólica es por la garantía y el acceso a derechos sexuales y reproductivos, en algunos pasajes y nociones de esta ley, se reproducen y generan idealizaciones de los procesos de parto y de los modos de ser mujeres y madres.

Proponemos analizar la política de humanización a partir de lo que mencionamos como dos de sus dimensiones centrales: el acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la revisión de las intervenciones médicas (a través del criterio de la medicina basada en la evidencia⁴). Algunos de los estudios (Jerez, 2015; Porto et al., 2015; Gainza et al., 2013) han privilegiado uno u otro aspecto, y aquí hemos decidido tomarlos como partes interrelacionadas, en tanto comprendemos que el acceso a los *derechos* a la salud, y específicamente, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres-madres que paren, exige cambios en las intervenciones médicas durante el proceso de parto. Esto es, con relación a la redefinición de las prácticas médicas, las guías valoran la utilización de

³ La ley también establece los derechos del recién nacido sano, los derechos de los padres alrededor de las posibles internaciones neonatológicas, y de los varones-padres durante el proceso de nacimiento.

⁴ Sobre las críticas a la Medicina Basada en la Evidencia ver Fernández Sacasas (2011); Gómez de la Cámara (2003); Gracia (2009); Ortega Calvo y Cayuela Domínguez (2002).

prácticas demostradas *científicamente* como beneficiosas y alertando sobre las que se evidencian como perjudiciales. Por ejemplo, el acceso a la libre elección de la posición para parir o el derecho al acompañamiento, remiten a la modificación de prácticas e intervenciones de los profesionales durante la atención del parto. De hecho, las normativas insisten en que los mismos profesionales médicos deben dar conocimiento a las mujeres de los derechos que las asisten, en el marco del horizonte humanizador y de la revisiones y cuestionamientos a las prácticas médicas que, basada en la evidencia científica, se postulan como aconsejadas y desaconsejadas.

En consonancia con esta ley, se generan una serie de lineamientos que se expresan en tres guías producidas por los ministerios de salud de nación y de la provincia de Buenos Aires en el último lustro, que aquí tomamos para analizar la política general de humanización. Nos referimos a: *“Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo”* (en adelante, Guía 1), producido por UNICEF y ministerio de salud de la nación en 2011; la *“Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”* (en adelante, Guía 2), con autoría de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del ministerio de salud de la nación de 2012; y la *“Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo”* (en adelante, Guía 3) del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires publicada en 2012. Este conjunto de guías, como se puede apreciar en el cuadro N° 1, se concentra en distintos aspectos de la atención médica del proceso perinatal, y se orienta a promover cambios y a regularizar aspectos institucionales y de la atención médica.

Cuadro N° 1. Síntesis de las guías sobre humanización de la atención médica de partos.

	Autoría y año	Cambio institucional	Atención médica		
			Embarazo	Parto	Puerperio y neonatal
Guía 1: <i>“Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo”</i>	Mrio de Salud Nación (2011)	√		√	√
Guía 2: <i>“Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”</i>	Mrio de Salud Nación (2012)		√	√	√
Guía 3: <i>“Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo”</i>	Mrio de Salud Pcia Bs As. (2012)			√	√

Elaboración propia

En términos generales, la guía que opera en la práctica profesional es la que establece el cambio hacia el modelo “Maternidades seguras y centradas en la familia” (MSCF, Guía 1) basado en la experiencia de las prácticas en la Maternidad Sardá desde 1980 y busca replicarla.

“Una MSCF tiene 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 bebé por parte 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 la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna” (Guía 1, 11).

La primera guía propone reevaluar las prácticas médicas en la atención del parto y modificarlas teniendo como criterios la efectividad, la seguridad, la cultura del error basada en el sistema⁵, el cambio espacial y la medicina centrada en el paciente –todos vinculados a la política de humanización. Respecto al enfoque de derechos, esta guía retoma los derechos explicitados en la ley 25926 –aunque no la menciona-, y en términos de derechos humanos alude al derecho a la vida y a recibir atención médica, pero no a los derechos sexuales y reproductivos de las personas. En distintos pasajes, las guías hacen referencia a los *derechos* tratándolos como *necesidades*, *decisiones* o *deseos*, sin tener en cuenta que sus significados difieren ampliamente. Asimismo, sostiene que el equipo de salud debe llevar adelante “comportamientos y prácticas sustentadas en los derechos de la embarazada y su bebé” (Guía 1: 68), mientras que en otros pasajes, se refiere a “la decisión de la embarazada sobre la posición, disposición y tiempos durante el trabajo de parto y parto” (Guía 1: 40).

Consideramos que esta serie de postulaciones idealizan la relación médico-paciente, en tanto supone que los médicos y la estructura organizacional hospitalaria están dispuestos a negociar (y respetar) esas decisiones/necesidades/derechos, y que las familias pueden hacerlo, sin tener en cuenta variadas constricciones estructurales, como así también los desiguales recursos simbólicos, culturales o sociales que permiten negociar en el marco de relaciones de dominio/subordinación médico-pacientes.

⁵ Se vincula el error a una cuestión del sistema y no a cuestiones de mala praxis o de errores humanos del personal de salud, en un movimiento en el que “se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en que el error no es castigado” (Guía 1: 46). Consideramos que si bien esto tiene aspectos positivos, en tanto implica pensar estructuralmente los errores, también responde a una medicina corporativa defensiva.

La segunda guía analizada, producida en 2012 también con autoría del ministerio de salud de la nación y de UNICEF, se deriva de la primera, al sentar las bases para la “atención del parto normal en las MSCF” (Guía 2). Las particularidades radican en que está destinada a los equipos de salud (obstétricas, tocoginecólogos, neonatólogos, médicos generalistas, enfermeros, etc.) y que se apoya en la medicina basada en la evidencia para argumentar y sostener la revisión de las prácticas profesionales.

Un elemento destacable de esta segunda guía es que su punto de partida es un diagnóstico de situación sobre el proceso histórico de medicalización del parto y de su construcción como acto médico, en un acto de reflexividad sumamente interesante; al tiempo que refiere a varias acciones político-estatales internacionales que buscaron humanizar la atención, con lo cual permite instalar este entramado en un marco mayor. Da cuenta de los procesos de institucionalización y patologización del parto y la entrada de mujeres y recién nacidos sanos a la lógica hospitalaria:

“Pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna (...) El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales” (Guía 2: 15).

Aunque la mayoría de los estudios sobre el tema comparten esta visión sobre la institucionalización y medicalización del parto, consideramos que aquí puede pensarse que se utiliza el argumento con fines de construir un estereotipo negativo que permite legitimar la nueva política de humanización con los cambios que implica. Esto es visible en el hecho de que se reproduce una visión idílica de un pasado en el que el parto era “privado y femenino”, desconociendo que en realidad en el pasado los partos eran tal vez aún más públicos que ahora por tratarse de hechos de la comunidad, de los que participaban mujeres y matronas, entre otros.

Esta guía da cuenta, a su vez, de cómo el eje de las decisiones pasó a ser el equipo de salud y cómo se extendió el uso de tecnologías y procedimientos destinados a los partos de riesgo a todos los casos (incluidos los de bajo riesgo), rutinizando las prácticas médicas en la atención del parto. “Se consideró conveniente ‘gobernar o dirigir’ el parto, aún los normales, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando” (Guía 2: 15).

