

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: María Adelina Mohedano

MATERNIDAD CENTRADA EN LA FAMILIA

Encuentro de derechos y evidencia científica. ¿Es posible su implementación? Factores obstaculizadores y facilitadores

2006

Directora de la Tesis: María del Carmen Feijoo

Citar como: Mohedano, M. A. (2006). Maternidad centrada en la familia: encuentro de derechos y evidencia científica. ¿Es posible su implementación? Factores obstaculizadores y facilitadores. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD] RID ISALUD.

<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/512>



*A mis padres ,quienes me hablaron
de justicia social ,
Al tiempo que me toco vivir en donde
solo cabia el compromiso o la
indiferencia ,
A Joshi compañero de sueños .
A los amigos de ideales ,
A Maria del Carmen ,con la palabra
justa ubicandome en la realidad ,
A Pedro, ausente pero presente en
las anecdotas .*

INDICE

RESUMEN	4
SUMMARY	
CAPITULO I: INTRODUCCION	6
Objetivo General	8

Objetivo Específico	
Hipótesis	
Departamento Perinatal	9
Marco Teórico	13
CAPITULO II: DEL EQUIPO DE SALUD	20
CAPITULO III: DE LA COMUNIDAD	25
CAPITULO IV: DE METODOLOGÍA	29
Resultados	
Descripción de datos recolectados	
Encuesta a embarazadas, encuesta a acompañantes, Encuesta al equipo de Salud, Grupo focales a Salud, Grupo Focales a la Comunidad, Entrevistas	
CAPITULO V: DEL SISTEMA INFORMATICO	43
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS:	75
Apéndice A: Modelo de encuestas	

RESUMEN

Este trabajo de tesis, requisito para el título de Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social, centra su interés en investigar la implementación de las maternidades centradas en la familia. Recientemente, por Resolución 348/2003 las normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica .Bs. As., 21/5/2003 Promueven la idea que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de

su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones "Centradas en la Familia".

La investigación plantea que el diseño de un Servicio basado en el derecho de las personas y en el cumplimiento de conductas médicas con evidencias científicas, como afirma el proyecto de Maternidades Centradas en la familia, es condición necesaria pero no suficiente para mejorar los resultados perinatales. Existen factores facilitadores y obstaculizadores para su logro.

A nivel diagnóstico se realiza: un estudio descriptivo, analítico, transversal con componente cuali-cuantitativo, de la modalidad de atención, en el periodo 1 Enero – 30 junio del 2006 en el Departamento Perinatal del Hospital Nicolas Avellaneda de San Miguel de Tucumán (Argentina).

Se recabaron datos y análisis cuantitativo de resultados perinatales desde el Sistema Informático Perinatal (SIP), para evaluar si los indicadores sanitarios corresponden a la filosofía del modelo de atención. Se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de encuestas auto administrado, y de grupos focales buscando obtener factores que favorecen o no a la implementación.

Conclusiones: se consideraron :

- a) Análisis de hipótesis de factores facilitadores y obstaculizadores para la implementación de Maternidades Centradas en la familia.
- b) Observaciones generales para superar las dificultades.
- c) Posibles escenarios futuros mediante un análisis FODA.

SUMMARY

This thesis is requirement to get Magister in Health Systems and Social Security, it has interest to investigate the rol of Maternity Institutions Centred in the family. Recently, 348/2003 Resolution normatice Organization and Functioning of Maternal Department incorporate to National Program Ensuring of Medical Quality Carefullness of Buenos Aires 21/May/2003, promote active rol of woman and her family in pregnancy attention, their participation in development and evaluation, in "Family Centred" Institutions.

The investigation raises that the design of a Department based on the rights of the persons and on the fulfillment of medical conducts with cientific evidences, as affirmation the project of "Family Centred" Institutions, it is a necessary but not sufficient condition to improve perinatal results. Factors exist facilitators and shacklers for the achievement of the same ones.

To diagnosis level it performed a study: descriptive, analytic, transversal, with cuali-cuantitative component, of this attention modality, from 01 january to 30 june of 2006 period in Perinatal Department of Hospital de Clinicas Nicolas Avellaneda of San Miguel de Tucumán (Argentina).

Information was obtained and quantitative analysis of results perinatales from the Computer System Perinatal (SIP) in this period, to evaluate if the sanitary indicators correspond to the philosophy of this model of attention. Also achieved a qualitative and quantitative analysis of autoadministered polls, anonymous and of focal groups thinking about how to obtain factors that they favor or not to the implementation.

Conclutions: it considered three aspects:

Analysis of hypotesis of factors facilitators and shacklers for the achievement of "Family Centred" Institutions.

General observations to overcome the difficulties.

To evaluate posible future situations with SWOT analysis.

Palabras Claves : Maternidad -Humanismo –Gestion

Capítulo I

INTRODUCCION

El trabajo de investigación se realiza en la Provincia de San Miguel de Tucumán. Corresponde a una de las provincias del Noroeste Argentino. La misma presenta los siguientes datos :

Demográficos: Población Total (2004):1.404.278 -Proyecc. de población en base a resultados definitivos del Censo 2001 . INDEC. Con una población de varones: 693.999 y Mujeres: 710.279 (2004)

La tasa de crecimiento anual medio de población (0/00): 12,3 (proyec. 2000-2005) MEOYSP-INDEC. Tasa global de fecundidad (por mujer):2,70 Dpto. Demografía - Dirección. de Estadísticas de la Prov.

Esperanza de vida al nacer: Mujeres: 75,83 ; Varones 69,18: (proyec. y estimaciones 2000 - 2005) INDEC.

Número de Nacidos Vivos (2004) : 29.615 Tasa bruta de natalidad (2003) (por 1000 hab.) 21,09

(Dpto. Demografía - Dirección. de Estadísticas de la Prov).

Socioeconómicos: Porcentaje de población urbana 2001: 79,46 (Censo de Población y Vivienda 2001) INDEC 2004

Porcentaje de población con N.B.I. 2001 -: 23,90

Tasa de Desocupación (en porcentaje) -12,90 Tasa de empleo : 35,40 Tasa de Actividad (en porcentaje) : 40,70-(2do. Semestre EPH 2004)

Población económicamente activa total: 55,20. % - INDEC 2001

Porcentaje de alfabetismo en población de 10 y más años: 96,40- INDEC 2001

Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, ambos sexos (2001):.3.6

Mortalidad: Tasa bruta de mortalidad (2004) (c/1000) habitantes: 6,18

Tasa de Mortalidad infantil (2005) (c/1000 nacidos vivos): 16,5

Porcentajes de Muertes Neonatales reducibles (2004): 65,70

Porcentaje de muertes postneonatales reducibles (2004): 46,92

Tasa de mortalidad menores de 5 años (2004)(c/1000 nac .vivos) 22,59

Tasa de mortalidad materna (2004): 5,07

Datos suministrados: Dpto. Demografía – Dirección de Estadísticas de la Provincia.

Morbilidad: Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2500 grs. como mínimo (2004) : 90,81 . Porcentaje de Recién nacidos con un peso al nacer <1500 grs. (2004): 1,58 .Dpto. Demografía - Dirección. de Estadísticas de la Provincia.

Recientemente, por Resolución 348/2003 las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica .Bs. As., 21/5/2003 Promueven la idea que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones "Centradas en la Familia"

Por tal razón, encontrándome a cargo del Departamento Perinatal del Hospital Nicolás Avellaneda de la Provincia de San Miguel de Tucumán. Servicio reconocido como Centrado en la Familia puesto de manifiesto en la obtención de un Premio por la Defensa de los Derechos de la mujer y los niños .Otorgada por la Presidencia de la Nación 7/4/05 y Premio otorgado por la Honorable Legislatura de la Provincia de Tucumán en reconocimiento a la trayectoria por la Humanización 6/8/05 . Su personal se encuentra trabajando desde el año 2000 en un cambio del modelo de atención.

Considero de utilidad el estudio de factores condicionantes en la aplicabilidad y factibilidad de este modo de atención en donde, respetando los derechos de las personas,

existe comunicación entre el equipo de salud y las familias, donde se comparten responsabilidades y se trabaja con la mejor evidencia posibles en las conductas medicas.

Es así que se planteo como:

OBJETIVO GENERAL

Analizar el Servicio Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda, en la ciudad de San Miguel de Tucumán, reconocido como "Centrado en la familia" con prácticas de Parto Humanizado, las posibilidades y obstáculos para la implementación y sostenimiento de esta conducta, en el periodo 1 de enero a 30 junio 2006

Objetivos Específicos

- Describir y evaluar herramientas utilizadas en el proceso de instalación del cambio de modelo de atención.
- Analizar la percepción del Equipo de salud y de los tomadores de decisión en la identificación del modelo y el grado de adhesión al mismo
- Estudiar las resistencias al cambio y la relevancia de los factores culturales, de formación de grado, institucionales, corporativos, estructurales o físico ,que influncian en la misma
- Identificar la posición asumida por las mujeres en relación con el protagonismo en las decisiones sobre su embarazo y parto
- Conocer el tipo y grado de participación del entorno familiar de la propuesta de acompañamiento, durante el proceso de atención en el Servicio Perinatal
- Estudiar los resultados Peri natales, mediante el Sistema Informático Peri natal que registra el Servicio y el grado de correspondencia con conductas beneficiosas o perjudiciales en la atención
- Contribuir a un análisis reflexivo sobre los comportamientos de la comunidad como proceso de ejercer sus derechos; como del equipo de salud en el cambio de su formación de poder hegemónico en los hospitales públicos, materno infantil.

Los interrogantes que se plantea son.

El diseño de un Servicio basado en el derecho y en la evidencia científica, para mejorar los resultados perinatales, como plantea las Maternidades Centradas en la familia es condición necesaria, pero no suficiente para lograr niveles adecuados en su implementación. Existen factores facilitadores y obstaculizadores para el logro de las mismas

Se partió de la hipótesis que :

La hipótesis 1: La identidad de género ,la edad y el nivel educativo determinan conocimientos, actitudes y prácticas sociales de los sujetos en lo referente a la salud sexual y reproductiva, incluyendo en ella claro esta, el embarazo y el parto

La hipótesis 2: La formación curricular del recurso humano en salud no se adapta para esta modalidad de atención

La hipótesis 3: La oferta desde los servicios sanitarios y las prácticas profesionales vigentes está orientada al género femenino, por ende excluye al varón.

La hipótesis 4: no hay una concientización de la población en la puesta en practica de este modelo de atención .

Para corroborar a estos interrogantes se trabajo en diferentes metodologías y técnicas: encuestas, entrevistas, grupo focales .

Por ultimo se realiza un analisis FODA.

EL DEPARTAMENTO PERINATAL

El Departamento Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda nació en el año 1997 "insertado" en un antiguo hospital conocido en el ambiente médico y en la sociedad como un Hospital para enfermos crónicos y con una ala de pacientes tuberculosos.

Digo insertado porque habiendo transcurrido ya casi 9 años cuesta aún reconocer la posibilidad de una atención materno infantil, por nuestra comunidad, en el mismo. Este Departamento Perinatal está conformado por diversos profesionales. La estructura del mismo se conforma de : un Jefe de Departamento, del cual dependen el Jefe de Neonatología y el de Obstetricia.

Tiene un Departamento de Enfermería que es responsable de las enfermeras de internación conjunta, de neonatología y de parteras. Es importante recalcar que si bien las mismas dependen administrativamente de su Departamento, normativamente todo el personal responde al Departamento Perinatal. También están las áreas de Identificación del Recién Nacido, de Psicología y de anestesia.

La Internación para las embarazadas cuenta con seis salas con capacidad cada una de seis camas, totalizando 36 camas.

Además, hay Unidades de trabajo de partos y Recuperación (UTPR), una sala para adaptación del recién nacido, dos quirófanos y una sala de recuperación posquirúrgica; terapia intensiva neonatal con 16 unidades; una oficina de identificación del recién nacido dentro del área obstétrica y otra en la zona de consultorios externos para su alta final. En esta área externa se encuentran los consultorios de obstetricia, neonatología, psicología, salud reproductiva, de adolescencia y registro civil.

Existe también una sala para dictado de curso de preparación para maternidad, una oficina de voluntarias de lactancia materna y un Hogar de Madres con capacidad para albergar a ocho mamás. A ello se suma un archivo de Historias Clínicas personales, en donde cada parturienta tiene la historia de todos los partos realizados en la institución, y un Área de Sistema informático Perinatal, donde se realiza el registro y carga de datos de Historias Clínicas, monitoreo y proceso de resultados de la atención.

