

# Para la llegada de un bebé... ¿Qué tenemos y qué nos falta?

---

 Lidia Schiavoni

Es la típica pregunta de quienes se preparan para el nacimiento de un bebé. Varias veces repasamos la ropa, los artículos de tocador, la cuna o el coche, el bolso para el parto... Discutimos el nombre, de parientes o de amigos, uno nuevo, especial... Todo un acontecimiento en una familia, pero no siempre se reconoce del mismo modo en el sistema de salud.

El parto respetado o parto humanizado reaparece como una vieja deuda en nuestras discusiones sobre género y salud, presupone acceso a la información y a un trato digno, respetuoso e individual. Nada nuevo, sino simplemente que las mujeres sean reconocidas como personas, como sujetos sociales.

Que se haya llegado a generar una ley que lo garantice exige profundas reflexiones sobre los modos en que acompañamos la llegada al mundo de un nuevo ser.

Reconocer que la protagonista de un parto es la embarazada y que su familia es muy importante en ese momento “... *No es una novedad, sino que antes éramos menos los que pensábamos así*”, comenta una médica que hace más de treinta años trabaja en la Maternidad (antes parte del Hospital Ramón Madariaga, ahora Hospital Materno Neonatal) del sistema público en Posadas, Misiones. Plantear que el nacimiento debe ser llevado a cabo con respeto hacia esa madre y su bebé, en donde los equipos de salud solo tiene que acompañar el proceso y actuar ante los imprevistos que impliquen riesgos de vida, es cambiar el foco de la atención.

La llegada de un nuevo integrante a la comunidad es un episodio cotidiano en los grupos humanos cuyas singularidades remiten a las pautas culturales de cada sociedad. Múltiples y diversas prácticas se tejen en torno al nacimiento de un bebé y variadas también son las explicaciones que las justifican: presencia o ausencia del padre, privilegio de las mujeres mayores, restricciones de contactos “peligrosos”, debilidades “extremas” no solo físicas, sino socioemocionales, etcétera.

El nacimiento puede ser considerado como un hecho social total en términos de Marcel Mauss<sup>1</sup>, pues podemos reconocer en él la intersección de múltiples dimensiones (biológicas, políticas, culturales, etcétera.); no solo constituye el final del proceso de gestación vivenciado por la madre y el bebé, sino que implica *ingresar al mundo social*, que incluye quién o quiénes reciben al bebé, cómo lo hacen, en qué ambiente. Estas son las pistas que indican la posición que se le adjudica en ese sistema social, qué recursos se movilizan ante su llegada, entre otros factores.

1. Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don*. Argentina, Katz.

En nuestras sociedades occidentales, la medicalización del nacimiento con una creciente intervención de los equipos de salud ha significado el paso del parto doméstico al parto institucionalizado. Los cuidados de la madre y el bebé permitieron disminuir las muertes maternas y garantizar una mayor supervivencia tanto de las mujeres como de sus hijos. Pero en este proceso fuimos pasando del cuidado al control, con una participación cada vez mayor de los médicos y una creciente exclusión del grupo familiar. La instalación de la palabra médica se impuso sobre la de las mujeres de la familia, también parteras y comadronas quedaron relegadas a un segundo plano. La práctica de las cesáreas posibilitó nacimientos que hubiesen sido fatales o muy complicados, pero a la vez corrió de la escena a las *mujeres expertas* y los médicos, tronizados, se hicieron cargo del nacimiento.

2. Proyecto de investigación que tomó como uno de los escenarios de observación a la Unidad de Perinatología del Hospital Madariaga de Posadas: (2009-2011). "Sexualidad y Ciencias Sociales: aportes en el campo de la salud" Proyecto 16H/287. En línea: <<http://argos.fhycs.unam.edu.ar/bitstream/handle/123456789/124/287%20FINAL%2011%20SCHIAVONI%20L%20Sexualidad%20y%20Ccias%20Socs%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. 3. (2016-2018). "Sexualidad y Ciencias Sociales III: procesos de desnaturalización de violencias sexuales y de género en diversos ámbitos institucionales". Proyecto 16H/451 (activo). Misiones, Universidad nacional de Misiones.