Finalmente, la tercera guía, producida desde la cartera de salud de la provincia de Buenos Aires, analiza los tres subperíodos de este proceso general: embarazo (y controles prenatales), parto y puerperio de bajo riesgo. Sus postulaciones se insertan en la búsqueda del “cuidado integral de la mujer” y en un enfoque de derechos, centrado principalmente en los derechos de salud.

“La intervención planteada desde los procedimientos aquí descriptos se apoya en un enfoque de derechos. Esta perspectiva aplicada a la atención de la salud, concibe a la misma como una responsabilidad de los gobiernos, de carácter obligatorio en lo moral y lo legal, para cubrir las demandas de la población y garantizar un buen estado de salud integral a largo plazo. El enfoque de derechos no sólo hace hincapié en la responsabilidad de las autoridades, sino en la concepción de sujeto como persona empoderada que ha tomado conciencia de los derechos y puede exigir su cumplimiento y garantía. Por otra parte, una perspectiva de derechos contribuye también a una atención más completa y equitativa, ya que los derechos, en tanto normas universales, estandarizan y benefician a todos los sujetos por igual” (Guía 3: 13).

En líneas generales, podemos afirmar que la letra de estas guías que referencian la política de humanización de la atención médica de partos, expresa visiones progresistas que tensionan la realidad en la que se atienden hoy los partos. Sin embargo, proponen un horizonte que no ve constricciones estructurales del sistema sanitario y hospitalario y de la profesión médico-obstétrica general, y desatiende disputas, (des)acuerdos, condiciones y posibilidades de los sujetos, colectivos e instituciones implicados; al tiempo que se presenta como una alternativa de cambio, reevaluación y redefinición de prácticas médicas con el fin de garantizar derechos.

Los lineamientos específicos para la atención de partos de bajo riesgo

Consideramos que hay tres cuestiones principales para tener en cuenta en el análisis de los lineamientos de la política de humanización para la atención de los partos de bajo riesgo. Primero, el enfoque de riesgo reproductivo utilizado para ponderar los partos –que no profundizaremos aquí–; segundo, la cuestión de las prácticas médicas aconsejadas y desaconsejadas para la intervención en estos casos; y, tercero, el foco en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que buscan garantizarse en este período del proceso perinatal.

“Según la OMS, el parto normal es aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones” (Guía 2: 23).

Sobre el enfoque de riesgo, sólo mencionaremos algunas reflexiones que emergen en el análisis y que consideramos prudente retomar y profundizar en trabajos posteriores. Es significativo que la definición del bajo riesgo es posterior al evento, por lo que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones clínicas se tomarán en conformidad con dicha presunción: *todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*. Esta forma de proceder se tensiona con la idea humanizadora que estipula que “en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural (OMS, 1996)” (Guía 2:23). Consideramos que la cuestión de la construcción del riesgo, de las etiquetas de riesgo reproductivo y de las ideas de normalidad/desviación es uno de los núcleos más problemáticos en la política de humanización. En efecto, mientras que por un lado se discuten las intervenciones innecesarias en el marco de una concepción fisiológica del parto⁶; por el otro se propugna la evaluación y control constante del proceso de nacimiento. Este nodo conflictivo aún requiere de trabajos de articulación y reflexión para no descartar ni reificar la cuestión del riesgo reproductivo.

En torno a esas intervenciones médicas que se revisan, las guías establecen cuáles se aconsejan –según la evidencia clínica y científica disponible- y cuáles no –según su rutinización y sus consecuencias iatrogénicas- (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2. Prácticas aconsejadas y desaconsejadas para la atención del parto según Guías 1, 2 y 3.

Período del parto ⁷	Prácticas Aconsejadas	Prácticas Desaconsejadas
DILATANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo activo del trabajo de parto • Acompañamiento y apoyo psicofísico • Ingesta de líquidos y alimentos • Analgesia no farmacológica • Monitoreo fetal intermitente • Libre de ambulación • Elección de posición • Partograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Venoclis (vía) • Enema • Rasurado púbico • Medicación e inducción con oxitocina • Monitoreo fetal continuo • Tactos frecuentes • Amniotomía (rotura artificial de membranas)
EXPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento y apoyo psicofísico • Ambientación de sala de parto: cálida y aséptica • Elección de posición • Pujo espontáneo • Criterio conservador, expectante y fisiológico • Recurrencia a saberes de curso preparto 	<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía de rutina • Pujo dirigido • Cateterización vertical • Maniobra de kristeller • Más de una hora de expulsivo. • Rutinización de cesáreas

⁶ “En el 90% de los casos el parto es un proceso fisiológico, espontáneo y saludable. La mujer y el bebé poseen *la sabiduría inherente necesaria* para el parto” (Guía 3: 90, cursivas propias).

⁷ El parto supone tres sub-periodos: el de dilatación (conocido como trabajo de parto), el expulsivo (el momento propio del parto/nacimiento) y el de alumbramiento (en el que se expulsa la placenta y concluye el parto).

	<ul style="list-style-type: none"> • Clampeo tardío del cordón • Contacto piel a piel (COPAP) y no separación de madre-recién nacido 	
ALUMBRAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo activo del alumbramiento (administración de oxitocina para acelerar la expulsión de la placenta). • Examen de membranas y placenta • Procedimientos de rutina al RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo fisiológico del alumbramiento (respeto del tiempo fisiológico de expulsión de la placenta).

Elaboración propia en base a Guías 1, 2 y 3.

Cabe resaltar que el horizonte humanizador de estas guías, que buscan promover –según su letra- la desmedicalización y evitar intervenciones médicas innecesarias durante el proceso de nacimiento, se anula durante el período de alumbramiento. Esto es, ya que la hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna, se propugna una intervención total a través del “manejo activo” de la expulsión de la placenta, erigiéndose como una de las prácticas aconsejadas, por sus justificaciones médicas y epidemiológicas explícitas.

La modificación de prácticas consideradas ya sea perjudiciales o beneficiosas -en base a evidencia científica-, se relaciona con el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de las mujeres, y la vinculación de ambos ejes es el pilar sobre el que se asienta la política de humanización. Entonces, retomando el eje del enfoque de derechos, en las guías se establece cómo la atención médica puede ligarse con el respeto de los derechos de la mujer, el bebé y su familia, en una clara búsqueda de humanización:

“I) Asegurar que el parto se realice en instituciones, de manera segura y bajo las pautas de MSCF, evitando el uso rutinario de fármacos innecesarios y de prácticas y procedimientos sin un fundamento científico. II) Permitir el acceso de la persona que la parturienta elija para que le brinde apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y parto. III) Respetar el derecho de la mujer a elegir la posición que le resulte más placentera para parir. IV) Respetar la privacidad, confidencialidad y dignidad de la parturienta. V) Lograr que el progreso del parto y la condición materno-fetal se mantengan dentro de límites fisiológicos. VI) Fomentar la internación conjunta a fin de fortalecer el vínculo madre-hijo” (Guía 3: 84).

Por otro lado, se sostiene que el contexto institucional y la relación médico-paciente intervienen favorable o desfavorablemente sobre el proceso de parto, razón por la cual generamos preguntas de investigación referidas a este marco. “La confianza de la mujer [y] su capacidad para dar a luz (...) se ven aumentadas (maternidades amigables) o disminuidas (maternidades expulsoras) por todo el personal que le proporcione o no cuidados, así como por el entorno en donde se produce el parto y el nacimiento” (Guía 3: 84). Esta premisa es fundamental para entender la justificación de la necesidad de humanizar la atención, de proporcionar cierta división interna de trabajo, en la que las

obstétricas se encarguen de la atención integral del parto normal, y que los médicos se encarguen de la patología obstétrica.