Además tiene 3 oficinas de las jefaturas y una sala de reunión para su personal.

El ambiente físico de todo el Servicio, se realizó cuidando detalles que hablen de calidez, con colores y plantas intentando quitar la mirada "sanitaria" en el sentido de obviar colores blancos o grises, ambientes fríos en su estructura como en sus mensajes. En los pasillos, se encuentran carteles que hablan de derechos que tiene la comunidad a: recibir información, a parir estando acompañada con la persona que desee, a no ser separada de su hijo sino se justifica, a recibir conserjería de salud reproductiva y amamantar desde el momento de su nacimiento. También hay información sobre los beneficios de la lactancia materna y los derechos del niño. Estos carteles cumplen una definición política del departamento y constituye una herramienta de estrategia para el cambio.

Las Salas de parto, ahora llamadas UTPR, tienen sus paredes con colores cálidos, luz dicróica para poder disminuirse intensidad si la parturienta así lo desea, salidas de oxígeno y aspiración central, una cama, un sillón de parto la recepción del recién nacido y un baño integrado. Las cinco salas se encuentran ubicadas en forma de herradura, siendo el centro un espacio donde se encuentra el equipo de salud. Las mismas tienen diferentes colores y numeración para su ubicación sanitaria por cualquier emergencia.

El cálculo de UTPR se realizó de la siguiente manera.

$N^{\circ} \text{ Salas} = \text{partos año} - \text{cesáreas} \times \text{prom días de estancia}$

$365 \times \% \text{ocupacional}$

La definición de Perinatal fue desde su inicio un componente fuerte que marcaría su futuro. Allí estaba el concepto de su Misión, su Deber Ser, con premisas de valor. Queríamos un "hablar Perinatal", una conjunción de obstetricia y neonatología. No queríamos un divorcio en ellas y por ende, en su atención. Así marcábamos en qué creemos y de allí surgiría el cómo hacerlo.

Teníamos a favor que nacíamos así; con una premisa clara. Ya que esta demostrado que, cuando una organización redefine su rumbo, tal vez por una política de salud, pero no como resultado de una reflexión integral consensuada, puede ser un gran obstáculo para su implementación.

La misión esta constituida por: su historia, como nació, bajo que circunstancia se marco su rumbo, las preferencias de sus miembros a ejecutarla, el ambiente o circunstancias donde se desarrolla, los recursos tanto humanos como físicos con que cuenta para su factibilidad de concreción.

Establecida la Misión, vino en consecuencia la Visión en donde se volcó y cristalizó los valores en que creemos. Cobro aquí importancia la idea compartida de sus recursos humanos, los valores éticos que primaron en la organización. Vino una etapa de adaptación a esta realidad, creíamos en ello, debíamos sociabilizarlo.

En esta etapa es importante, ver para la factibilidad de aplicación de este Modelo de atención las externalidades puesto que los hospitales se comportan como un sistema dentro de un entorno social, político, económico con el cual se vinculan y están presentes como factores que podrán ser Facilitadores u Obstaculizadores.

Para comprender el proceso institucional es conveniente contar nuestros pasos. Como fue nuestro camino.

NUESTROS PASOS

El Respeto

Así presentado el Servicio, en él se trabajo al comienzo la idea de una modalidad de atención basada en el respeto. Este respeto fue pasando por diferentes connotaciones, a medida que el proceso de cambio iba transitando: primero entendido como la atención cordial por el otro (considerado paciente), para luego intentar trabajar mirándolo desde su integralidad. Este no es un concepto menor, ya que hemos sido y somos formados el recurso humano de salud, con conductas rígidas y el desafío implica romper con esas rutinas, prácticas y representaciones simbólicas, en la que nos apoyamos para poder actuar. Visualizando solo soluciones técnicas a toda consulta. Es así como determinamos quién está enfermo y quién no, decidiendo, desde el paradigma biomédico, si un determinado estado del sujeto califica como un desequilibrio importante en su bienestar o no; sin preguntarnos donde entraría, muchas conductas que reflejan otros desequilibrios sociales como la pobreza, el desempleo, el racismo o cualquier tipo de desigualdad, que son medicalizados y transformados en "patologías", transfiriendo al ámbito individual los problemas de la sociedad. Traslada la idea a la gestación, la historia se repite ¿Por que no hacerlo? Y se transforma un hecho biológico de la naturaleza en un proceso de enfermedad y de resolución técnica. Y a ello debemos agregarle que se trata de lógicas aceptadas por una sociedad complaciente de esta asimetría de información, paternalista de conductas, soberanas de poder hegemónico medico.

La Mirada Integral

Este proceso de integralidad es dificultoso de ver, puesto que estamos ejercitados en la búsqueda del síntoma para medicar o “solucionar” y nos es difícil pensar que no todo responde necesariamente a un “sistema descompuesto”.

Se suma a ello, el no poder reconocer que existen hechos biológicos, como el parir, el nacer o morir, como sujetos de la naturaleza, que no necesitan necesariamente una intervención. Cuesta aceptarlo por todo el equipo de salud y es allí en donde aparecen resistencia a esta propuesta de atención.

Parir en vertical

Luego vino la idea que se podía parir “de otra manera”, en otra posición, en cuclillas o sentada, es decir, en posición vertical y no sólo en la tradicional manera horizontal.

Existía bibliografía que respaldaba la evidencia científica del parto vertical y su mejor resultado tanto para la madre como para el niño. Ella hablaba de romper con una tradición en donde los componentes que confluyen aquí son tan variados como simbólicos; porque ya no estaba la mujer indefensa acostada, pasiva, atada y sujeta a la orden mecánica del que dirigía la práctica médica “del nacer” y la miraba desde arriba. Ella podía ahora sí, caminar, sentarse y pujar cuando quisiera. Su parto sería a su manera, podía parir “¡¡sin nosotros “!!

Aquí apareció una confusión en el servicio y fue asociar la idea de parto vertical como modo humanizado o respetuoso de atención. Porque en esta manera de parir, dábamos libertad a la embarazada e intervendríamos si nos necesitaban. Es decir, si en un hecho natural se presentaba una complicación.

En realidad comenzábamos a hablar, tíbiamente, de derechos.

Los derechos

Derecho, dice el diccionario de la Real Academia Española que es: Facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor, Conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva. El significado a pleno de esta palabra cuesta ser aplicado, tanto en el ejercicio de la medicina, como en otros ejemplos de la sociedad. Reconocer que el otro, hasta aquí llamado paciente, es un sujeto de derecho es una enseñanza no marcada explícitamente en nuestras conductas como una norma. Es por ello que tanto cuestionamiento y resistencia generan estas Maternidades Centradas en la familia. Así como reconocimos que existía un derecho a ser cumplido basado en el respeto del trato comenzamos a visualizar que también había derecho a ser atendido con la mejor de las conductas: Medicina Basada en Evidencia científica. Aquí confluyen mágicamente dos líneas: la científica, que nos marca las conductas con respaldo técnico y la humanística, que nos habla de exactamente lo mismo, pero desde el derecho humano. Las Maternidades Centradas en la Familia hablan de la puesta en práctica de estas verdades.

Acompañamiento

Este tema implicó un trabajo en taller de todo el equipo de Salud en donde la presencia de un familiar demostrado en la Revisión de Hodnett, marcaba una diferencia en los resultados perinatales. Nos obligaba a una reflexión –acción a partir de ella. En este trabajo Hodnett incluye 14 estudios clínicos en los que participaron más de 5.000 mujeres. Mostrando que la presencia continua de una persona que brindaba apoyo redujo la probabilidad de administrar medicamentos para aliviar el dolor, de parto vaginal

instrumentado, de nacimiento por cesárea y de un puntaje de Apgar a los 5 minutos < 7. El apoyo continuo también se asoció con una pequeña reducción en la duración del trabajo de parto. Seis estudios clínicos evaluaron los efectos del apoyo en base a las opiniones de las madres sobre sus experiencias durante el parto, los resultados favorecieron al grupo que había recibido apoyo continuo.. Esto hizo que adaptáramos dos salas de parto para brindar esa opción. Siempre partíamos de nuestra formación escolástica de la dureza de la verdad médica: la leíamos, estudiábamos y la aceptábamos.

Preparación para la Maternidad

Conjuntamente a estos pasos que transitamos era conveniente concientizar a la población que se asistía en estos conocimientos.

Aquí repetimos nuevamente lo aprehendido en nuestra formación: clases magistrales, en donde el saber lo tiene uno y el otro (llamado paciente) pasivamente recibe. Luego vino un cambio, el interactuar con el grupo que concurría a los talleres, con la mirada atenta del grupo de psicólogas, más permeables por su formación, se pudo reconocer el saber de la comunidad, fue así como se incorporó el relato de una parturienta, que desde su vivencia narra su trabajo de parto. Desde lo vivencial se aclaran dudas, miedos y mitos que vayan surgiendo.

Evaluación de satisfacción

Desde el comienzo, la idea de medir los procesos fue incorporado como metodología de análisis. A través de ella, el monitoreo del Área de Psicología fue guiando el grado de satisfacción de las mujeres que se asistían. También se fue valorando la opinión del equipo de salud de trabajar de esta manera. Así se evaluó las resistencias al cambio y las estrategias para superarlas a través de talleres y ateneos. Conscientes cada vez más que la incorporación de una manera diferente de trabajar tenía que ver, la aceptación o el rechazo, con implicancia más de índoles personal o de compromiso con su filosofía.

Incorporando al Varón

En estos momentos, se está trabajando en la incorporación del varón desde la comunicación: los mensajes están dirigidos a él como partícipe y responsable tanto desde la salud reproductiva preventiva (adopción de métodos) como desde el control prenatal y acompañamiento en el parto.

También en los talleres de preparación para la maternidad, se invita a su incorporación, conscientes como equipo de que son pocos los espacios que las instituciones de Salud les ofrecen.

MARCO TEORICO

La salud es un tema de importancia crucial para los individuos, las familias, y para la sociedad; por ello, es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de la mayoría de los países. Además, constituye una variable estrechamente relacionada al crecimiento y desarrollo económico; Es así que, el nivel socioeconómico de un país y las características de su evolución influyen en forma decisiva sobre las condiciones de salud de su población, sobre la magnitud y los riesgos de enfermarse y morir. En este contexto, la salud materno-infantil representa un componente importante para las sociedades. Haciendo un poco de historia ...

A fines del siglo XIX, comienzos del siglo XX empieza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto que hasta ese momento se realizaban en las casas y en general a cargo de mujeres. El motivo fue disminuir las muertes maternas y neonatales. El proceso evolutivo de la humanidad y de la ciencia médica, unido a los cambios de vida en las nuevas sociedades, si bien es cierto, han contribuido de manera importante a la disminución de riesgos para la salud y a elevar el nivel de vida de nuestras familias, también han hecho que procesos tan naturales como la maternidad, se asuman como vivencias mucho más complejas. Es así como la sociedad que conformamos hombres y mujeres se ven enfrentados a diversos condicionamientos desde lo fisiológico, psicológico, familiar y laboral, para la realización de sus facultades y deseos procreativos y afectivos.

Esto ha generado a nivel mundial la necesidad de un cambio en la vivencia de la maternidad, donde exista una mirada integral, teniendo en cuenta aspectos no sólo biológicos sino también sus componentes psicológicos, familiares y sociales.

La propuesta de Humanización, parte de concebir el nacimiento como una experiencia natural, que involucra a ambos miembros de la pareja y destaca la importancia de propiciar un ambiente relajante y familiar, que favorezca la intimidad y libre desenvolvimiento del proceso, devolviendo la autonomía y protagonismo a la pareja, teniendo en cuenta la sensibilidad del bebé.

Esto lleva a la necesidad de cuestionar y replantear el papel que cumple el equipo de salud en la determinación de la vivencia de la maternidad y particularmente en la atención del nacimiento, así como el significado que esta experiencia representa para la madre, el niño y el grupo familiar, buscando evitar el intervencionismo superfluo e iatrogénico, tratando cada caso en su individualidad y haciendo primar las necesidades y deseos de los padres y el bebé, antes que las rutinas y prácticas hospitalarias.