Hemos transitado por la Maternidad pública de Posadas entre el 2004 y el 2010<sup>2</sup> y regresamos a sus salas y pasillos en estos últimos meses<sup>3</sup>; también el contacto con diversos centros de salud y otros hospitales de la ciudad nos permiten describir los modos en que se atiende la llegada de nuevos integrantes en las familias. La Ley de Parto Humanizado, sancionada en 2006, en su articulado devuelve el protagonismo a las mujeres revalorizando los tiempos y estilos personales exigiendo información oportuna y accesible para la toma de decisiones.

No sorprende la demora en reglamentarla, sus principios tropezaron con prácticas instaladas durante décadas con escasa problematización acerca de los derechos y las responsabilidades. La consigna "parirás con dolor" parece una maldición insoslayable, un desquite al potencial placer vivenciado en el intercambio sexual necesario para generar un embarazo.

4. Baez, A. y Schiavoni, L. (2009). *Entre el "trato" y el "contrato": percepciones de las usuarias acerca de los servicios de atención obstétrica*. VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. 5, 6 y 7 de Agosto. Buenos Aires, Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

En 2009 en coautoría con Alina Baez<sup>4</sup> describimos y analizamos las formas de interacción entre las mujeres, las familias y el equipo de salud ante la experiencia de la maternidad. Los párrafos que siguen sintetizan lo observado en ese momento.

Los prestadores actuaban desde una posición dominante produciendo desajustes entre lo que las mujeres esperaban de la atención obstétrica según las normativas vigentes –respeto por sus tiempos y su protagonismo– y lo que los médicos ofrecían: instrucciones, órdenes, invasión en sus cuerpos. La dimensión sociocultural de los sujetos se desdibujaba y era reemplazada por una mirada estrictamente biológica donde el nacimiento perdía su sentido social: la llegada de un nuevo miembro al grupo es un hecho esperado por su madre y también por su padre, además de por la familia y la comunidad.

Las mujeres expresaban su rechazo al trato recibido desde el equipo de salud a través del reclamo de formas elementales en la interacción social: saludar, responder si es interpelado, no avanzar sobre el cuerpo del otro sin establecer un vínculo previo, considerar los tiempos diferentes para establecer confianza, entre otros. Ellas no adoptaban actitudes rebeldes ni reaccionaban repudiando al sistema, sino tan solo se quejaban de aquellas actitudes que las deshumanizaban y que no consideran sus privaciones materiales como cuestiones estructurales, sino de carácter individual. La pobreza en la lógica médica era una complicación más, que la debía resolver otro profesional, aunque fuera insoslayable en la situación de contacto planteada en la atención del consultorio.

En la negación de su condición de sujetos sociales históricos estaba instalado el supuesto de que "están solas", como si el embarazo no formara parte de un proyecto de vida compartido con otros, sea la pareja o la familia. Notables diferencias advertían ellas entre los modos de actuar de los profesionales en los servicios públicos y las formas de atención en el servicio privado o prepago. La presencia del compañero

como coprotagonista del embarazo y también del nacimiento aunque estaba reconocida legalmente no era respetada en la atención del sistema público, salvo honrosas excepciones; en el privado en cambio era una costumbre.

La negación de la autoatención en los asuntos de salud constituía un fuerte obstáculo para considerar a estas mujeres como *personas instruidas*, sus experiencias como cuidadoras y responsables de la salud familiar no eran tenidas en cuenta. Así los controles durante el embarazo no revestían gran utilidad desde la perspectiva de las usuarias, poco les explicaban de los procedimientos y más que una instancia de consulta, el contacto con los médicos era para *recibir indicaciones*: concurrían más como un mandato médico o un trámite administrativo (influyó en cómo las recibían en el momento de parir) que como una necesidad para conocer el desarrollo del proceso de gestación. El momento del nacimiento en el hospital no se ponía en tela de juicio, pero al concurrir disentían en los modos en que se regulaban e intervenían sus cuerpos al atravesar la situación de parto.

Esta fuerte asimetría era expresada en una desigualdad técnica y cultural generadora de violencia simbólica, dada la institucionalización de prácticas de atención en donde los saberes técnicos reconocidos eran portados con exclusividad por el equipo de salud y las mujeres tan solo eran “pacientes y obedientes”.