A continuación, analizaremos cómo se materializan estas recomendaciones que establecen las guías, y qué elementos favorecen u obstaculizan la implementación de dicha política en el contexto local.

Características de la implementación de la política de humanización del parto en La Plata

La información estadística a la que tuvimos acceso consigna que en el partido de La Plata se produjeron en 2013 alrededor de 10.600 nacimientos en hospitales públicos (Cuadro N° 3) y en 2014, poco de menos de 7800 (Cuadro N°4)⁸.

Cuadro N° 3: Total de partos y cesáreas en establecimientos de salud en el partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, 2013.

	Partos	Cesáreas	Índice cesáreas	Total
Htal. Zonal Gral. de Ag. San Roque	2055	515	20%	2570
Htal. Interz. Gral. de Ag. y Cron. Dr. A. Korn	1696	384	18,4%	2080
Htal. Zonal Gral. de Ag. Dr. R. Gutierrez	1258	313	19,9%	1571
Htal. Interz. Gral. de Ag. Gral San Martin	3253	1100	25,2%	4353
La Plata	8262	2312	21,8%	10574
Elaboración propia en base a datos SIP, PBA, 2013				

Cuadro N° 4: Total de partos y cesáreas en establecimientos de salud públicos del partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, 2014.

	Partos	Cesáreas	Indice cesáreas	Total
Htal. Zonal Gral. de Ag. San Roque	1229	369	23,5%	1598
Htal. Interz. Gral. de Ag. y Cron. Dr. A. Korn	1447	384	20,9%	1831
Htal. Zonal Gral. de Ag. Dr. R. Gutierrez	728	222	23,3%	950
Htal. Interz. Gral. de Ag. Gral San Martin	2224	1182	34,7%	3406
La Plata	5628	2157	27,7%	7785
Elaboración propia en base a datos SIP, PBA, 2014				

Para analizar la implementación de la política de humanización de la atención de partos – y los lineamientos propuestos en las guías reseñadas- en hospitales públicos del partido, realizamos, durante octubre de 2015, entrevistas a funcionarias de la Dirección de Maternidad e Infancia (DMI) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y a

⁸ Si bien las entrevistas y el análisis documental se realizaron en 2015, la información estadística disponible llega hasta 2014.

las jefas de los servicios de tocoginecología de tres de las cuatro maternidades públicas⁹. Consideramos que su doble condición, como profesionales de la salud con cargos jerárquicos -en unos casos en el gobierno y en otros en la estructura hospitalaria-, le asigna sentidos particulares a la perspectiva desde la que analizan la implementación de la política de humanización.

Organizamos la información obtenida de las entrevistas de reconstruyendo inicialmente algunas reflexiones generales realizadas por las funcionarias ministeriales, para luego desarrollar el análisis de la implementación de la política de humanización desde la perspectiva de las profesionales de la salud de las maternidades en torno a los tópicos siguientes: los significados de la humanización, las modificaciones de las prácticas –en relación a los derechos consagrados– y las condiciones estructurales que influyen en la implementación.

En términos de la propuesta ministerial, la política de humanización de la atención médica del parto tiene como horizonte lograr partos “con calidad y calidez”.

“Lo que ahora tenemos que lograr es el mejor parto para cada mujer, y entonces sí: la posición que ella quiera, estar acompañada, un cambio de paradigma del momento del parto y que esté acompañada, que pueda moverse y eso también estamos, las obstétricas, con el banquito, están como abriendo el juego y capacitando también a los equipos (...) Para nosotros el camino es mejorar los partos, bajar las cesáreas, no al parto domiciliario y seguir avanzando en trabajar, en buscar alternativas, en fomentar el trabajo con las obstétricas, en mejorar el rol de la enfermería, en poner a los médicos más en la patología, que somos formados más para la patología, y que haya otros que puedan acompañar mejor los partos, que por ahí están más formados para acompañar los partos normales” (Entrevista 1, funcionaria de la DMI).

Dicha informante sugiere que hay que considerar tres niveles para esta implementación: en primer lugar, un nivel macro, referido a “la política”, haciendo mención al modelo MSCF, que incluye acuerdos internos del Ministerio -con el propio Ministro, con la Dirección de Hospitales-, con organismos internacionales -UNICEF, OMS, OPS-, con otras provincias y otros tipos de acuerdos político-institucionales. Por otro lado, un nivel meso, referido a las articulaciones con las direcciones de cada hospital provincial y con los jefes de Servicios de Tocoginecología de cada uno de ellos. Finalmente, un nivel micro referido al trabajo con los equipos de salud (obstétricas, médicos, enfermeros) y las comunidades. Sobre los tres niveles, la funcionaria sostuvo que se había trabajado fuertemente en el primero y que se estaban dedicando a generar cambios en el ámbito

⁹ Se trata de una maternidad de bajo riesgo que recuenta menos de 1500 partos anuales, y dos maternidades de alto y bajo riesgo, de las cuales una, por asistir aproximadamente 4000 nacimientos anuales, es considerada una “megamaternidad”.

hospitalario, buscando articular con los directores de hospitales y los jefes de servicio, y que era ahí donde se encontraban grandes resistencias y dificultades.

Sobre esto último, las dos funcionarias de la DMI entrevistadas reflexionaron sobre las dificultades para el cambio institucional e individual en medicina, señalando el “miedo al cambio” de profesionales “aferrados a sus prácticas”, que ahora resultaban desacreditadas -por las guías y la evidencia científica en la que se basaban-, lo que producía desarticulaciones y resistencias corporativas. Ambas coincidían en representar a los planteles obstétricos de los hospitales como comandados por profesionales viejos, “anquilosados”, y en posicionar a las obstétricas/parteras como las promotoras reales de los cambios. Asimismo, las funcionarias describían la situación de los médicos como amenazados, solos, con miedo a los juicios de mala praxis y a las exposiciones públicas. Una de las funcionarias entendía que la atención médica de los partos se asentaba en un “mecanismo de desconexión” del profesional del evento del nacimiento y los “paquetes emocionales” de los pacientes en él. Desconexión, rutinización de prácticas y desconocimiento de las necesidades de las mujeres que van a parir, irían de la mano. Consideramos que tal caracterización de los profesionales reduce a una actitud o decisión individual y volitiva, cuestiones que también se vinculan a constricciones estructurales, condiciones de trabajo, culturas hospitalarias y otros aspectos que analizaremos más adelante.

Asimismo, las entrevistadas reflexionaron sobre dos dimensiones centrales para enfrentar el cambio e implementar la política de humanización de la atención médica de partos en hospitales provinciales. En primer lugar, se refirieron a la dimensión emocional que venimos mencionando, sosteniendo que al igual que las mujeres que van a parir, los médicos necesitan un fuerte y continuo acompañamiento durante la transición y el aprendizaje del nuevo paradigma de humanización. Sostenemos que es necesario pensar esto en términos de la socialización profesional médica, de esquemas aprehendidos, en torno a los habitus médicos (Castro, 2009) y no en términos puramente emocionales, que se vuelven reduccionistas. En segundo lugar, las entrevistadas pusieron énfasis en *el problema de la falta de autoridad* –“que no es lo mismo que autoritarismo”–, como una inquietud relevante, reflexionando sobre los diversos niveles de ejercicio de la autoridad, esto es: autoridad profesional del médico sobre el paciente, autoridad política del ministerio sobre los efectores de salud.