La implementación de este tipo de propuestas fueron iniciados en Europa en 1930, con las propuestas de diferentes autores como: Los franceses: Frederic Leboyer,⁽¹⁾ El Parto Instintivo de Michel Oden⁽²⁾ el Método Sico-Sexual de la inglesa Sheila Kitzinger⁽³⁾. Además de los métodos tradicionales retomados de nuestras culturas indígenas y del saber popular. Comienza una nueva manera de mirar un acontecimiento de la humanidad como es el nacimiento, propuesta que conjuga: avances científicos, equilibrio ecológico y atención humanizada. La reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tuvo lugar en 1985 en Fortaleza (Brasil) concluye la misma con una Declaración que cambiaría la idea de atención en las Maternidades "El nacimiento no es una enfermedad" ⁽⁴⁾.

A continuación, se conformó la "Iniciativa para un parto seguro" que termina en el desarrollo de un Programa por una Maternidad Sin Riesgo, lanzada en 1987. Está encabezada por una asociación única de organizaciones internacionales, entre las que se incluyen el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y el Population

Council. Estas agencias trabajan juntas para aumentar la conciencia, establecer prioridades, estimular la investigación, movilizar recursos, proveer asistencia técnica y compartir información conforme al mandato específico de cada una de ellas. Su cooperación y compromiso han dado la oportunidad a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales de más de 100 países, de adoptar sus propias acciones para lograr una maternidad sin riesgo.

En 1996, se conforma en Washington la Coalición para las mejoras de los Servicios de Maternidad (CIMS). La Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (CIMS) es una agrupación de individuos y organizaciones nacionales involucradas en el cuidado y el bienestar de las madres, los bebés y las familias, cuyo objetivo es promover un modelo de atención a la maternidad centrado en la salud, que mejore el resultado del parto y reduzca substancialmente los costos. Este modelo basado en la evidencia, respetuoso con la madre, el bebé y la familia, se centra en la prevención y en la salud como alternativa a los costosos programas de detección precoz, diagnóstico y tratamiento.

La Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Nacimiento (Relacahupan) 1997 ha elaborado los pasos que deberán darse en todos los países de la región para poder ir hacia un futuro en donde los partos y los nacimientos den vida a una nueva sociedad, proponiendo el principio que señala : "cambiar la forma de nacer cambia la forma de vivir".

El compromiso político con la maternidad sin riesgo: Las personas encargadas de elaborar las políticas de cada país pueden establecer una base legal y política para la maternidad sin riesgo al definir la mortalidad materna como "una injusticia social" y como una "desventaja de salud". Al hacer esto, ellos comprometen a sus gobiernos a:

Exponer la falta de autonomía que enfrentan las mujeres durante toda su vida y en el embarazo como una injusticia a la que los países deben poner remedio a través de los sistemas político, legal y sanitario.

Asegurar que todas las mujeres tengan el derecho de tomar sus propias decisiones sobre su salud libremente, sin coerción o violencia y basadas en una información completa.

Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a una atención de buena calidad antes, durante y después del embarazo y el parto.

Utilizar los derechos humanos a nivel internacional para fomentar la maternidad sin riesgo ⁽⁵⁾

Para fomentar la maternidad sin riesgo se puede hacer uso de los acuerdos internacionales de derechos humanos. Estos documentos, al igual que la mayoría de las constituciones nacionales, garantizan:

El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona. Estos derechos requieren que los gobiernos provean acceso a una atención adecuada de la salud y garanticen que los ciudadanos puedan elegir cuándo y con qué frecuencia tener hijos.

Los derechos relacionados con la formación de la familia y la vida familiar. Estos derechos exigen que los gobiernos provean acceso a la atención de la salud y otros servicios que la mujer necesita para formar una familia y disfrutar de la vida familiar.

El derecho a los servicios de la salud (incluyendo información y educación) y a los beneficios de los adelantos científicos. Estos derechos requieren que los gobiernos provean a las mujeres atención de la salud sexual y reproductiva.

El derecho a la igualdad sin discriminación. Estos derechos exigen que los gobiernos aseguren que toda mujer y toda joven tenga acceso a los servicios (tales como educación y atención de la salud), sin importar la edad, estado civil, raza o estrato socioeconómico.

Algunas conferencias y convenciones internacionales recientes establecieron metas específicas con el fin de apoyar y proteger las necesidades reproductivas de las mujeres.

Los gobiernos participantes en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 acordaron que los hombres y las mujeres tienen el derecho de decidir si desean tener hijos, cuándo y

cuántos y que deben tener acceso a los servicios de salud reproductiva, entendidos como parte inescindibles de los derechos humanos. También se comprometieron a reducir a la mitad el número de muertes maternas para el año 2000 y, a la mitad otra vez para el año 2015. Aunque estos compromisos no son obligatorios, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el cual supervisa la Convención de Mujeres, los usa como estándares para los 161 países signatarios de la Convención.

Posteriormente, se formulan los acuerdos Internacionales para sostener la concreción de Maternidad sin Riesgos como:

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Convención de las Mujeres);

El Convenio Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos;

El Convenio Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales;

La Convención sobre los Derechos del Niño;

La Convención Europea sobre los Derechos Humanos;

La Convención Americana sobre los Derechos Humanos; y

La Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos.

Cada uno de estos tratados tiene un organismo de vigilancia que establece normas de desempeño para los países miembros y supervisa su cumplimiento a través de informes periódicos presentados por cada uno de los países.

En nuestro país, comienza a incorporarse la idea en la Maternidad Ramón Sarda de Buenos Aires a través de su Jefe de Neonatología Miguel Laguia quien establece en su artículo de "Maternidades Centradas en la Familia" los pasos necesarios a establecer en Maternidades de estas características

Ofrecer a todas las madres que dan a luz:

La presencia sin restricciones durante el parto de los acompañantes que ella elija, incluyendo padres, cónyuges, hijos, familiares y amigos;

Acceso sin restricciones al apoyo emocional y físico continuado de una mujer capacitada, como una doula* o profesional de apoyo al parto;

Acceso a la atención profesional de una partera (comadrona).

Trabajos científicos de relevancia mostraron que: El apoyo continuo redujo la probabilidad de administrar medicamentos para aliviar el dolor (odds ratio: 0,71, intervalo de confianza del 95%: 0,2, 0,81), parto vaginal instrumentado (odds ratio: 0,77, intervalo de confianza del 95%: 0,65, 0,90), cesárea (odds ratio: 0,77, intervalo de confianza del 95%: 0,64, 0,91), y puntaje de Apgar a los cinco minutos menor de 7 (odds ratio: 0,50, intervalo de confianza del 95%: 0,28, 0,87).

En los estudios clínicos en los que la política institucional permitía la presencia de esposos, familiares o amigas durante el trabajo de parto, el apoyo continuo también se asoció con una menor probabilidad de estimulación ocitócica (odds ratio: 0,77, intervalo de confianza del 95%: 0,61 a 0,98). Dos estudios clínicos (Hofmeyr 1991; Langer 1998) hallaron que las mujeres que habían contado con apoyo continuo durante el trabajo de parto tenían más probabilidades de lactancia exclusiva a las 4 a 6 semanas postparto (odds ratio: 0,60, intervalo de confianza del 95%: 0,40 a 0,79). Seis estudios clínicos (Breart - Belgium; Breart - France; Hodnett 1989; Hofmeyr 1991; Kennell 1991; Langer 1998) evaluaron los efectos del apoyo en la opinión de la madre respecto de lo que sintió durante el parto; aunque los estudios clínicos utilizaron medidas diferentes (incluida la satisfacción global, no manejarse bien durante el parto, encontrar que el trabajo de parto fue peor de lo esperado y grado de autocontrol durante el parto), los resultados de todos los estudios favorecieron al grupo que había recibido apoyo continuo. Dos estudios clínicos (Hofmeyr 1991, Langer 1998) evaluaron la autoestima y la ansiedad postparto. Hofmeyr 1991 informó puntajes medios más altos de autoestima y puntajes medios más bajos de ansiedad seis semanas postparto entre las mujeres que habían contado con apoyo continuo durante el parto. Por el contrario, Langer 1998 no halló diferencias en los

números de puérperas que habían experimentado baja autoestima o una gran ansiedad, y los puntajes medios de ambas variables fueron casi idénticos.

Los efectos sobre la duración del trabajo de parto son pequeños y de importancia clínica cuestionable (diferencia ponderada de la media = -0,32 horas, intervalo de confianza (IC) del 95%: -0,542 a -0,094 horas, es decir, una diferencia de sólo 19 minutos, intervalo de confianza del 95%: 31,9 a 6,0 minutos). Langer 1998 sólo publicó la duración mediana del trabajo de parto, que fue de 4,56 horas en el grupo intervención versus 5,58 horas en el grupo control.

Ofrecer al público información descriptiva y estadística detallada sobre sus prácticas y procedimientos en la atención al parto, incluyendo la frecuencia de las intervenciones y los resultados.

Ofrecer una atención culturalmente apropiada; es decir, una atención sensible y que responde a las creencias, valores y costumbres específicas de la etnia y religión de la madre.

Ofrecer a la parturienta la libertad de caminar, moverse y adoptar las posiciones que elija durante la dilatación y el expulsivo (salvo que se requiera específicamente una restricción para prevenir una complicación), y desaconseja la posición de litotomía (acostada boca arriba con las piernas elevadas).

Tiene normas y procedimientos claramente definidos para:

colaborar y mantener consultas durante el periodo perinatal con otros servicios de maternidad, incluyendo la comunicación con el profesional que ha atendido previamente a la madre cuando es necesario el traslado de un lugar de nacimiento a otro; poner a la madre y a su hijo en contacto con los recursos pertinentes de la comunidad, incluyendo el seguimiento prenatal y posterior al alta y el apoyo a la lactancia materna.

No emplear de forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencias científicas, lo que incluye pero no se limita a los siguientes:

- Rasurado del vello púbico
- Enemas
- Perfusión endovenosa (goteo)
- Ayuno
- Rotura precoz de membranas
- Monitoreo fetal electrónico
- La tasa de uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto es del 10% o menor
- La tasa de episiotomía* es del 20% o menor, con una meta del 5% o menos
- La tasa global de cesáreas es del 10% o menor en los hospitales de primer nivel, y del 15% o menor en los hospitales de tercer nivel o de referencia
- La tasa de parto vaginal después de una cesárea es del 60% o mayor, con una tasa del 75% ó más.
- Educa al personal sobre métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y no recomienda el uso de analgésicos o anestésicos si éstos no son requeridos específicamente para corregir una complicación.
- Anima a todas las madres y familias, incluyendo a aquellas con recién nacidos o lactantes enfermos o prematuros o con problemas congénitos, a tocar, tomar en brazos, dar el pecho y cuidar a sus hijos en la medida compatible con cada situación.
- Desaconseja la circuncisión del recién nacido por motivos no religiosos.

Se esfuerza por aplicar los "Diez Pasos de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños" de la OMS y el UNICEF para promover una feliz lactancia materna. Ello implica cumplir con :

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.⁽⁶⁾

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, revela que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas transformándose en una forma de violencia contra las mujeres: realización de procedimientos dolorosos como rasurado perineal y púbico de rutina, enemas durante el trabajo de parto, cuya eficacia no ha sido respaldada científicamente; uso de monitoreo fetal continuo en embarazos de bajo riesgo sin estar claramente demostrada su eficacia, episiotomía rutinaria; exceso de cesáreas innecesarias, por razones no médicas.

La excesiva "medicalización" del parto ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos durante el embarazo y el parto, que a veces son tanto o más importantes, que la ecografía, el monitoreo electrónico fetal, la inducción del trabajo de parto, y la cesárea. Investigaciones clínicas aleatorizadas no respaldan el manejo médico del parto que es una conducta muy frecuente en la práctica clínica; por otra parte, algunas intervenciones farmacológicas durante el trabajo de parto pueden afectar la relación madre-hijo al nacer (la ocitocina exógena utilizada en inducciones/aceleraciones muchas veces innecesarias, interfiere con procesos neurológicos que sustentan el comportamiento materno); el uso de sedantes potentes puede afectar la capacidad de adaptación extrauterina del recién nacido.

La tendencia actual en la asistencia obstétrica, se basa en 2 principios éticos: respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y, no someter a la madre a un daño innecesario (respetando el clásico principio hipocrático "primum non nocere"); el rol de los profesionales de la atención obstétrica (médicos, parteras) es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información lo más completa posible, basada en la mejor evidencia disponible, que permita a la madre realizar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo – autocuidado durante el embarazo, protagonismo en el parto y postparto.