El panorama hasta aquí planteado resulta muy desalentador, esta era la forma predominante en la atención, pero su hegemonía se constituía en base a la existencia de prácticas subalternas que mostraban otras posibilidades. Hacia finales de la primera década del siglo XXI comienzan a surgir indicios de cambio: la reaparición de las parteras en el sistema público de salud, la preocupación por la lactancia materna, la presencia de acompañantes durante el proceso de embarazo y su potencial participación en los partos, entre otros.

La formación de algunos profesionales del equipo directivo en la modalidad de atención de la *Maternidad Segura y Centrada en la Familia* (MSCF), enfoque promovido por Unicef desde hace más de una década, generó un intercambio entre profesionales que puso en evidencia la importancia de reconocer a las familias en el proceso de embarazo, parto y puerperio pues posibilitaba una experiencia menos traumática para las mujeres y mayores resultados para el equipo de salud.

En consonancia con esta perspectiva se había logrado, a través de la sistemática promoción de la lactancia materna, la condición de Hospital Amigo del Niño. Del mismo modo, la preocupación por establecer cursos de preparación para el parto en donde las mujeres reconocieran sensaciones corporales clave como alertas, así como el aprendizaje de técnicas para controlar el dolor y, sobre todo, el que compartieran con algún/a acompañante estas instancias, posibilitaban la participación de algún familiar en el momento del parto. Sin embargo, estos cursos eran poco sistemáticos y se orquestaban “cuando se podía”.

Coinciden en esta época la promoción intensa del uso de métodos anticonceptivos desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para decidir si tener o no descendencia o espaciar los nacimientos. La implementación de este programa incentivó la participación de la pareja tanto en la decisión de los métodos, así como en el compromiso en la realización de los controles y seguimiento.

Con diferentes intensidades y desde ángulos opuestos, varias acciones vinculadas a la reproducción fueron convocando a las familias a participar en estos procesos.

Hacia el año 2010 se transforma la Unidad de Perinatología del Hospital Madariaga en el Hospital Materno Neonatal, este nace con el enfoque de la MSCF, con gran disposición de parte de los cuadros directivos para consolidar esta propuesta en consonancia con la Ley de Parto Humanizado, que aunque aún no estaba reglamentada no constituía esto un impedimento para iniciar su aplicación.

Los cambios organizativos que implicó el nuevo hospital y el énfasis en esta modalidad de trabajo generó serias resistencias tanto en el personal administrativo como en los cuadros técnicos y profesionales. La socialización de esta estrategia entre los miembros del hospital tropieza básicamente con la dificultad para aceptar que el acceso a la salud es un derecho que responde a una política de Estado: las prestaciones de salud no son una dádiva que se administran según el arbitrio de quien está de turno para ciudadanos de segunda que solo pueden acceder a los servicios públicos.

Admitir que las mujeres y sus familias pueden quejarse y ser escuchadas resulta muy difícil de aceptar, poner en duda la hegemonía médica es inadmisibles para algunos profesionales. Significa un gran cambio democratizar las relaciones entre los integrantes del equipo de salud, reconocer que cada uno aporta diferentes saberes que confluyen y son necesarios para una mejor atención; exige replantear los vínculos internos y también los vínculos con las mujeres y sus familias aceptando que son portadoras de conocimientos y experiencias.

Las estrategias para sensibilizar a los equipos de salud han sido muy variadas. Por ejemplo, desde hace tres años se realizan las Jornadas de Perinatología con alcance provincial, promovidas por este hospital, que señalan las líneas políticas de acción propuestas, a ello se suman la continuidad de otras prácticas previas de movilización general –tanto de equipos de salud y asociaciones civiles como de población usuaria– como la semana de la lactancia, la semana del prematuro, etcétera.

El desconocimiento de las propias mujeres y sus familias acerca de sus derechos, habilita la continuidad de prácticas restrictivas como imposibilitar el acompañamiento durante el trabajo de parto y/o en el nacimiento; intervenir en los *tiempos* de las mujeres y no respetar el ritmo de cada proceso de parto, y aunque los reclamos son muy limitados y solo se realizan ante casos críticos (muertes maternas o del bebé sin mayores explicaciones, por ejemplo) se vislumbran otras disposiciones en la población usuaria.