Habiendo planteado las principales cuestiones referidas por las funcionarias ministeriales sobre la humanización del parto, nos detendremos en conocer cómo se lleva a cabo en la

práctica, considerando las referencias brindadas por las jefas del servicio de tocoginecología de las maternidades. Sus reflexiones se organizan alrededor de los significados de la humanización; las modificaciones de las prácticas; las condiciones estructurales que influyen en la implementación; y aspectos relevantes en la atención médica de partos.

1) Significados de la humanización

En primer lugar, indagamos qué sentidos asignan las jefas del Servicio de Tocoginecología a la humanización de la atención médica de partos. En líneas generales las respuestas giraron alrededor de tres cuestiones: la idea de que las nuevas prácticas y derechos explicitados no son nuevas, y la posición crítica al sentirse considerados como médicos “inhumanos”; las perspectivas y acciones respecto a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas; y a la división del trabajo profesional entre parteras y médicos.

En primer lugar, entonces, hablar de humanización interpela a las jefas del servicio – quienes entienden como pares idénticos el parto humanizado y el modelo MSCF– que responden con una actitud cuestionadora y defensiva: pensar que hay que humanizar algo que está deshumanizado les resulta ofensivo. De todos modos, en el desarrollo de su argumentación, vinculan la humanización con aspectos tales como la formación del equipo de salud, las condiciones de trabajo, el financiamiento y la infraestructura.

“Primero que filosóficamente no creemos que esté deshumanizado. A ver, es un concepto ideológico. O sea, la humanización del parto como si ya fuera deshumanizado, como si fuera con un látigo, como si fuera en un chiquero, como si fuera con una mujer atada con grilletes a la camilla y no es así. No lo vemos así nosotros. Entendemos que sí, que la participación de la familia está bueno, que se le permita caminar y que no se la ate a una vía de suero, está todo perfecto. Pero para eso hay que dar otras condiciones. Como dijo acá muy bien el doctor los cambios se hacen cuando se construyen desde los cimientos. Y nosotros tenemos que cambiar la formación, tenemos que cambiar un montón de cosas pero el ministerio tiene que cambiar también la infraestructura y adecuar los lugares para que eso se pueda hacer. Cambiando el techo no se logra todo, se cambia el techo” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

“Mirá el tema de la humanización del parto, yo no sé cómo será en otros hospitales, yo te cuento mi historia. Yo me formé hace treinta y pico de años en el hospital Gonnet, de todas maneras capaz que antes se utilizaba más el intervencionismo médico, porque era más de poner suero, en general, pero siempre con una indicación. O sea, si la paciente tenía dinámica espontánea, uno le respetaba esa dinámica. Si la paciente tenía. Nunca fue tan estricto y nunca fuimos inhumanos, por eso esto de la humanización me suena muy como que fuéramos inhumanos (...) eso de humanización yo no lo entiendo o el término está mal usado, capaz, yo lo pondría más como volver un poco más a la fisiología” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

En segundo lugar, y con relación a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas, sostienen que esas son las normas que utilizan comúnmente, y que se garantizan.

“El parto humanizado de no poner oxitocina, de no poner, de no romper la bolsa, sí, nosotros somos conscientes de esa propuesta. Ahora bien, cuando vos tenés siete u ocho trabajos de parto a la vez, y cuatro personas o tres personas para atender todo lo que te dije, ¿podés tomarte el tiempo de darle a ese trabajo de parto ocho, nueve, diez horas, las que requiera y no colaborar en que algunas etapas se organicen y se aceleren para que vos puedas terminar con este parto y seguir dedicándote al otro? Porque esta muy bueno lo de que no se rompa la bolsa, que no se use oxitocina, está perfecta la teoría, están mostrados los beneficios. Eso es cuando una paciente en trabajo de parto está acompañada por un profesional, que le vigila los latidos, que la contiene, que la ayuda, que la vigila y que va evaluándolo. Si vos tenés una persona para atender a cuatro, esa persona a la fuerza se tuvo que organizar para vigilar intensamente un trabajo de parto, terminarlo y agarrar otro, terminarlo y así” (Entrevista 3, jefa de Servicio de Tocoginecología).

“Me da la impresión que esta cosa de la humanización tiene que ver, capaz, con no ponerle suero a todas las pacientes, que acá nunca ocurre. Porque realmente acá si la paciente es una paciente que dilata espontáneamente, se la deja que dilate. Se corrige como son todas las normas, incluso las de la MSCF, si vos la lees y dice que la paciente tiene una hipodinamia, hay que corregirla. No es que el cien por cien tiene que tener por abajo aunque tarde tres días, porque hay cosas que vos sí o sí tenés que corregir, no podés dejar a una mujer que esté en trabajo de parto con contracciones tres días porque se le termina rompiendo el útero si realmente tiene dinámica de trabajo de parto. Nosotros respetamos eso” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

Por último los sentidos asignados a la humanización se vinculan al trato y a la relación médico-paciente, y al rol particular de la partera como la punta de lanza del cambio hacia la humanización.

“Acá tenemos por suerte muchas obstétricas y las obstétricas tienen un manejo con el paciente diferente al médico. Nosotros estamos como mucho más estructurados, estamos con la medicina metida y con los pro, los contra, las enfermedades, las patologías, cómo se resuelven, qué se hace, qué no se hace, somos mucho más pragmáticos” (Entrevista 4, jefa de Servicio de Tocoginecología).

La fisiología del parto y el nacimiento, aparece como un significativo clave, vinculado a la *naturalidad* de dichos eventos, opuesto al intervencionismo. En este sentido, la humanización como *vuelta* a la fisiología se vincula a esta idea de respetar la dinámica del trabajo de parto y del parto (los tiempos biológicos que menciona la ley 25929) y no intervenir médicamente más que para *corregir* posibles desviaciones o patologías. Asimismo, es relevante la crítica a la política de humanización como vanguardia. En esta dirección, dado que hay una clara referencia a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas, analizamos cómo se dan algunas de ellas, en vinculación a los derechos que implican para las mujeres y sus familias.

2) Prácticas médicas y derechos de mujeres.

a) Acompañamiento.

El acompañamiento de la persona que elija la mujer durante el proceso de parto, es uno de los *indicadores* de la implementación real de la política de humanización. Es importante el hecho de que en las maternidades públicas de la ciudad de La Plata este derecho no está garantizado en el caso de los varones. En general, el acompañamiento se encuentra feminizado, reproduciendo el lugar de las mujeres de la familia o allegadas de la embarazada como encargadas del cuidado, legitimando roles y estereotipos de género.

“Siempre mujeres eh, yo trato que las acompañantes sean femeninas por una cuestión de delicadeza, de intimidad, las mujeres están con camisón, hay muchas que están con las piernas abiertas, dan de amamantar y no me gusta que haya varones porque hay de todo, tenes buenas personas y otras no (...) también permitimos que estén hermanas o madres o lo que fueren durante todo el trabajo de parto, que acompañen el puerperio (...) Siempre están acompañadas, en general por familiares. Así que bueno, eso se revirtió y eso también genera mejores respuestas también en los trabajos de parto y un montón de cosas” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología).