En nuestro país existe una alta tasa de atención del parto y recién nacido en instituciones tanto públicas como privadas al 98 % y, con una fecundidad promedio entre 2 y 3 hijos, esto, constituye un dato relevante en la aplicabilidad de las conductas. Cada parto debiera ser una experiencia altamente significativa para todos los participantes en el mismo: la mujer, su pareja y su hijo, como principales protagonistas del evento y, para los integrantes del equipo asistencial, en el ejercicio de sus respectivas capacidades y competencias.

Sin embargo, es clara la diversidad de las practicas que se observa en todas las áreas de actuación en salud . Este hecho se debe, principalmente, a la falta de aplicabilidad de prácticas con evidencia científica en algunas materias, al desconocimiento o, simplemente, al estilo de trabajo medico. Esta variabilidad se observa sistemáticamente en todas las especialidades, tanto en las indicaciones, como en la utilización de pruebas complementarias, empleo de medicamentos, elección de técnica quirúrgica y resultados clínicos. Existen variaciones geográficas, entre hospitales e incluso dentro de un mismo servicio.

Otros elementos que influyen en la variada práctica clínica es la falta de sistematización del trabajo, lo que lleva a una falta de coordinación y posibilidades de errores médicos (tema de interés creciente por parte de todos los actores sociales).

En los últimos años, se ha hecho evidente la necesidad de acercar la Gestión Clínica (GC) a los profesionales y, en este sentido, todo el personal de salud responsable de la Atención de Parto necesita familiarizarse con una serie de conocimientos que le permita un diálogo fluido con los responsables de la administración de recursos de Salud.

Las guías de práctica clínica (GPC) se definen como el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, en circunstancias sanitarias concretas. Las GPC ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables.

En la elaboración de esta GPC se han tenido en cuenta aquellos elementos esenciales contemplados en los criterios del instrumento AGREE⁽⁷⁾ que son estándares europeos sobre Guías de Práctica Clínica (documento de trabajo, versión en lengua inglesa, de junio del 2001): definición del alcance y objetivos de la guía, desarrollo y revisión por un equipo multidisciplinario, identificación sistemática de la evidencia científica, formulación explícita de las recomendaciones, claridad en la presentación de la guía y sus recomendaciones, aplicabilidad en el medio, actualización periódica e independencia editorial.

Dentro de esta línea de pensamiento, en donde se prioriza con rigidez desde el conocimiento científico se une a los derechos de las personas quienes deben recibir el mejor de los tratamientos.

Citando el documento de trabajo elaborado por OMS en Ginebra en el año 2001 "Desafíos y oportunidades de las asociaciones en el desarrollo de la salud", por Charles Boelen "Unidos Actuando para la Salud", se señalaba: "parece esencial recordar que el propósito de un sistema de salud es responder a las necesidades de la gente. Como tal, debe basarse en valores, claramente identificados que sirvan a este fin, tales como: calidad, equidad, relevancia y costo-efectividad. La defensa de estos valores no es fácil, mantenerlos, es realmente un desafío. Para establecer o reorientar un sistema de salud, todas las partes involucradas deben entender bien las implicancias de estos valores. Obtener los máximos servicios de salud, no puede ser privilegio de unos pocos, sino el derecho de todos. En el código ético, el valor de equidad debe ir a la par con el valor de calidad. Se debe abogar por la excelencia en los servicios de salud siempre con la intención de ponerla al alcance de todos".

Recientemente, por Resolución 348/2003 las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica .Bs. As., 21/5/2003 ⁽⁸⁾ promueven la idea que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones Centradas en la Familia". ⁽⁹⁾

En ella se contempla la Atención Humanizada del Trabajo de Parto y Parto, que se relaciona con los problemas relacionados con la alta tasa de cesáreas observada en Argentina y que requiere de un activo proceso de cambio por parte de los profesionales de la atención obstétrica y, por parte de la población usuaria de sus servicios, visto que constituye un grave problema de salud pública

El trabajar con medicina basada en evidencia implica una búsqueda y revisión sistemática de evidencias sobre los elementos relacionados con el desarrollo de cambios en la Atención de la Madre durante su Trabajo de Parto y Parto; Apoyo emocional continuo a las madres, el beneficio o no de procedimientos rutinarios y de las mejores alternativas del manejo del dolor. Luego de la cual viene la instalación de las mejores conductas mediante normas a cumplir .,o guía práctica clínica GPC

Una GPC de Atención Humanizada del Trabajo de Parto y Parto actualizada se justifica por la gran cantidad de publicaciones y materiales disponibles, de diversa calidad, lo que lleva a tomar decisiones independientes de la calidad de la evidencia

Por otra parte, es necesario considerar un tema no menor como es, la percepción que tiene el usuario de los servicios recibidos. Con frecuencia se observan desacuerdos entre la calidad que el profesional cree que los usuarios del sistema perciben, y la que estos realmente experimentan. Ellos también se encuentran dentro de un proceso de cambio, que hace sus expectativas diferentes a épocas anteriores.

A continuación se presentará la mirada desde el Equipo de Salud en lo referente a la formación curricular y el grado de dependencia que la misma tiene en la puesta en práctica de las Maternidades Centradas en la Familia .

Capítulo II

El equipo de Salud

*Las personas cuando le habláis de un nuevo amigo no os interrogan jamás sobre lo esencial. Jamás dicen ¿Cómo es el timbre de su voz? ¿Cuáles son los juegos que prefiere? ¿Colecciona mariposas? ¿En cambio os preguntan ¿que edad tiene? ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuánto pesa? ¿Cuanto gana su padre? Solo entonces creen reconocerle.
(A . De Saint Exupery , 1970)*

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto reunida en Brasil en noviembre del 2000 se definió con precisión al concepto humanización y sus alcances

Se estableció que el mismo abarca tanto los procesos de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzados hacia la autotransformación y el entendimiento del espíritu esencial de la vida, con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; con personas que nos sucederán en el futuro, así como con quienes nos han antecedido.

La humanización, constituye un medio para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. Ella se aplica a cualquier aspecto del desempeño humano, como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminal, personas mayores, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente

Es así como la Declaración de Ceará nacida en la citada conferencia dice: "creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras proponemos la humanización como concepto central para el desarrollo de las sociedades sustentables del siglo 21. Instamos, además, a todos los gobiernos, a los organismos integrantes de las Naciones Unidas y a participar proactivamente en la promoción de la humanización." (sic)⁽¹⁰⁾

En el documento de trabajo elaborado por OMS en Ginebra en el año 2001 "Desafíos y oportunidades de las asociaciones en el desarrollo de la salud", por Charles Boelen "Unidos Actuando para la Salud", se señalaba: "parece esencial recordar que el propósito de un sistema de salud es responder a las necesidades de la gente. Como tal, debe basarse en valores, claramente identificados que sirvan a este fin, tales como: calidad, equidad, relevancia y costo-efectividad. La defensa de estos valores no es fácil, mantenerlos, es realmente un desafío. Para establecer o reorientar un sistema de salud, todas las partes involucradas deben entender bien las implicancias de estos valores. Obtener los máximos servicios de salud, no puede ser privilegio de unos pocos, sino el derecho de todos. En el código ético, el valor de equidad debe ir a la par con el valor de calidad. Se debe abogar por la excelencia en los servicios de salud siempre con la intención de ponerla al alcance de todos".⁽¹¹⁾

El género humano vive en una sociedad, que marca su historia, su pensamiento y sus valores. Una sociedad que esboza en el interior de su visión del mundo un saber particular sobre el proceso de salud –enfermedad .Marca sus usos, el sentido, los límites sus correspondencias .Es así que, el concepto de salud y enfermedad dentro de esta filosofía, deja de ser un estado individual para ser una idea mas amplia dentro de una historia y de una sociedad.

El desarrollo del modelo medico tuvo un cambio paradigmático en la segunda mitad del siglo XIX, marcando una mirada desde lo colectivo, la comunidad, hacia el cuerpo individual⁽¹²⁾

Concepto que llevo implícito considerar el cuerpo como receptáculo de enfermedad, perdiendo la visión de su integralidad, de su entorno, el hombre en su singularidad, como persona y no como un número más.

Esta idea, fue y es transmitida en nuestros días en la formación del recurso humano de salud a través de prácticas y representaciones simbólicas de contundente dureza, y aparentemente difíciles de modificar.

Un ejemplo claro, para comprender lo expuesto: ante la dificultad que las mujeres vayan a parir en hospitales en medios populares, prefiriendo parir en su medio y con parteras o idóneas; la respuesta profesional encontrada es: "permanencia de prácticas y valores obsoletos" implicando una representación que los profesionales nos hacemos de la población mostrando una incapacidad de ver la realidad a la que somos confrontados. Reconociendo solo un saber, "el nuestro".

La formación tecnocrática, atrapa al médico en formación entre protocolos, normativas, rituales y fascinación tecnológica, en un modelo cada vez más anónimo de la medicina, con eficacia técnica y económica.

Si focalizamos en la atención de las embarazadas como dice la antropóloga especialista en el tema reproducción Robbie Davis Floyd: "estos procedimientos trabajan acumulativamente como rituales para convencer a la parturienta tanto de la defectuosidad de su cuerpo-máquina como de la superioridad de la tecnologías usadas para corregir sus deficiencias y mejorar su funcionamiento" ⁽¹³⁾

¿Cómo cambiarlo? ¿Cómo descencriptar estas lógicas múltiples, transmitidas, respetadas y admiradas?

Lógicas aceptadas por una sociedad acostumbrada a ello. Así se plantea en la medicina en general decisiones, conductas que involucran futuros, calidad de vida, son decisiones pocas veces compartidas entre quienes la padecen y quienes la "resuelven".

El sistema médico occidental, globalizado junto con la globalización de la cultura moderna, ha recibido diversas denominaciones de parte de los antropólogos médicos, tales como "medicina alopática", "medicina moderna", "medicina científica". Tal vez, el concepto que la describe con mayor precisión es el de "biomedicina", puesto que alude al particular énfasis que pone esta medicina en la observación de la salud humana, centrando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y anatomofisiológicos del cuerpo humano ⁽¹⁴⁾. El reduccionismo de la salud y la enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana es coherente con la moderna separación entre cuerpo y alma, siendo sólo el primero ámbito de acción e intervención para las ciencias médicas racionales.

Desde este paradigma, que considera el cuerpo como una máquina que funciona fisiológicamente según patrones constantes y cuantificables, y a la enfermedad como una alteración física de este funcionamiento, en su gran mayoría provocadas por agentes extraños llamados "gérmenes", lo que corresponde para mantener la salud es conocer dicha fisiología, conocer sus alteraciones e intervenir para restablecer el normal funcionamiento del cuerpo. En consecuencia, otros aspectos de la experiencia humana, sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos, nada tiene que ver con la salud ni la enfermedad del sujeto. Este acercamiento reduccionista del bienestar y la salud a su expresión corporal y fisiológica se manifiesta también en la fuerte tendencia a la medicalización de una serie de procesos humanos altamente complejos, tales como el embarazo y parto, la obesidad, el stress, sexualidad o las adicciones, experiencias que son marcadas de terminologías patológicas y tratamientos centrados en la corporalidad de estos procesos. ⁽¹⁴⁾

Ahora, a pesar de la tendencia hegemónica de la medicina moderna, existe una diversidad médica, donde sistemas alternativos coexisten de una u otra forma con la medicina oficial. Sin embargo, la existencia de ellos constituye una base importante para la construcción de mayor pluralidad y democracia en la atención en salud

Pero esta diversidad no implica directamente pluralidad, pues puede organizarse también de manera jerárquica; de hecho, hasta el momento, la relación entre la tendencia hegemónica de la biomedicina y la existencia de otros sistemas médicos usados por las personas, se ha dado principalmente en términos de subordinación, donde el sistema médico moderno desautoriza, o con suerte absorbe, a los otros sistemas terapéuticos. Esta dominación debería ser cautelosa de ser legitimada por las Políticas de Salud a través de leyes que le entreguen a la biomedicina el monopolio de la atención en salud,

El principio de separación, entre el individuo y su contexto, estableciendo que las cosas son mejor entendidas fuera de ello, fue muy bien estudiada por Grossinger⁽¹⁵⁾ quien muestra que el impacto de este enfoque divisivo es profundo y de amplio alcance tanto en lo que enfatiza, como en lo que excluye

Esto es difícil de poder "ser visualizado" desde la formación curricular que somete al recurso humano de salud a un entrenamiento, por un largo periodo, de cinco a más de diez años, según la profesión, profundamente tecnocrático, enseñándoles a protegerse a sí mismo evitando involucrarse emocionalmente.