Instalar como parte de las prácticas cotidianas al parto respetado exige revisar las rutinas actuales, y algunos indicios son preocupantes: el tiempo de consulta durante el acompañamiento/control del embarazo no supera en algunos centros de salud los cinco minutos, de igual modo en los hospitales no especializados. La duración promedio de una consulta para el control del embarazo es de siete minutos, en algunos Centros de Atención Primaria dura tres minutos y en otros doce; estas variaciones responden según los profesionales consultados tanto si se trata de un embarazo normal como de uno de riesgo. De igual modo la frecuencia de los controles serán mensuales o quincenales o semanales según los casos. Los médicos y obstetras que realizan esta tarea se complementan con el personal de enfermería que hace los controles de peso y de tensión arterial, así como de vacunas. Las pacientes reconocen que según la duración de la consulta, cambia el modo en que las tratan, si es muy breve nadie pregunta por sus familias ni sobre sus temores o dudas, sino que van directamente a los datos de la enfermera, a la medición de la panza y a la escucha de los latidos del bebé. Cuando ingresan a la consulta acompañadas la charla es más larga por lo cual algunos profesionales desalientan la presencia de acompañantes en esta instancia. De hecho, en la mayoría de los consultorios hay una sola silla para los pacientes.

La disposición de información apropiada sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio se limita a lo que brindan los profesionales, médicos y obstetras en la consulta. Los cursos de preparación para el parto se desarrollan solo en el Hospital Materno Neonatal, en diversos turnos. Hubo algunas experiencias en centros de salud pero no se mantienen vigentes. A las mujeres que desarrollan un embarazo normal y que son primerizas les sugieren que concurran al hospital para realizar el curso, a las multiparas no las informan y ellas mismas reconocen que una vez que pasaste por la experiencia del parto *“ya aprendiste lo que necesitás saber”*.

La promoción de la lactancia materna está más instalada en los centros de salud y regularmente se realizan charlas informativas y talleres con las mujeres embarazadas en las salas de espera en donde participan tanto las madres como los hijos e hijas que las acompañan. Usan muñecas para mostrar las posiciones más favorables y *“es gracioso ver a las nenitas con las muñecas prendidas a la teta jugando”*, señala una enfermera de un Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS).

Se dispone de una folletería proveniente del Ministerio de Salud nacional sobre cuidados del embarazo, alertas sobre enfermedades como la diabetes o la hipertensión, pero no se entregan rutinariamente, sino solo si las mujeres lo demandan. El supuesto es que *“a ellas no les interesa saber ni leer, por eso no piden”*, según una administrativa. Sin embargo, desde la perspectiva de las pacientes estas señalan que no les distribuyen ni se los ofrecen, *“solo si ves que otra mujer tiene, uno recién se anima a pedir”*.

La libreta sanitaria,<sup>5</sup> instrumento muy potente a principios de la década de los noventa, fue saliendo de la escena y hemos recogido muy dispares opiniones sobre su importancia: en algunos CAPS se les exige la compra de un cuaderno para registrar la entrega de leche, los turnos de control de embarazo, el peso y la tensión arterial; en otros se sigue entregando la libreta de hace más de 20 años con un diseño *“administrativo”* (cuadros, curvas sin explicaciones, carece de ilustraciones complementarias al texto, etcétera).

Los afiches que se generan localmente son de *“producción doméstica”*, a cargo del personal administrativo o de las promotoras de salud, y consisten en avisos puntuales de horarios de consulta, entrega de leche, entre otros trámites. Estos interpelan a las mujeres siempre en su rol de madres: *“Mamita, no te olvides de las vacunas”*, *“Los turnos de odontología están disponibles a partir del mes que viene, mamás recuerden que tienen que venir”*.

La atención del parto propiamente dicho se lleva a cabo en el Hospital Materno Neonatal, excepcionalmente se han atendido partos en los otros hospitales de Posadas,<sup>6</sup> la articulación entre los CAPS y hospitales comunes con el Materno Neonatal no está institucionalmente ajustada. Son las propias mujeres las que tienen que acercarse para el último control al Hospital Materno Neonatal para quedar registradas y cuando lleguen a parir ya tener una ficha. Pocos centros de salud están integrados al Registro de Información de Salud de Misiones (RISMI), por ello se les recomienda asegurarse de tener una historia clínica para cuando las mujeres lleguen a parir. En los CAPS que ya han incorporado el RISMI se les entrega la historia clínica impresa en el último control y la mujer se presenta portándola. Este recurso hace que para algunos profesionales no sea necesaria la libreta sanitaria pues *“Ya está en el sistema la información necesaria”* y ante la consulta de si era de interés para las mujeres disponer de esa información secuencialmente restaron importancia como si a ellas no les importara tener esos datos. Del mismo modo que no siempre se les entrega la fotografía de la ecografía, pues *“Ya está en el sistema”*.