Contrariando un concepto de las guías, algunas maternidades restringen el acceso de los varones/padres debido a la falta de recursos que aseguran adecuadas condiciones de higiene en la sala de parto, por ejemplo, apelando a la falta de recursos hospitalarios:

“Entonces yo no quiero que entren varones excepto si van al parto y tenemos la ropa adecuada para que entren, fantástico, generalmente no la tenemos, no tenemos ni ropa ni [*O sea por ahí en general no pueden entrar los papás.*] Nosotros, eh, las parteras siempre les dicen que si pueden se compren el camisolín, el barbijo, el gorro y las botas que son descartables para poder ingresar, porque muchas veces ni nosotros tenemos” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología).

La carencia de recursos es real y generalizada en los hospitales provinciales de la ciudad, pero entendemos que en estos casos, en los que los partos no son quirúrgicos y por tanto no se requieren estas prendas especiales, puede estar actuando a modo de *excusa* para impedir el acompañamiento real, o al menos, como dispositivo desalentador para su participación. En tal sentido, también se suma como impedimento la apelación a las condiciones estructurales, siendo que varones en una sala donde se tactan y evalúan a mujeres, posiblemente desnudas, no son aceptados.

“O sea yo acá tengo que meter a vos, a tu marido, a tu mamá, a tu papá, todo, porque una ley me dice. Yo hago un esfuerzo sobrehumano, ahora, ¿eso es humano para vos? Yo te pregunto, vos me lo contestás. Para mí no. Una sala común, dos millones de mujeres desnudas delante de tu marido, de mí, que soy médico, soy varón y está expuesta a mí, que nada, para mí es un trabajo, pero te imaginás para el resto de las personas no. ¿Eso es humanizado para vos? Entonces el concepto es qué es humanizado para cada uno, ¿sí? Yo creo que siempre hay que empezar por la base, nunca por el techo (...) Nosotros, la infraestructura hospitalaria tiene cien años con lo cual no podemos incorporar a toda la familia sin invadir la intimidad y la privacidad de la que está al lado. Son salas de internación conjunta” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

Como testimonia la entrevistada, las restricciones de la infraestructura, donde las mujeres están internadas en salas conjuntas con otra decena de parturientas, también dificulta la garantía del derecho al acompañamiento.

Esa cita de entrevista, además, nos permite destacar esa visión casi inmediata que vincula el modelo de maternidad segura y *centrada en la familia* a una invasión de familiares en las salas de parto, parto y puerperio; lo que implica en la opinión de los profesionales diversas dificultades, principalmente, en el desarrollo de la tarea médica y la dinámica hospitalaria.

“La política es que entre todo el mundo pero, ¿sabes qué pasa? Todo el mundo, hay ciertas restricciones que hay que tener, sobre todo, mirá, por ejemplo, yo intento que de 7, yo vengo a las 7 y cuarto de la mañana, de 7 a 10 de la mañana no haya nadie. ¿Por qué? Porque hay que pasar sala, porque están los enfermeros que tienen que tomar la presión, que tienen que cambiar, que tienen que y cuando hay gente, molesta la gente, no permite el desenvolvimiento común de lo que es la actividad hospitalaria” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología).

“Le permitimos que entre el familiar siempre y cuando esto en una sala general no intercepte o no complique la atención de otra paciente o, más bien, no va a estar el familiar mirando cuando se tacta a otra paciente (...) O sea, respetando eso, la intimidad de la paciente” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

Conviven, además, conceptualizaciones sobre los familiares como agentes potencialmente problemáticos que *invaden* la institución, y que demandan determinadas acciones a los profesionales, en una clara disputa de posiciones y saberes en la relación médico-paciente-familiar.

“Si la paciente es una paciente tranquila, que lleva bien su trabajo de parto y tiene un acompañante sea su pareja, su mamá, su hermana, que la contiene, que yo recuerde, siempre se le permitió estar con esa persona, incluso te estoy hablando de treinta y pico de años atrás en el hospital Gonnet. Si la familia es una familia que en vez de contenerla la desborda y que te quiere manejar las indicaciones o te pide cesárea a los dos minutos, entonces la limitamos, porque el criterio médico si queremos justamente bajar el índice de cesáreas y hacer el parto más fisiológico posible no podemos, porque no le duela el trabajo de parto, entendés, hacer lo que dice la familia” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

La garantía de este derecho, entonces, adquiere una lógica condicional: si la situación se da, si tienen la ropa, si no invaden los derechos de otros y la dinámica hospitalaria, si la paciente y los familiares son “tranquilos”, si las acompañantes son mujeres, porque son *más delicadas*, y, si la infraestructura lo permite, es posible el acompañamiento de quien la mujer elija.

b) Libre elección de la posición para parir.

“Lo que el tema de la posición en el parto muestra es cómo, en el proceso de su medicalización, se dio prioridad al médico gineco-obstetra en detrimento de la mujer, ya que –salvo la cuestión de las hemorragias, que pueden ser controladas en una institución asistencial debidamente

equipada- la única justificación de la posición horizontal y a la francesa, es la comodidad del médico. Por eso, la discusión, que por momentos pareciera ir por canales científicos, muestra que lo que está por detrás es otra cosa: el poder, es decir, quién decide qué está bien, cómo se hace una práctica, cómo se pare, cómo se nace. Es a través de estas técnicas y prácticas, que se cristalizan relaciones de poder: el que interviene, ve, palpa, decide, corta y la que tiene que obedecer, no tiene dominio de su propio cuerpo y debe “dejar hacer” (Pozzio, 2013:7-8)

La garantía de este derecho se encuentra en las tres maternidades analizadas, limitada por la infraestructura. Esto es, existe una vinculación entre la elección de la posición con la disponibilidad de equipamiento que permita dicha postura, sin considerar la posibilidad del parto vertical o en cuclillas en las camillas existentes. La posición del parto se encuentra atada al mobiliario del que disponen en la sala de partos, por lo que la carencia de sillones de parto de última generación, impide el acceso a este derecho y la innovación en la práctica: “que la mujer adopte la posición que se pueda si la infraestructura está preparada” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

De todos modos, en dos de las tres maternidades las entrevistadas mencionaron la necesidad del cambio en la posición para parir, mientras que en la megamaternidad justifican la posición de litotomía (acostadas con cierta inclinación) ya que “el útero tiene la fuerza para empujar un auto” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología), relegando importancia de la fuerza de gravedad. Esta concepción del útero no tiene en cuenta los derechos y necesidades de las mujeres, como busca concertar la política de humanización.

“No tenemos otro método, tenemos el sillón de parto, la camilla de parto y usamos una posición que también resulta, no sé si tan cómoda para la madre, pero sí anatómicamente favorable para el parto. Es la mamá acostada con las piernas flexionadas en las pierneras, que si vos [representa con una hoja de papel], que está acostada con las patas así, vos la ponés en el piso y está en cuclillas. La posición del arco anterior de la pelvis cambia lo mismo que si estuviera en cuclillas. No es tan fácil pujar pero si en una maternidad de alto riesgo se hacen 2500 partos por año en esta posición y si los tienen los pibes, no será que...” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

A través de esta cita podemos vislumbrar la centralidad de la eficacia en la lógica hospitalaria, que recuerda la idea de la tecnocratización del nacimiento (Davis-Floyd: 1994), que explica “cómo el parto-nacimiento bajo el paradigma médico es el resultado de una cadena “fabril” compuesta por procedimientos que deben respetarse estrictamente para lograr una “calidad” de parto esperada” (Merino y Fornes, 2008).

c) Prácticas desaconsejadas y cesáreas

Un indicador clave sobre el acceso al derecho al parto natural¹⁰ es el índice de cesáreas que consignan las maternidades, que debe vincularse al score de riesgo de los partos que atienden. Por ello, la megamaternidad que atiende partos de bajo y alto riesgo tiene un índice de 33%; la segunda que también tiene el tipo de riesgo mixto reporta entre 25 y 29% de cesáreas y la maternidad de bajo riesgo alcanza 22%. Las recomendaciones de la OMS estipulan que los índices no deben superar el 10-15%, y en los últimos años alertó sobre un exceso de cesáreas en todo el mundo, siendo que en América Latina superan el 35% de los nacimientos. En comparación con estos datos, las tasas que existen en las maternidades de La Plata son bajas, y más aún en comparación con los hospitales privados donde se alcanzan índices cercanos al 70%¹¹.