Sin marcar que la valoración de la tecnología, no requiere la devaluación de la persona. (sic) Davis Floyd

Citando a la prestigiosa Antropóloga de la reproducción Robbie Davis Floyd quien describe en su libro "Del médico al sanador" como la formación, tecnocrática, se asienta sobre "verdades" que van marcando las conductas de los profesionales como dogma interrelacionados:

Separación mente –cuerpo, así lo afirma Rothman⁽¹⁶⁾, cuando dice " Los problemas en el cuerpo son técnicos que requieren soluciones técnicas, ya sea mecánica, reequilibrio químico o eliminando fallos del sistema considerando el cuerpo como máquina. Es de esperar que convencidos de este concepto sea aplicado a su propia vida el paciente como objeto, no es raro escuchar en pasillo de los sistemas de salud: " la hernia de la 324...." Así lo confirma la antropóloga Jordan⁽¹⁷⁾ quien reflexiona sobre las raíces en la conceptualización implícita del paciente no como una persona sino como el objeto de su dolencia y su indicación de tratamiento diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro, curando enfermedades viendo la muerte como derrota, ya que esta es un doloroso recordatorio que este poder para entender, resolver y solucionarlo todo, no podemos eliminarla. Sin poder distinguir la importancia que deberían tener las muertes "si evitables" que marcan la injusticia social intolerancia a otras modalidades de cuidado, puesto que la cultura dominante de la tecnomedicina se plantea como la única posibilidad, invalidando o en otros casos subestimando a medicinas alternativas.

Standardización, a todos lo mismo, rutina que marca una normativa que habla de orden ritual repetitivo que da estabilidad y control DiGiacomo.⁽¹⁸⁾

Todo esto dentro de un contexto de organización jerárquica, con valores definidos y un estilo de pensamiento. Los hospitales despliegan y perpetúan este modelo que permite una responsabilidad generalizada y difusa que muy pocos tienen el poder de alterar. Comienza esta jerarquía con la subordinación del paciente a la institución, el residente o practicante al grupo médico mejor posicionado el clínico al superespecialista, así sucesivamente.. Davis Floyd⁽¹⁹⁾

En esta formación tecnocrática planteada el hospital establece una visión y una misión.

Entendiendo como misión: lo absoluto dentro de la organización. En ella sedimentan los valores de sus agentes y es por ello que constituye los pilares sobre los cuales se construye la organización, las bases del hacer. En otros términos la misión expresa en qué creemos y luego de allí surgirá el cómo hacer. Mientras que visión es como queremos que los demás nos vean.

Según lo expresado por Federico Tobar ⁽²⁰⁾ La misión es la contribución de la institución a la sociedad. Se trata de aquello por lo cual hace falta que la institución exista. No se puede definir prioridades sin ella. Es a través de ella que definimos la eficacia porque la misión es el Deber Ser de toda institución.

La misión de una Institución define premisas de valor. Las premisas de valor se definen, no en los términos de lo que nuestra organización fabrica, vende o entrega, sino en función del valor fundamental que representa como satisfacción de la premisa de necesidad del cliente.

La definición de la misión es la más poderosa herramienta de gestión que una organización puede tener. Primero se define la misión y solo después se puede planificar. No se puede tener unos servicios antes que una razón de ser. Tal vez el mayor desafío que enfrentan las organizaciones en estos tiempos de reconversión donde los entornos cambian de forma permanente y exigen la rápida adaptación de las organizaciones a dichos cambios, consista en olvidar la misión y limitarla a simples servicios.

La misión es lo absoluto dentro de la organización. En ella sedimentan los valores de sus agentes y es por ello que constituye los pilares sobre los cuales se construye la organización, las bases del hacer. En otros términos la misión expresa en qué creemos y luego de allí surgirá el cómo hacer. Pero también Tobar advierte:

Cuando se redefine la misión se está cambiando de negocio. Redefinir la misión es la forma más profunda de alterar la esencia de la organización. Por eso es lo más difícil de lograr de forma efectiva

Qué hay que tener en cuenta para definir la misión del hospital?

Los hospitales tienden a descuidar la reflexión sobre su deber ser. Por su característica de brindar servicios para resolver necesidades que la mayoría de las veces son vitales o urgentes, en los hospitales el impulso por hacer deja poco espacio para la reflexión sobre qué se debe hacer.

El Hospital ,con frecuencia se parece a un agregado de servicios y de recursos que, por razones legítimas, se fueron sumando a lo largo de la historia pero sin basarse en una verdadera reflexión o cuestionamientos sobre si los mismos son o no adecuados u oportunos.

Es frecuente comprobar que nadie, dentro de la organización, tiene una idea clara del porqué de su existencia y qué debe conseguir. Que no haya un sentido de misión tangible que oriente las acciones ⁽²¹⁾. Las dos mayores amenazas en la definición de la misión del hospital son: por un lado el inmovilismo y por el otro, las disputas internas sostenidas ⁽²²⁾.

El inmovilismo es un mal propio de las burocracias y afecta particularmente a la administración pública. Se trata de una inercia administrativa que obstaculiza todo intento de cambio. Se siguen los procesos de forma ritual hasta tal punto que se convierte en un culto a la resistencia al cambio.

La segunda amenaza consiste en que la organización redefina su rumbo pero no como resultado de una reflexión integral consensuada sino por iniciativa de un grupo de interés interno, o de políticas de salud.

Por su carácter de burocracias profesionales los hospitales tendieron más hacia el modelo autocrático. La especificidad del conocimiento médico constituye un obstáculo para el desarrollo de modelos de gestión participativos

Russel Ackoff destaca la importancia de enunciar la misión de forma que esta otorgue sentido a todo lo que se hace dentro de la organización: "Una misión puede movilizar a una organización hacia una acción concertada, la imagen de algo muy deseado acompañada de un compromiso para lograrlo"⁽²³⁾.

A este equipo de salud que recibe y se forma con esta educación debe interactuar con una comunidad caracterizada con una marginación y pobreza distributiva importante que condiciona sus posibilidades de poder visualizar a la salud como un parámetro más de equidad.

Capitulo III

La comunidad Protagonismo de la Mujer

*El hijo que me nacieron
Paula esta sola... nacieron mellizos, Camila y José. Fue todo tan rápido No molestó a los doctores.... Así dicen ellos."Se porto muy bien".
"Hizo caso a todo" "Tenia tanto miedo" ... era su primer parto. Su prima espera en la puerta de la moderna sala de parto; estuvo un rato con ella, pero ahora busca a algún medico... No hay nadie; sólo la partera que conversa con su amiga y toma mate en la salita contigua. Le duele la espalda y las piernas en esa posición en que la dejaron Estará todo bien? Habrá salido todo? Me podré mover? Como estarán los chiquitos? El doctor de chicos los llevó...yo quería besarlos No hay nadie....Pero claro: es mediodía y bajaron al comedor.*

La hipótesis que guía esta investigación parte del supuesto que los comportamientos de la sociedad en general y la mujer en particular, están condicionados, por una lado, por un conjunto de aspectos relativos al conocimiento y significación otorgada a través de factores culturales, a la salud reproductiva, a la sexualidad y a la maternidad, y por otra, al modelo de atención condicionante que prestan los servicios públicos destinados a la salud.

Esto obliga a abordar, a la comunidad, desde una óptica multidimensional e interdisciplinaria, ya que en él operan factores físicos, psíquicos, familiares, económicos y políticos, sujetos a la condición de género y ubicación social de la mujer.

Así planteado, vemos que existen condicionantes de diversos órdenes en las conductas de las personas.

Que existen factores físicos del ciclo reproductivo que vistos desde la literatura científica, no implican riesgos potenciales para la mujer .Sin embargo durante este proceso muchas parturientas sufren enferman o mueren por causas evitables, situación que implica, una brecha entre el concepto y la realidad por ejemplo, hay un desconocimiento en nuestras mujeres de cómo regular su fecundidad, cuidar su salud reproductiva, en algunos casos terminando su embarazo sin haber concurrido a realizar controles de embarazo .Lejos estamos de hablar de cuidados preventivos .

Hay factores psicológicos: El género es una construcción cultural y social que asigna a hombres y mujeres una serie de atributos y funciones, creando un imaginario colectivo sobre arquetipos de masculinidad y feminidad, con características supuestas de lo que deben ser y hacer. Resulta entonces que el género es normativo y es además un mandato social y familiar.

Las representaciones naturalizadas a lo largo de sucesivas generaciones, de manera que lo que "se debe hacer" marca socialmente los aspectos emocionales y subjetivos, imponiendo exigencias acerca de la maternidad. Existen reglas relativas al control social muchas veces vivenciado como culpas, en tanto no se ajusten a lo establecido⁽²⁴⁾

Desde la Perspectiva Social .La iniciación del ciclo fértil ubica a la mujer en un lugar asignado por la sociedad y por ella misma como es, la maternidad .A veces, su identidad se construye privilegiando este rol sobre los demás La ubicación de género encuentra en la maternidad un punto de mandato social y moral que condiciona a ellas a trascender a través de la procreación.

Como así también la Perspectiva política, Según las circunstancias, distintas fuerzas a través del diseño de políticas públicas limitan, valoran o auspician el acceso a

los servicios, que atienden la salud de la mujer abriendo o cerrando puertas de equidad y de justicia social.

La decisión tomada por el Ministerio de Salud Nacional y sus equivalentes provinciales ⁽²⁵⁾, ⁽²⁶⁾, de dar auspicio al armado de las llamadas “maternidades centradas en familia”, como política pública, obliga a conocer o al menos identificar los factores que operan.

La posibilidad de un real protagonismo y las vivencias de mujeres y sus familiares para incorporarse a la idea de esta nueva modalidad de atención merece un estudio de factibilidad. Es necesario entonces percibir hasta donde existe un conocimiento, aceptación y compromiso del equipo de salud para trabajar, en el afianzamiento de un cambio de paradigma

El ser humano deviene “ser social” al hacer propias las experiencias externalizadas por otros y objetivadas mediante el lenguaje en el sistema social. Dichas experiencias generan representaciones sociales que dan sentido a la interacción social y permiten la comprensión de las prácticas de los sujetos. La internalización y la socialización son dos procesos que conjuntamente determinan la pertenencia del sujeto al sistema social, generando y organizando prácticas, percepciones y actitudes de los mismos, en las cuales se reproducen mecánicamente las representaciones naturalizadas a lo largo de sucesivas generaciones. Dichas representaciones son construcciones simbólicas que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas. Resulta así que el ámbito social es un espacio simbólico determinante en la construcción de la auto-imagen de la persona, donde la cultura marca a los humanos con el género, y el género marca la percepción de todos lo demás: lo cotidiano, lo social, la política

La lógica del género parte de una oposición binaria: lo propio del hombre y lo propio de la mujer, lo que determina la esencia de cada uno. Así, el género es modelo de tipificación de cómo debe ser el sujeto femenino o masculino.

Sobre esta construcción social, hay que aplicar un cambio en el modelo de atención de la embarazada y su entorno familia

El hecho de que las mujeres sean las beneficiarias tradicionales de los Servicios de Salud tanto de atención primaria como de maternidades implica para ellas una responsabilidad exclusiva, como un mensaje encubierto de su control de la fertilidad, la protección contra las ITS, incluido VIH/SIDA, o el embarazo.

A esta mujer le decimos que su hombre puede compartir ahora el parto?

La masculinidad, entonces, está definida como lo no femenino, como la ausencia de cualquier huella de femineidad. Hablando en términos generales, se supone que el varón debe ser físicamente fuerte, emocionalmente firme, atrevido y viril. Los hombres que se comportan en forma distinta, expresando sus afectos y ternura abiertamente con sus hijos y con sus amigos hombres pueden sentir presión para ajustarse a las normas sociales.