El supuesto de que la gente es desinteresada y poco curiosa permite seguir administrando la información sin consultar con ellas. Los argumentos sobre el tiempo que

5. Libreta que contenía los registros de los controles de embarazo y de las condiciones del parto y del bebé hasta el primer año de vida. Además, incluía información sobre diferentes temas: lactancia, vacunación, alimentación, alertas del trabajo de parto, etcétera.

6. Casos de mujeres que llegaron con un avanzado trabajo de parto y al ser multiparas el ritmo se aceleró y no pudieron ser derivadas.

se tarda en escribir en una libreta y que lo importante es que esté en el sistema sigue priorizando las necesidades médicas por sobre las de las mujeres y sus familias.

Varios profesionales entrevistados, al ser consultados sobre el parto humanizado, coincidieron en que la estrategia de la MSCF responde a los principios de esta ley al reconocer la importancia de dar protagonismo a las mujeres y a sus familias, pero segmentan el proceso de apropiación de la instancia del parto que implica acompañar el embarazo, compartiendo los controles y la preparación, incluyendo a terceros en estas instancias para efectivamente disponer de conocimientos para apoyar a las parturientas, facilitar información impresa más allá de las explicaciones y recomendaciones orales, muy sintéticas dada la duración de las consultas.

Las mujeres al ser consultadas sobre el parto humanizado o parto respetado poco sabían de la legislación vigente, algunas mencionaron haber escuchado comentarios por radio o televisión, pero aun estando embarazadas no habían prestado atención. Hay cierta resignación ante las modalidades instaladas en la atención del parto, cuando preguntamos su opinión sobre la presencia de un acompañante en el parto, todas se mostraron interesadas, las más jóvenes preferían a sus madres o hermanas mayores “con experiencia”, las más adultas a sus maridos o compañeros.

De hecho, es reciente la instalación de una sala especial en el Hospital Materno Neonatal, la Unidad de Trabajo de Parto Respetado (UTPR): por ella han pasado varias mujeres y la experiencia resultó muy positiva tanto para las parturientas como para los integrantes del equipo de salud. Estos reconocieron que les costó trabajo respetar los tiempos de las mujeres, no ponerse ansiosos y no intervenir, desandar un camino de fuerte incidencia llevará tiempo pero no resulta imposible. Esta modalidad de trabajo exige respetar el rol de las parteras ante procesos normales y correr del centro de la escena a los profesionales médicos. La participación del neonatólogo también requiere revisión pues se prioriza el contacto del bebé con la madre y luego las maniobras de pesaje, medidas, etcétera.

Se *eligen* a las mujeres en condiciones de pasar por la UTPR, tienen que cumplir ciertos requisitos para garantizar un parto tranquilo: embarazo sin complicaciones con cinco controles como mínimo, estudios complementarios realizados (análisis bioquímicos, ecografías, etcétera), curso de preparación integral para la maternidad (PIM) y acompañante elegido que haya participado de los controles y/o curso. Al disponer del RISMI se identifican las potenciales pacientes de la UTPR. Se estima que cuando estén habilitadas todas las instalaciones del nuevo edificio el hospital contará con diez o doce UTPR.

Por el momento, la mayoría de las mujeres sigue realizando el trabajo de parto en una sala compartida con seis camas, subdividida con biombos y pueden estar acompañadas según su elección, más bien responde a si son primerizas y “necesitan que entre la madre” o si los acompañantes se imponen e ingresan con ellas. En la sala de parto efectivamente no ingresa ningún acompañante, excepto que haya pasado por la UTPR.

Se respeta la permanencia del bebé con la madre una vez que han sido pesados e identificados, solo pasan a las incubadoras o sala de neonatología aquellos bebés que necesiten cuidados especiales.

Este breve recorrido muestra los avances y estancamientos para llegar al parto respetado *como una rutina*, las luchas que se suceden tanto al interior del equipo de salud como con las mujeres y sus familias. Considerar el nacimiento como hecho social total es mucho más que modificar una secuencia de procedimientos técnicos, implica cambiar el lugar del *otro*.