“Nosotros a las primerizas estamos en un índice bajo, la primer cesárea estamos en un índice bajo; al segundo bebé recontra bajo, casi ninguna mamá que tuvo un parto vuelve a tener el segundo en el hospital y se le hace cesárea. Se le hace muchas cesáreas a la mamá que tiene bebé prematuro. Entonces si vos analizás fríamente el dato, se le hace cesárea a quien hay que hacérsela, a quien está recomendado hacérsela. Y al otro grupo de pacientes estamos en un índice, alguno más bajo que la media. Estamos en niveles más bajos que hospitales que están propagandeados como que bajaron el índice de cesáreas” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

Respecto a las cesáreas, es interesante una reflexión de una de las jefas del servicio de tocoginecología en torno al “parto transmitido” como evento doloroso, lo que ha llevado a que cada vez más mujeres demanden la realización de una cesárea.

Sobre el resto de prácticas desaconsejadas, las tres jefas de servicio refieren a la episiotomía como una práctica que entienden que no debe utilizarse de rutina, aunque sus índices no lo demuestren así: la megamaternidad reporta un 90% de episiotomía a primerizas, según su jefa de tocoginecología.

“La episiotomía no se hace, se intenta no hacer más, pero qué pasa, también hay muchos más desgarros. Porque el periné antes, lo de la episiotomía sirvió porque se intentó respetar lo de no ser tan agresivos con el tema del corte a todas y prácticamente no se hace, pero también hay muchos más desgarros porque uno tiene que controlar mucho más el periné y a veces no es tan fácil controlar y que salga el chico, entonces hay más desgarros que antes” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología).

Finalmente, hay un reconocimiento de prácticas desaconsejadas (“estamos intentando que bajen” -entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología-) pero se resiste a

¹⁰ Existen muchas discusiones sobre la noción de parto “natural” en tanto categoría conflictiva, discutida y re-pensada en el marco de la antropología y sociología médica. Para abordar tales discusiones puede ser interesante revisar Sánchez, José Arnau, et al (2012).

¹¹ Ver la nota periodística disponible en <http://tiempo.infonews.com/nota/149809/la-oms-alerto-por-el-crecimiento-de-las-cesareas-en-el-mundo> que referencia un informe de la OMS de 2015.

caracterizarlas de rutinarias, ya que se encuentra una justificación médica para su aplicación.

“Es que nunca se hacen prácticas rutinarias. Eso yo creo que quedó en la historia, no sé por qué se sigue, no sé si habrá hospitales... O sea, vos en una nulíparas, que es una primeriza, hasta incluso en esas si se puede, nosotros tratamos de esperar. En general, la práctica demuestra que si la dejás se te desgarrá, y se te va a desgarrar hacia abajo, hacia el recto. Entonces entre un desgarrar que te involucra el recto y un tajito que vos lo dirigís, es preferible, capaz, hacerle eso a una primeriza, y no a todas. A veces hay algunas que no se les hace. No es que de rutina se sigue trabajando (...) siempre es en pos de la paciente, nada es de rutina. Porque cada paciente es especial y cada trabajo de parto es diferente, ¿entendés? No se les hace, a todas no se les pone suero, no se les hace episio, no, no, no, se trata de hacer lo más natural que se pueda, e individualizado porque cada paciente es especial y es diferente y cada mujer en cada trabajo de parto es diferente” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

Las intervenciones desaconsejadas, por tanto, siguen asumiendo el carácter de necesarias, en tanto tienden a “corregir” o “ayudar” los procesos de parto.

“o a lo sumo lo podemos ayudar con una intervención con un fórceps o con un vacuum para acortarles el expulsivo. Pero en ese caso no es no-humanizado el parto porque hay casos donde hay que intervenir, y eso está marcado hasta en las guías de la maternidad, viste, de la familia” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

La revisión de las prácticas médicas rutinizadas en la atención obstétrica de partos es precisa, necesaria y requiere acompañamiento, capacitación y formación constantes. Desaprender lo aprendido y relativizar lo sabido para dar lugar a la emergencia de nuevas formas de trabajar y de asistir partos es un proceso multifactorial que aún no se ha iniciado completamente.

d) Vínculo madre-recién nacido

Con relación a lo anterior, una de las prácticas aconsejadas desde las guías es la del clampeo tardío del cordón, esto es, la espera de aproximadamente un minuto desde el parto hasta el corte del cordón dado que se entiende que es el tiempo necesario para que el recién nacido reciba “cargas” importantes de sangre, hierro y nutrientes. En dos de las tres maternidades se realiza este procedimiento.

“En cuanto nace el bebé se le apoya en la panza de la mamá, no está todavía cortado el cordón que ya se le apoya a la mamá, ¿entendés? Para que enseguida tenga lazo con su mamá, escucha el corazón de la madre, después lo llevan, lo revisan y vuelve a su mamá” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología).

Respecto a la no separación madre-recién nacido, lo que en las guías aparece como “contacto piel a piel” (COPAP) no obtuvimos referencias, aunque es posible advertir, en la cita, que la separación existe aunque luego el recién nacido vuelve con su madre, pero no sabemos cuánto tiempo transcurre entre cada acción.

3) Las condiciones estructurales de la maternidad

Como se viene señalando, las jefas de los servicios de tocoginecología consideran que las condiciones estructurales en las que llevan a cabo su práctica profesional influyen de diversos modos sobre la implementación de la atención humanizada del parto. Al hablar de condiciones estructurales se piensa en la infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos con los que cuenta y a las diversas situaciones que condicionan su práctica.

Una de estas condiciones se relaciona a la violencia: se los acusa de ejercer la violencia en su práctica profesional y al mismo tiempo se sienten víctimas de violencia tanto de los usuarios y familiares como desde el sistema de salud. Así, hacen referencia a la violencia de la que son víctimas los profesionales médicos, vinculándola a la “deshumanización que hay de la sociedad hacia el equipo de salud” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología). Aluden a la violencia social que sufren diariamente en su contexto laboral, y se refieren a la violencia obstétrica de la que son acusados por algunos sectores sociales, lo que vislumbra que el tema de la violencia penetra desde varias aristas su labor profesional.

“La falta de educación de la población, la falta de respeto por las instituciones que toda la gente tiene hoy, no se respeta el guardapolvo del maestro, el guardapolvo del médico, el uniforme de la policía, ninguna institución tiene el respeto de la sociedad entendido como que todos son libres de avasallar a cualquiera. Y los servidores públicos, de los que nosotros somos partes, somos ya sirvientes públicos o esclavos públicos. Se me saltó la chaveta” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

“Entonces vos decís, sí hay violencia de, a veces, de lo que es el personal de salud hacia los pacientes, pero es mucho más al revés que del personal de salud hacia los pacientes” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología).