La masculinidad es más preocupante para los hombres que lo que es la femineidad para las mujeres; pero en la medida en que se siga definiendo la masculinidad por oposición a la femineidad, en un esfuerzo por adherirse a las normas de género y sus mandatos, a menudo ocultan sus emociones

A este hombre, es al que le pedimos ahora que participe activamente acompañando a su mujer en todas las etapas del parto

El sistema patriarcal instauró el dualismo de los sexos, la división del mundo en lo racional y el campo de la acción, que se definen como masculinos, y asuntos domésticos y emocionales, definidos como femeninos. Esta división del mundo fue tomada como natural y asumida totalmente por todos; y dejó a los hijos a cargo de las madres, ya que desde el imaginario social la femineidad se limitó a la maternidad.

La función paterna tradicional fue vinculada a reconocimiento, sustento y protección, lo que implicó el alejamiento del padre de las funciones de crianza.

Desde el patriarcado el hombre se definió como un ser humano privilegiado, dotado de "algo más" que las mujeres ignoraban. La creencia en la posición superior del varón ha sido legitimada desde la cultura. Bourdieu ⁽²⁷⁾ dice que el orden social masculino está tan profundamente arraigado en la sociedad que no requiere justificación, se impone como algo obvio y es tomado como algo natural gracias al acuerdo que obtiene de, por un lado, las estructuras sociales, y por otro, de las estructuras cognitivas inscriptas en los cuerpos y en las mentes.

El hombre queda atrapado en estas pautas de masculinidad, cuyas definiciones suelen ser rígidamente estereotipadas, y por ende, organiza su vida adherido de manera consciente o inconsciente a esas nociones de qué comportamientos son aceptables, aunque a veces no cuadran con la realidad que los rodea, o que el desearía

A este varón le hablamos de compartir, acompañar, emocionarse y asumir su rol.

El género ejerce una poderosa influencia en la adopción de decisiones y comportamientos relacionados con la reproducción. Así, desde lo socio - cultural se considera que la sexualidad masculina es instintiva, incontrolable y agresiva, que va separada del afecto y las emociones; y que a veces puede suponer violencia.

Como muchos hombres son incapaces de expresar sus emociones o creen que es socialmente inaceptable hacerlo, pueden mostrar su frustración y enojo a través de la violencia, que a menudo es vista como una forma legítima de expresión masculina.

Desde este preconceito: A este varón –padre invitaremos a pasar a una sala de parto?

Los hombres educados bajo la definición tradicional de género consideran que encargarse de los hijos, del embarazo y del parto es algo netamente femenino. Entonces, si en la mujer también está arraigada fuertemente la idea tradicional de desempeño del rol femenino, ¿no puede considerarse la participación del varón como una intrusión en un ámbito al que considera totalmente propio?

Esta mujer aceptará el acompañamiento de ese varón o seguirá optando por otra mujer a su lado?

La cultura masculina tradicional está fundada en la necesidad simbólica de la autosuficiencia, la virilidad se consigue en una lucha muy difícil contra la dependencia. Esta cuestión cultural de poderlo todo y su correlato psíquico generan obstáculos en los varones cuando se acercan a los servicios de salud: temor, negación, vergüenza y una sensación de amenaza a la masculinidad a causa de su desconocimiento, en el acontecimiento, que no domina y en un ámbito netamente dirigido a la mujer

Los servicios de Salud tradicionales, no dan un espacio de privacidad para la pareja, ni se incentiva esto donde se puedan acoger sus dudas y se los oriente en aspectos preventivos con recurso humano capacitado, no sólo desde lo asistencial.

Sin embargo le pedimos que comparta un momento señero en su vida, como es el de ser padre

Es una tarea pendiente que va más allá de los sistemas de salud, y que supone también revisar el proceso de socialización de los hombres, que censura la expresión de sus necesidades y de sus emociones.

Capitulo IV

Metodología

METODOLOGIA

Se trata de un estudio descriptivo, analítico, transversal con componente cuali-cuantitativo, de la modalidad de atención, en el periodo 1 Enero –30 junio del 2006.

Para ello se utilizaron diferentes herramientas:

Se recabaron datos y análisis cuantitativo de resultados perinatales desde el Sistema Informático Perinatal (SIP) en este periodo.

Se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de encuestas auto administrado, anónimo.

Se realizó dos grupos focales

Por último en las conclusiones se realiza un análisis Foda. (en inglés SWOT), sigla usada para referirse a una herramienta analítica que permitió trabajar con toda la información que se recabó sobre la situación, útil para examinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. El análisis FODA consta de dos partes: una interna y otra externa. La parte interna tiene que ver con las fortalezas y las debilidades del hospital, aspectos sobre los cuales se tiene algún grado de control. La parte externa mira las oportunidades que ofrecen el mercado y las amenazas que debe enfrentar.

En este capítulo se encuentran los argumentos que fundamentan las decisiones metodológicas acerca del trabajo.

Los sujetos que fueron investigados, como así también los criterios de inclusión que se siguieron y las técnicas empleadas para la recolección de datos: entrevistas, encuestas, grupos focales.

Se determinó que los sujetos seleccionados para el mismo (unidad de análisis) fueran mujeres y hombres en edad reproductiva que fueron asistidos en el Servicio Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda de la Provincia de Tucumán; como así también al personal del equipo de salud, que trabaja en el mismo Servicio.

Se confeccionó tres tipos de encuesta: una dirigida a miembros del equipo de salud entendiendo por ello a el personal que trabaja dentro del Servicio Perinatal, otra a la mujer embarazada que concurre al Servicio, la tercera al acompañante que estuvo presenciando o no el trabajo de parto.

La confección de la encuesta: modalidad, preguntas, que se pretendía explorar fue discutida en todo momento con la Directora de la tesis evaluando cual sería la mejor forma de obtener mayor información. Para ello, se procedió a contratar a dos colaboradores externos del Servicio: una Licenciada en Comunicación Social y otra Licenciada en Psicología y Sociología.

Para la construcción de la encuesta se tuvieron en cuenta las variables consideradas a partir de los antecedentes bibliográficos revisados y de las hipótesis particulares del proyecto. Con el propósito de optimizar el control de los factores que pudieran amenazar la confiabilidad de los resultados, se procedió a la validación de la misma mediante una prueba piloto, para mejorar el instrumento, sirvió para corregir supuestos o modificar redacciones que pudieran confundir al encuestado.

La presencia de un colaborador externo fue pensada para evitar influenciar o enmascarar definiciones, posturas o dobles discursos. Mantener el anonimato en las encuestas; respetando los principios de las personas, sin observaciones, sólo respondiendo de manera neutral a dudas de interpretación.

Grupo focales: conformados de hasta 8 personas, por grupos heterogéneos en cuanto a edad, grado de escolaridad, situación conyugal o no, paridad, lugar de residencia.

Se constituirán dos grupos, en diferentes encuentros: uno con los familiares y otro con el equipo de salud.

Justificación: La técnica permitirá profundizar temas específicos y brindar un espacio grupal superador de las limitaciones propias de una entrevista individual en la temática. Se busca obtener información sobre los principales ejes, de la investigación

Entrevista: Se realizaron 2 entrevistas: a los Jefes de Servicio de Obstetricia y de Neonatología a quienes se les planteo sobre los factores que están relacionados con la aplicabilidad del modelo de atención

Informantes claves: Se realizo tres profesionales: del Sistema Provincial de Salud, de la Sociedad Científica de Ginecología y Obstetricia y de la Cámara de salud de la Legislatura quienes determinan líneas políticas de acción.

Sistema Informático Perinatal: Medición cuantitativa para ver el grado de correspondencia de conductas basadas en evidencia y su aplicabilidad "entre el decir y el hacer".

Equipo de salud:

Criterio de inclusión para encuesta al equipo de salud: Todo personal, de ambos sexos, que asiste a mujeres que concurren al Servicio Perinatal: obstetras, neonatólogos, personal de identificación del recién nacido, sicólogos, anestesistas, enfermeras, personal administrativo.

La técnica utilizada fue mediante encuesta autos administrados, preguntas cerradas, con alternativas múltiples y/o simples. Se usaron preguntas mixtas, para dar opción al encuestado a razonar, matizar o ampliar su respuesta a través de la opción «otros» o de la opción «por qué». Línea temática a investigar en el equipo de salud. Se busco conocer:

a) el grado de conocimiento del equipo de salud conformado por médicos obstetras, neonatólogos sicólogas, anestesistas, parteras, identificadores de Recién nacido, personal auxiliar administrativo sobre el concepto de humanización

b) Se exploro sobre su opinión sobre la factibilidad de poner en práctica La modalidad de atención de las maternidades centradas en la familia

c) Cuales serian los factores que obstaculizan o que facilitan su puesta en marcha.

Se totalizaron: 74 encuestas. Si bien el encuestador era una persona desconocida para ellos, hubo una buena disposición para contestar las encuestas En algunas situaciones, manifestaron el interés de saber a que se debía la evaluación.

Comunidad:

Criterios de inclusión para la encuesta a mujeres:

Las mismas se aplicaron a: mujeres puérperas, asistidas en el Servicio Perinatal, del área de responsabilidad del Hospital Nicolás Avellaneda de la Provincia de Tucumán, de diferentes niveles de escolaridad, con distintos numero de gestas y estado civil.

Selección y tamaño de la muestra: muestreo probabilística, sistemático de los pacientes, registros 1 de cada 8 pacientes, totalizando un 30 % del total en el periodo señalado

Se totalizo: 125 encuestas

Las entrevistas a las mujeres se estructuraron sobre las siguientes dimensiones:

1) caracterización del perfil sociodemográfico de las mujeres (edad, educación, paridad, uniones, trabajo, residencia)

2) Decisiones, conducta activa o pasiva en el parto la importancia del acompañamiento.

3) Valoración de esta modalidad de atención, como derecho a ser ejercido.

La misma se realizo en diferentes sectores: salas de espera, de internación, en consultorios externos, alojamientos conjuntos, en identificación del recién nacido, registro civil, a lo largo del periodo estudiado.

Encuesta al acompañante

Criterio de inclusión para el acompañante: Persona que permaneció en el Servicio Perinatal, estando presente o no durante el trabajo de parto

La encuesta se realizo tratando de escuchar a diferentes voces: de varones, parejas de las embarazadas, de familiares directos (madre, padre, tía, hermanas) vecinas, amigas. No

existieron dificultades en las consultas, mostrándose interesados espontáneamente a las respuestas.

Se totalizo: 69 encuestas

Grupos focales

Se realizaron 2 encuentros uno con la comunidad y otro con el equipo de salud.

En el de comunidad fue conformado por 8 personas, grupos heterogéneos en cuanto a edad, grado de escolaridad, situación conyugal, paridad, lugar de residencia.

En el Equipo de salud también se realizó con 8 personas representando a las diferentes profesiones, edades y género. La elección de este universo se justifica por ser todas las personas que se encuentran trabajando en el servicio de manera rutinaria, orgánica en un establecimiento público de salud. La decisión de cubrir todas las categorías de personal, apunta a recuperar posibles diferencias en las opiniones, según la posición en la estructura jerárquica, sus funciones y el rol de género.

Justificación: La técnica permitió profundizar temas específicos y brindar un espacio grupal superador de las limitaciones propias de una encuesta individual.

Se buscó obtener información sobre los principales ejes, de la investigación. Estando presente un Coordinador, quien creó el espacio para el desarrollo de la actividad y un observador que registró aspectos de la dinámica grupal, actitudes que ayudaran a la confección del estudio

Líneas temáticas que se investigaron:

Relación de sexualidad (deseo, placer) con maternidad.

Parto: Significado del parir en la comunidad

Futuro: Hijo por nacer como sufrimiento de carga, de responsabilidad, de unión, etc.

Prevención: Como valor de salud (control prenatal, salud reproductiva) Percepción y comportamientos de factores de prevención de ella y su grupo familiar.

Percepción y utilización de los servicios de salud

Lactancia: como valor de cuidado (inmunitario) y lazo afectivo (apego) ,como método anticonceptivo

Derechos: como individuo a un trato respetuoso por la Institución y su personal de salud.

Conocimiento de la Ley Nacional y Provincial de acompañamiento en el parto

ENTREVISTAS

Entrevistas a Informantes Claves

Se realiza entrevista a Informante clave:

Jefes de servicios del Hospital

Conducción del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda de Tucumán

Entrevista a Decidores Políticos

Presidenta de Honorable Legislatura Cámara de Salud

Miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología

Líneas a investigar:

a) Conocimiento del concepto de Humanización

b) Conocimiento del concepto de Maternidades Centradas en La Familia.

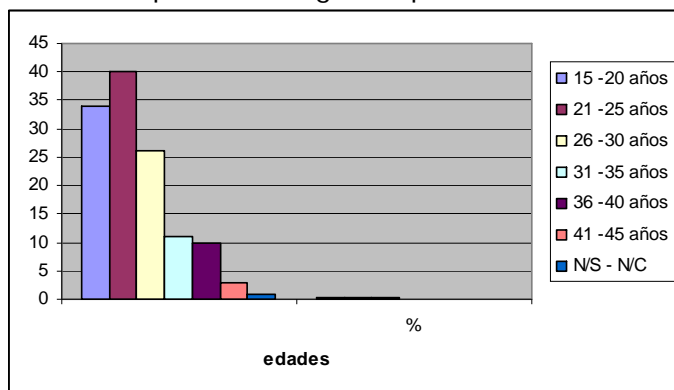
c) Estrategias a utilizar para su afianzamiento

Descripción de datos Recolectados

Encuesta a embarazadas.

Características Sociodemográficas

Las tres cuartas partes de las mujeres de la muestra (76%) se ubican en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años, El cuarto restante (24%) tiene entre 35 y 50 años. La media de edad es de 25 años – con una desviación estándar de 3,13 – y la moda corresponde al rango comprendido entre los 20 – 24 años



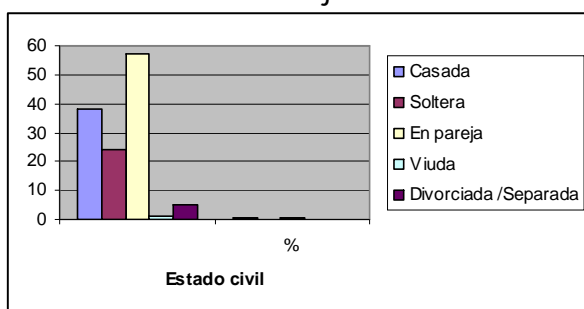
Fuente: Elaboración propia de encuestas a embarazadas..

El 40% es de población urbana y el 60% es población rural.

En cuanto a su educación formal, menos de la mitad (42%) curso o concluyo estudios primarios y alcanzó un Secundario incompleto (48%) como mayor nivel de estudios cursados, mientras que un 10 % cursó estudios terciarios o universitarios.

Al momento de la encuesta más de la mitad de las encuestadas (74%) no trabajaba. Sin embargo , al indagar sobre de donde conseguía su sostén para alimentarse gran parte de ellas cito que trabajaban en casa de familia , confeccionando dulces ,o vendiendo alimentos .Al parecer la palabra trabajo solo esta concebida con lo formal , fijo o permanente.

Uno de cada siete encuestados cuenta con pareja estable o con compromiso afectivo (76%), ya sea que conviven o no con la misma. En cuanto al número de hijos un 43% tiene más de dos hijos.

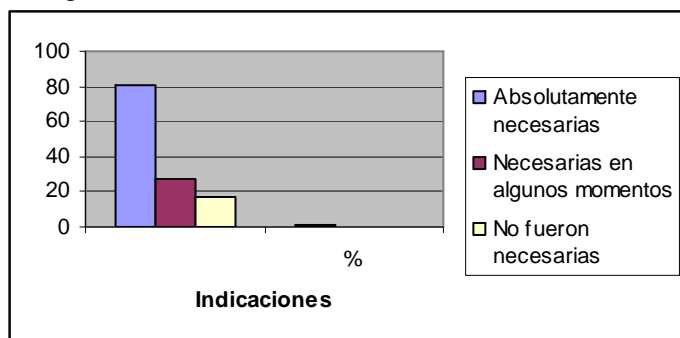


Fuente: Elaboración propia de encuestas a embarazadas..

Atención en el parto:

La mayoría de las embarazadas (69%) respondieron que fueron recibidas en la institución por la partera y recibieron indicaciones sobre el parto (pujo, respiración) un (54%) por la partera, y un (26%) por el medico.

Al preguntarles si consideraba que estas indicaciones fueron necesarias 6 de cada 10 mujeres respondieron que eran absolutamente necesarias, mientras que el 22 % dijo que en algunos momentos son necesarias. Solo 14 % considero que no eran necesarias.



Fuente: Elaboración propia de encuestas a embarazadas.

Al consultarles si consideran al parto un acto medico 7 de cada 10 mujeres respondieron que si lo es.

Vivencia en el parto

El 92% de las embarazadas fueron acompañadas en su parto, El 50% de ellas por su pareja El 42% restante fue distribuidos entre: su madre, su amiga o una vecina.

Al indagar sobre la presencia de un familiar en la sala de parto, el 66% dijo que sintió compañía, un 13 % respeto, y un 7% entre vergüenza y alegría.

El 56% de la ellas vivió el parto con miedo y dolor .Un 26% con felicidad.

En cuanto a los proveedores de la información, se destaca en primer lugar la opción de género puesto que un importante número de ellas (70) refieren haber hablado sobre el parto con mujeres: madre, amiga, hermana .Menos de 10% con su pareja. Hay que destacar que sólo el 3% de los encuestados recibió información de un profesional medico.

Conocimiento de sus derechos .Casi la tercera parte de las mujeres (75) manifestaron conocer sus derechos

Encuesta al acompañante

Poco más de la mitad (58%) son sujetos menores de 35 años los que acompañaron a las embarazadas.

De ellos el 43% era su pareja .Sin embargo el 46% restante fueron mujeres como hermana, amiga, madre o vecina.

A fin de conocer la valoración de haber acompañado en el trabajo de parto, se observa que un 74% responde con aceptación positiva su vivencia.

Un 70% considera que el equipo profesional le interesa su presencia en el momento del nacimiento.

Así también 8 de cada 10 afirma que el haber estado allí sirvió como ayuda a la embarazada.

Sin embargo es importante destacar que un 44 % de los encuestados no ingreso a la sala de parto por las siguientes razones: porque no les permitieron o porque no quisieron ingresar.

El conocimiento sobre los derechos de las personas en una Institución de salud fue reconocida por un numero mayoritario de los acompañantes (64%). Pero es de destacar

que manifestaron haberse enterado en la misma institución al ingresar a ella ya sea por la lectura de los carteles o por haberles informado el personal de salud.

Encuesta al Recurso Humano en salud

La encuesta se realizó al personal que asiste en el Servicio Perinatal: Médicos obstetras, neonatólogos, anestesistas, sicólogas, Identificadores de Recién Nacido, Administrativos, enfermeras, parteras. Su distribución fue proporcional al número total de cada profesión y estando presentes ambos sexos

Se totalizaron 74 encuestas a personas de 25 a 55 años con una media en 35 años. Las preguntas giraron según los ejes planteados: Conocimiento en el tema a investigar: Maternidades Centradas en la Familia, y la factibilidad de su aplicación.

Fuente: Elaboración propia de encuestas a equipo de salud..

Conocimiento

A fin de saber su conocimiento sobre la filosofía de las Maternidades centradas en la familia el (89%) respondió que la conocía. Si embargo al indagar sobre los alcances de la ley Sobre Acompañamiento en las salas de parto, uno de los pilares que sustentan este modelo de atención, solo 4 de cada 10 personas conocían sus alcances.

Más de la tercera parte de los encuestados (77%) respondió que la presencia de un acompañante en la sala de parto facilita el desarrollo del mismo. De ellos el 44% lo señaló como ayuda y contención de la embarazada. Solo el 12% reconoció su presencia en su rol de paternidad.

Aquellos que consideran que dificulta el parto argumentaron un (18%) a que interfiere y 12% a que puede impresionarse.

Es notable, que ante la opción si el profesional pudiera elegir quien acompañe a la embarazada a ingresar a la sala de parto de aquello que estaban de acuerdo y afirmaron que facilita el ingreso de un familiar el (28%) elegiría a una mujer. De aquellos que expresaron que la presencia dificulta el trabajo de parto, ante la posibilidad de seleccionar un 48% aceptaría a una mujer para que ingrese.

También se planteó la posibilidad de si las experiencias de vida, otorgan conocimientos a lo que el 19% convalidó este pensamiento; el 49% le asignó un valor de duda "a veces".

Factores para la aplicabilidad:

Al momento de la encuesta 86% de ellos manifestó que es posible la aplicabilidad de este tipo de maternidades. No obstante condicionó la misma a factores considerados indispensables como: 42 personas del total, calificó 100% necesarios el adaptar la Infraestructura, con igual puntaje (100%) 3 de cada 10, opinaron que debía darse para

su eficacia la capacitación del Recurso Humano, la concientización a la población (11%), a una política sanitaria de fortalecimiento del modelo (15%). Otro grupo le asignó un 15% a características personales de las embarazadas.

Las opiniones aparecen divididas equitativamente respecto de si el cambio generacional del recurso profesional influenciaría sobre la consolidación del modelo.

Es importante destacar que la opción de factores que obstaculizan la aplicabilidad, porque los consideraban indispensables, no solo fueron clasificadas por su frecuencia sino también por el porcentaje asignado como indispensable entre un 0% a 100%.

Es llamativa la paridad que existe frente a la pregunta si el parto es un acto médico puesto que el (49%) respondió afirmativamente, mientras que un (50%) dijo que no y una persona se mostró indecisa.

Al requerir su opinión sobre la necesidad que el personal de salud este presente en todo o algunos de los momentos del trabajo de parto para que este fuera posible 6 de cada 10 personas respondieron positivamente. El 34% señaló que no, que podía hacerlo sola.

Grupo Focal

Equipo de salud

Como primer paso y teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio y los resultados parciales obtenidos con el instrumento cualitativo, se planificó el trabajo con los grupos focales a los fines de completar la información y ahondar en otras temáticas, tales como: La identidad de género determina conocimientos, actitudes y prácticas sociales de los sujetos en lo referente a la salud sexual y reproductiva, incluyendo en ella claro está, el embarazo y el parto

Luego se procedió a identificar, seleccionar y comprometer a los participantes. Se convocaron a ocho personas cuyas edades oscilaran entre 28 y 50 años y no se les informó acerca de la temática a tratar como manera de lograr la espontaneidad en las respuestas. Se planificó que la reunión se desarrolle en un marco de tiempo no mayor a dos horas, para evitar que la discusión perdiera su importancia. Concurrieron: un médico neonatólogo, un médico obstetra, un anestesiólogo, dos parteras, un administrativo, una enfermera, un identificador de Recién Nacido. Se utilizó un equipo de trabajo de dos personas, una como coordinadora (socióloga) de la discusión y la otra (psicóloga) como observadora del comportamiento asociado de los asistentes.

En el salón de reunión los participantes fueron configurados en U, de manera que rodearan al coordinador. El rol del coordinador fue vital en el trabajo, ya que sus habilidades de comunicación, así como también su capacidad de escucha y de sentido común facilitó el diálogo abierto y confidente al interior del grupo. Durante la reunión el coordinador promovió el debate planteando preguntas que estimularon la participación y logró mantener a los participantes atentos al tema en discusión, aunque en ciertas circunstancias debió conducir la conversación hacia la temática con el objetivo de reordenarla.

La técnica de grupo focal permitió analizar la información de manera tal que fue posible encontrar la brecha existente entre lo que los miembros del equipo de salud (sobre todo médicos obstetras como neonatólogos), dicen y lo que hacen. Sus múltiples comprensiones y significados acerca de los roles de género, el modelo de masculinidad vigente, el preconceito que existe del conocimiento que la mujer tiene sobre el trabajo de parto revelados por los participantes al dar cuenta de sus opiniones, conocimientos y comportamientos diarios.

La identidad de género determina conocimientos, actitudes y prácticas sociales de los sujetos.