En segundo lugar, las condiciones de trabajo aparecen como una variable estructural que dificulta la implementación de la política de humanización, en particular en referencia a la falta de personal y de nombramientos de cargos. Otra vez aparece la “deshumanización”, en este caso del trabajo obstétrico, como *complemento* a la búsqueda de humanización de la atención.

“Es multifactorial la cuestión, la humanización es de todos, del paciente y del equipo de salud. Si van a humanizar la atención del parto, tienen que humanizar también el rol del equipo de salud. ¿Qué es humano para nosotros? Planteles que no están completos, falta de recursos humanos, físicos y de insumos, por más que se hacen esfuerzos denodados por mantener la calidad de atención de parte de la dirección, que quede claro, de parte de las instancias que nos competen, de parte del servicio: optimización de recursos, atar con alambre, arreglar como se pueda pero que la cosa siga caminando y no estancarse, no decir “yo no hago más nada porque en estas condiciones no se puede”. Seguimos con la premisa de que hay una respuesta a las madres, hay que dar una respuesta a las madres, hay que dar una respuesta a las madres. Eso es nuestro caballito de batalla todos los días. Ahora bien, no es fácil tampoco para nosotros venir al lugar al que uno viene por vocación a recibir cachetazos. Hay demanda de la gente, hay demanda de resultados” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

Condiciones de trabajo negativas, precarias, mal remuneradas y una constante vulnerabilidad al estrés laboral propio de la actividad, obstaculizan y desalientan los cambios actitudinales, la necesaria capacitación y formación en el nuevo paradigma y la revisión de las prácticas rutinizadas en el hacer obstétrico.

En tercer lugar, y adquiriendo importancia en las entrevistas realizadas, se mencionan los déficits infraestructurales que impiden que se garanticen derechos y se cambien y adecuen las prácticas médicas. La infraestructura aparece como un gran determinante de la atención médica de partos y como un obstaculizador de su humanización –o de la modificación de ciertas prácticas que se considera que humanizan el acto médico-, y llega a sostenerse que dicha infraestructura deficiente es ejemplo de la “violencia institucional” que se ejerce desde el hospital hacia los pacientes, visible en cosas cotidianas, como la falta de sábanas en la sala de parto. “Nosotros tenemos una infraestructura deshumanizada para nosotros, así que te imaginarás para el paciente” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología) o “la situación cambiará cuando cambiemos de edificio” (Entrevista 5, jefa de servicio de tocoginecología) son algunas de las citas textuales que refieren que la humanización de la atención debe vincularse principalmente a los cambios estructurales y no tanto a la modificación de la tarea profesional. Esto marca un contrapunto con la visión de las funcionarias ministeriales que sostienen que las dificultades para implementar el cambio hacia el paradigma de la humanización se basa en una resistencia profesional y hasta generacional.

Con relación a esto, y en cuarto lugar, emergió con énfasis en las entrevistas la referencia a “el” ejemplo real de la implementación del MSCF, esto es, el caso de la maternidad Estela de Carlotto de Moreno. Se lo toma como un “ejemplo bueno pero imposible de replicar” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología) y se argumenta que su “propagandeadada” como maternidad respetuosa no tiene en cuenta que los inmejorables índices de cesáreas y la adopción de prácticas obstétricas alineadas al enfoque de la humanización, se pueden realizar por el sesgo de la población que atienden.

“Tiene una población muy selectiva, no atienden primerizas, no atienden prematuros, no atienden pacientes con cesáreas anteriores, ni pacientes con embarazos pasados de fecha. (...) Entonces en esa maternidad hay un grupo de pacientes muy selectas en donde ellos tiene un 10 a 11% de cesáreas y nosotros tenemos menos en ese grupo de pacientes. ¿Está claro? Si vos elegís una población que no va a ir a cesárea, tener un 10% de cesárea no es el mérito. ¿Está claro? ¿Qué estás haciendo de maravilloso? Si el número de cesáreas en esa franja es de ese número o menos” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

En este caso, el de la maternidad de Moreno, es visible cómo en buena medida, la implementación de la humanización de la atención del parto es posible por la estructura

edilicia, el equipamiento disponible, los recursos –económicos, humanos, simbólicos-, la “selección” de mujeres gestantes a atender y la formación específica de los profesionales para la aplicación de ese modelo.

4) Otros aspectos relevantes en la atención médica de partos.

Finalmente, decidimos retomar otros aspectos que las jefas del servicio vinculan a la atención médica de partos, porque contribuyen a comprender su concepción sobre su propio trabajo y dar cuenta de otros elementos que influyen en la implementación de la política de humanización.

Así, es contundente cómo en todas las entrevistas se repite la imagen del parto como un evento de emergencia, patológico, una bomba de tiempo que se desarrolla *bien* o con *normalidad* y se puede complicar de un instante al otro, lo cual contribuye a aquella referencia que hicimos en la primera parte sobre que *todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*. Esto tiene dos implicancias en el trabajo profesional: en primer lugar, la particularidad de la obstetricia como especialidad médica en constante alerta.

“Una especialidad que tiene sus particularidades: no tiene horario, no tiene aviso de la urgencia, las cosas pueden presentarse súbitamente sin aviso previo, algo que venia muy bien puede terminar muy mal; una paciente normal, sin ningún tipo de agresión por parte del equipo de salud puede terminar en una hemorragia porque el equipo no se contrae o porque la placenta no se desprende; un feto que venia bien puede tener los latidos y requerir una cesárea de urgencia. Digamos, el quehacer nuestro de cada día tiene ese *timing*, [un alerta constante], constantemente. La gente reclama siempre un buen resultado de eso y no entiende que algún resultado adverso en obstetricia no es porque se hayan hecho las cosas mal, sino porque es inherente a la especialidad. Entonces, este grado de estrés y de compromiso con el trabajo y el reclamo global al especialista hace que no elijan esta especialidad como base de su formación futura” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

En segundo lugar, señalan la división de tareas entre parteras y médicos/as obstetras, que vincula a las primeras a la atención del parto fisiológico y normal, y a los segundos al trabajo sobre la patología.

“Pero pasa en general que las obstétricas van [a la sala de partos] y los médicos van porque, bueno, la obstétrica tiene sus limitaciones. Ellas pueden atender los partos normales, pero nunca uno sabe cuándo el parto deja de ser normal para ser patológico. Entonces ahí tiene que estar el médico para actuar en ese momento, para una cesárea, para un fórceps, para lo que fuera” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología).

Y con relación a esto, se hace referencia a que existe una responsabilidad diferente entre el médico obstetra y las parteras, en tanto los primeros deben responder por partida doble, esto es, por la salud de la mamá y del bebé (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología), mientras que las segundas aparecen como auxiliares en la atención. La

política de humanización supone una división del trabajo ideal entre parteras y médicos, en relación a la valoración del riesgo del embarazo/parto a atender, y entendemos que este modelo desconoce pujas corporativas históricas del trabajo en las salas de parto: el monopolio de la atención de médicos obstetras de la mayoría de los partos.

En simultáneo, resultó llamativo que dos de las jefas de servicio refirieran al imaginario popular (sic) “de que cualquiera puede atender un parto” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología) o de que todos los partos salen bien (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología), como un elemento de distinción de su práctica médica y de conocimiento autoritativo (Sadler, 2004).

“¿Pero la cultura popular qué dice? Que vos entrás sonriente a que te saquen a tu bebe de la panza o que puedas parirlo y todos nos vamos sonrientes a casa. Y a veces no siempre es así y todos hicieron lo técnicamente bien, científicamente avalado y la vida no hizo que el resultado sea... la naturaleza se torció” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

Por último, en ocasiones permea a las concepciones de las jefas de servicio, una representación de las mujeres pacientes como *irresponsables*, en relación a que suelen llegar con menos de los controles prenatales esperados/obligatorios (cinco en caso de los embarazos de bajo riesgo). Irresponsabilidad y falta de compromiso con el cuidado de su salud y la de su hijo que se explica sólo por una falta de voluntad, esto es, no se controlan durante el embarazo “no porque no tengan acceso al control sino porque no quieren, porque no quieren, porque no les importa” (Entrevista 4, jefa de servicio de tocoginecología). Este elemento es importante, ya que la política de humanización de la atención médica de partos también abarca el embarazo y los controles prenatales, y propone una red de cuidados, cursos y consultas en el primer nivel de atención, para garantizar su acceso.

A lo largo de este apartado hemos visto distintos testimonios de la brecha entre los postulados de las guías y la realidad de la asistencia de partos en maternidades públicas de la ciudad de La Plata. El contrapunto es evidente y emerge en diversas aristas alrededor de las prácticas, las percepciones y valoraciones de los profesionales y los funcionarios. El trabajo hacia el cambio de paradigma en la asistencia de partos requiere atender a negociaciones, disputas, sentidos heterogéneos y aprendizajes consolidados en varios sectores del sistema hospitalario.

Comentarios finales

Nos propusimos describir los lineamientos de la política de humanización de la atención médica de partos a través de una lectura crítica de tres guías ministeriales y analizar el proceso de implementación en maternidades públicas de la ciudad de La Plata a partir de entrevistas a funcionarios ministeriales y jefas de servicios de tocoginecología. Nos centramos en ver cómo esta política se asienta sobre dos ejes fundamentales: los derechos de mujeres y familias respecto al proceso de parto, y la revisión de las prácticas médicas.

Recapitulando, consideramos que los lineamientos de las guías analizadas permiten sugerir que si bien se propone incorporar y consolidar el horizonte humanizador, garantizando derechos sexuales, reproductivos y de acceso a la salud, y señalando cambios en las intervenciones y en ciertas aristas de la relación médico-paciente, pasa por alto disputas y constricciones estructurales que emergieron como insoslayables en las reflexiones de las jefas de servicio y de los trabajadores de la salud.

En términos del análisis del proceso de implementación, los contrapuntos entre las visiones de las funcionarias ministeriales y las jefas de los servicios de tocoginecología son destacables al mismo nivel que la brecha que se evidencia entre la letra de las guías y las interpretaciones y análisis de la práctica concreta hospitalaria.

De las entrevistas con las funcionarias destacamos la caracterización y percepción estereotipada de la planta profesional de los servicios obstétricos de los hospitales, que limitan el análisis de la implementación a actitudes, voluntades y limitaciones generacionales sin considerar algunos elementos que sobresalen en la perspectiva de las jefas hospitalarias.

De las entrevistas con las jefas de los servicios de tocoginecología, se destacaron varios elementos que articulamos en torno a cuatro ejes: 1) los significados de la humanización; 2) la revisión de las prácticas médicas en relación a los derechos de las mujeres; 3) las condiciones estructurales que afectan la implementación; y 4) otros aspectos que consideran relevantes en la atención médica de partos. Así, llama la atención que en torno a la humanización y al modelo MSCF hay una interpretación lineal o literal que los vincula al trato cariñoso y a la idea de “toda la familia adentro”. De igual modo, existen perspectivas que profundizan y hacen referencia al reconocimiento de derechos y cuestionamientos al intervencionismo médico en el parto. Asimismo, es relevante la posición defensiva o crítica con la que las jefas de servicio recogen esta política, en términos de no sentirse interpeladas por no considerar que su práctica sea “deshumanizada” y no encontrar novedad en prácticas que consideran que “ya existían”.

En la indagación sobre los derechos (que implican la revisión de las prácticas), es visible que su garantía es limitada, parcial o nula según de cuál se trate, y que se explica esta situación en relación a cuestiones estructurales heredadas, en condiciones de trabajo negativas y deficitarias, y en un status médico amenazado por la violencia social. Una de las entrevistadas refirió, a propósito de su inaplicabilidad, que esta política busca “meter un cuadrado en un redondo” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

Porto et al. (2015) sostienen que hay cuatro factores fundamentales que implican dificultades para la implementación del modelo de humanización del parto: la cultura hospitalaria, la infraestructura sanitaria, las prácticas médicas sanitarias y la acción profesional. En este capítulo hemos advertido que en nuestro contexto se identifican estas dificultades que obstaculizan la aplicación de la política de humanización¹².

Estamos de acuerdo con Pozzio (2013) que las posiciones médicas son heterogéneas y que es importante considerar la tensión entre la voluntad de cambio y las condiciones estructurales hospitalarias y sanitarias que las impiden, pero que de igual modo éstas no impiden la autocrítica y la revisión de ciertas prácticas y formas de las relaciones médico-paciente que pueden modificarse. Que tal vez deba reforzarse el puente entre los dos ejes que aquí consideramos son los pilares de la humanización de la atención del parto, esto es: el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de mujeres y familias y la revisión de las prácticas médicas¹³.

¹² “A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde” (Porto et al., 2015: 17).

¹³ Destacamos, a su vez, que tanto en las guías como en las entrevistas, no hay mención ni reconocimiento a los saberes previos, femeninos, populares. El único saber válido es el médico científico, es desde allí desde donde se propugnan los cambios y, al mismo tiempo, se justifica el status quo.

Bibliografía

Bibliografía

- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Davis-Floyd, R. (2004). El modelo tecnocrático en medicina. En Davis-Floyd, R., *Del médico al sanador* (pp. 23-60) Buenos Aires: Creavida.
- Fernández Sacasas, J. A. (2011). Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 339-347.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. Trabajo presentado en I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad, actas de congreso. Córdoba, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/2.pdf>
- Gainza, P., Labastie, M., y Magnone Aleman, N. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *ULÚA. Revista de Historia, Sociedad y Cultura*, 22, 175-196.
- Gómez de la Cámara, A. (2003). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(1), 12-26.
- Gracia, D. (2009). Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Revista Bioética*, 8(1), 79-87.
- Jerez, C. (2015). Paradojas de la "Humanización" del parto: ¿Qué partos merecen ser "empoderados"? Trabajo presentado en XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-061/1121.pdf>
- Ortega Calvo, M., y Cayuela Domínguez, A. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 76(2), 115-120.
- Porto, A., Costa, L., y Velloso, N. (2015). Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *Ciência&tecnologia, Revista do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias da UNICRUZ*, 1(1), 12-19.
- Pozzio, M. (2013). Una propuesta de "Parto Humanizado", los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo. Trabajo presentado en VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalaria. En Sadler, M., Acuña, M., y Obach, A. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Santiago de Chile.
- Tornquist, C. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 19(sup 2), 419-427.

Guías:

"Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo". Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, Maternidad Sardá y Fundación Neonatológica. 2011. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>

"Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia". Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. 2012. Recuperado de

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

“Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2012.