Se marco desde el comienzo de la reunión, al ser planteada la temática sobre su opiniones referente a la puesta en practica de las Maternidades que reciben acompañantes en las Salas de Parto, las diferencias de genero. Primero presentadas sutilmente "es mejor cuando entra una mujer, la madre o la vecina...entiende mas de esto "(medico obstetra varón), a la respuesta dada "no es tan así Dr. a veces las parejitas están mas tranquilas "(joven partera mujer). Además, la escasa participación del varón en el acompañamiento en el parto es justificada por el trabajo, "me pasaba a mi como no voy a entenderlos a ellos "Cuando iban naciendo mis hijos, yo laburaba, venía, veía que estaba todo bien y así..." (Empleado Administrativo) La participación del varón es mirada de manera diferente por los distintos profesionales notándose una mayor aceptación por las parteras que de médicos; sin embargo, hubo discrepancias entre parteras jóvenes y mayores, ya que esta ultima compartía las opiniones con los médicos . La formación curricular del recurso humano en salud no esta preparado para esta modalidad de atención

Las dificultades, en la aplicación de este modelo no parece ser visualizadas por el equipo de salud quien siempre justifica sus actitudes, poniendo los problemas en el otro (paciente). "De todas maneras aquí están mejor que en otras maternidades porque se las deja hacer lo que quieren, a veces ya demasiado ..." (medica neonatóloga)." "Ellos ven y leen sus derechos puestos en los carteles del servicio y vos no sabes con que te van a salir" (medico anestesista varón).

Ante estos comentarios se contaron anécdotas de personas que querían o solicitaban cosas, ridiculizándolo, algunas de ellas que generaron risas. También se dejaba aclarado que el saber estaba puesto en el conocimiento científico." las mas chicas hasta opinan y yo quiero verlas cuando les toque parir...A los gritos me llaman..."(obstetra) Esto aseverado por las enfermeras de internación a quienes se notaba una mayor adherencia a la supremacía medica.

Cuando la coordinadora planteo la presencia de mas de una persona, como estudiantes o personas en formación en la sala de parto la respuesta fue puesta en "el otro, como la institución hospital, universidad": en algún lugar tienen que hacer la mano..." (Medico neonatólogo)

Ante el planteo de parto como hecho natural sin intervención medica, la división fue notable entre los que opinaban que era imposible un parto sola, por los riesgos que acarrearba y los que opinaban que no era tan así "No hay que darle mucho bombo al tema que nos quedamos sin trabajo..."El ejemplo dado por una identificador de Recién Nacido: " entonces al gatito quien le enseña parir? " Fue recibido con risas .No encontrándose respuestas para esto. Varias veces hubo que pedir la participación de los otros componentes de la reunión, puesto que cuando relataba el medico algo, los demás callaban

La oferta desde los servicios sanitarios y las prácticas profesionales vigentes está orientada al género femenino, por ende excluye al varón.

Cuando se planteo el tema del ingreso a sala de parto de un familiar ,preferentemente la pareja se genero diversos comentarios: "Mira el tema da para mucho, hay situaciones que vos los dejás, es mejor y están tranquilos Pero otras veces en el parto, necesitas hacerles doler, digo, no hay mas remedio y el marido esta mirando ...uno le dice que no es nada, la partera te ayuda y le dice que no pasa nada ...y no es así ...viste ? (obstetra), la partera asevera ".Hay hombres y hombres algunos aguantan otros ,no les gusta "(neonatólogo) "Aparte convengamos que no están lindo mirar una vagina en esas condiciones...(anestesista) sonrisas, entre miradas de confusión y molestias.

Fue importante destacar ante la pregunta del coordinador que rol se atribuía al padre en la sala de partos las respuestas giraron "para calmarlas cuando se ponen muy loquitas" (medico obstetra), como compañía (partera)," me ayuda con el bebe " (medica

neonatóloga)," se asegura que es su hijo" (identificador de Recién Nacido) .Y su rol de padre?, De progenitor? Pregunta la coordinadora allí vino una aseveración general como reconociendo esto, que no fue planteado por el grupo.

No hay una concientización de la población en la puesta en práctica de este modelo de atención.

Cuando se tocó el tema como veían a la población para esta manera de atención las opiniones fueron divergentes, puesto que algunos señalaban como indispensables el haber asistido al curso de preparación para la maternidad "cuando asisten al curso entienden mejor de que les hablamos." Sino uno pierde tiempo hasta que comprenden "(partera).Otros pensaban que tal vez no fuera tan necesario ya que si tenían una formación formal lo comprendían "Si, si han ido al secundario es mas fácil...sino son muy dependientes "(medico obstetra). Sin embargo otro grupo reconocía que no era imprescindible estos condicionantes."No algunas lo ven bien, como natural, lo aceptan, están contentas con ello y no hicieron el curso "(identificador del Recién Nacido) La posibilidad que una mujer pueda tomar decisiones propias en su trabajo de parto, caminar, comer, estar sola o acompañada fue motivo de distintos argumentos "mira las hay y las hay... algunas si pueden. Otras están aterradas y tienes que guiarlas en todo" (partera) aquí aseveraron varios: la enfermera, el neonatólogo, el anestesiista. Sin embargo se noto una diferencia en lo referente en la posición a parir como si esto estuviera mas claro que podía ser una opción propia de la decisión de la mujer.

Grupo focal con la comunidad

La reunión tuvo la misma característica que la del grupo focal anterior en número y organización. Se convocaron cuatro varones de 22, 28, 35,40 años (uno de ellos había acompañado en el parto) y cuatro mujeres de diferentes edades, (dos de ella habían tenido su hijo en la institución, 28, 30 años, 23 y 37 años). Las preguntas giraron según lo pautado. Al comienzo el interés fue saber para que se estaba realizando esta reunión:

La coordinadora aclaró que se quería conocer que pensaban sobre sus partos, el cuidado de su cuerpo o de su fertilidad ante ello uno de los varones dijo" a eso pregúntele a ellas que les gusta charlar de esas cosas,...",(varón 40 años), Si tiene razón ,eso del embarazo las mujeres son más como decirlo responsables o no se ,son ellas las que los van a criar . Uno si puede zafa"(varón 35años .") Claro uds están para la "fiestita" nomás.... "(mujer 28 años) RISAS."No, no es eso uno si tiene que apechugarla lo hace y se busca como mantenerlos...Pero también Uds tienen que colaborar, sino....No hay plata que alcance..."(varón 28años).

Que piensan de acompañarla a sus mujeres en el parto ¿pregunta la coordinadora?

"Mira yo he tenido que hacerlo sin querer, porque ha sido de golpe, no había nadie cerca y se ha dado así, no iba ha tener tiempo para ir a otro lado.....La sensación que tuve fue que estaba ayudando a alguien que esta vivo y que no me he quedado como otro esperando que otros le hagan las cosas. (Varón 40años)Bueno por suerte ahora ya no es tan así , porque en algunos lugares ya te dejan pasarAunque en otros Vos tenias que estar allá , en la vereda Andábamos todos ahí Esperando el horario para alcanzar un algodón o una ropa ..."Yo no se si podría ...dicen los médicos que es bravo para los hombres estar adentro " (varón 22años).A mi me acompaño el y dice que se sintió bien y le gusto verlo salir ,ya casi lloraba y se fue a un costado para que no lo vieran (mujer 28 años)

Uds. que les parece acompañar a sus mujeres a controlarse el embarazo? Pregunta la coordinadora ?Nooo eso de donde: una porque como falto al laburo? ¿le digo al jefe me fui con mi mujer al medico? Ya, que me va a creer...."¿ Además para que? (varón 40años)"A mi me acompaño y la enfermera del Caps (Centro de atención primaria) me dijo que solo entra una persona ...así que para que va a ir ... (mujer 23 años

)"nosotras estamos acostumbradas mas a ir y llevamos los chicos de paso ...a ellos eso no les gusta "(mujer 37años)

¿Han dado de mamar? todas las mujeres aseveran que si. Porque están mas gorditos y sanos (Mujer de 23 años) que bueno que lo digas ya que las chicas de ahora por cuidarse el cuerpo no quieren saber nada de eso..."(varón 40años)No ,no creo que sea así todas las mujeres queremos a nuestros hijos amamantarlos Eso es ser buena madre (mujer 37años)Si, lo que no hago yo eso de cuidarme con la teta porque conozco mas de una que se quedo embarazada (Mujer 30 años)Además parece que los médicos no lo tienen muy seguro ,el pediatra me dijo ya deje de embromar con la teta que lo va hacer un marica al chico ...si ya esta comiendo (mujer de 28 años)

Y los varones que piensan? Un silencio molesto, sonrisas, no hay respuestas "No seguro que la leche les hace bien a los chicos" (varon 22 años) ,pero ahora con eso que muchas salen a trabajar poco tiempo les dan ...(varon 40 años).

Uds. leyeron o escucharon sobre los derechos que tenemos todos en la atención del parto o a poder acompañar a su mujer?

Hay sonrisas y muecas La verdad que me parece bien que lo digan....pero que lo cumplan! No vaya ser como los políticos...jarabe de pico, nomás" (varón 35 años) Para mi esta muy bien porque te atienden mejor ya saben que esta la ley y uno se puede quejar que la cumplan. (Mujer 30 años)Cada vez, la gente se defiende mas de los atropellos eso es verdad (mujer 37 años) Si, mi mama me contó que ella se quedaba calladita en la maternidad porque a las que gritaban las trataban peor... Ella me decía ponete un pañuelo y no grites... y nada de eso... ella me acompañó y tuve un parto bien lindo (mujer 23 años) Aquí te tratan como gente con eso de los derechos....

Entrevistas

La misma estuvo realizada a personal de conducción de los Servicios de Neonatología y de Obstetricia

Entrevista 1:

a) Conoce el termino humanización y sus alcances?

Si es ver humanamente a la paciente, no como una enferma .Esto ya existía desde hace años, en las costumbres indígenas y en nuestro hospital lo adoptamos para disminuir la mortalidad materna y neonatal.

b) ¿Que es el parto vertical y porque se usa?

Es el parto en donde la mujer adopta esta posición y aquí cuando actúa la gravedad, no hay intervenciones extra medicas y lo hace con un acompañante Tiene que ser natural.

c) ¿Es necesaria la infraestructura en las Maternidades Centradas en la familia?

Si, es fundamental y la ambientación de la sala de parto, desde el color del azulejo que la mujer se sienta contenida, la decoración, el color del cubrecamas, si pudiese hasta música funcional...Sería lo ideal. Son Maternidades no intervencionistas con mucha participación de la familia y con una atención personalizada, con afecto, acompañamiento, comprensión, porque la gente nos necesita, hay que tratar de brindar eso.

d) ¿Ve obstáculos en su implementación?

Si Hay muchos obstáculos .Por empezar los médicos que se han formado con la manera tradicional, esta costando que ellos adquieran esta mentalidad y actúen en consecuencia. Que pierdan su tiempo en escucharla, acompañarla o en explicarle lo que va a pasar...la forma tradicional es : abra las piernas....no había dialogo, se actuaba. La capacitación es importante sobre todo los neonatólogos. Otro obstáculo es la difusión que es insuficiente en la sociedad, que llega acá teniendo su bebe sin haber pasado por un curso de preparación, sin conocer el Hospital.

e) ¿Que estrategias usaría para los obstáculos?

Una sería la propaganda por radio, televisión, folletos y en los Centros de Atención Primaria presentar y vender esta forma de trabajar .A los médicos capacitarlos en talleres

y cursos. Hay otras maternidades como Sarda se podrían aprender de ellos. Nosotros usamos el hogar de madres para que las madres reciban capacitación, como el tema de la lactancia, o el armado de voluntarias para que cuenten en sus barrios o en el mismo hospital. Son todos granitos de arena que van sumando para un cambio.

Entrevista 2

a) Conoce el término humanización y sus alcances?

Si sería un conjunto de procedimientos y medidas de los equipos de salud, de los hospitales y de los gobiernos para mejorar la atención de salud. Nosotros hemos elaborado una lista de "Criterios para la atención de un parto respetuoso para la madre y el niño" que también las decía OMS pero que no eran tan aceptadas por la Medicina Basada en evidencia, pero que a nosotros nos parecía bien... Como por ejemplo: no hacer episiotomía, rasurado, enema, caminar. Para nosotros ha sido una construcción porque veníamos de una maternidad tradicional. Todos éramos deshumanizados. Todos veníamos del mismo agujero. Éramos muy intervencionistas. Teníamos que hacer el cambio porque venía ordenes de Buenos Aires de trabajar así. Esto apareció en el año 1997. En realidad para mí, no era necesario, a mí me dieron la idea que venía de OMS y del Congreso de la mujer en China. Una vez que vos haz puesto estos criterios para la atención de un parto respetuoso y haz armado salas de parto (UTPR) ya no te queda otra.

b) ¿Que es el parto vertical y porque se usa?

Es una variedad de parto, no es como dicen los fanáticos que es lo único y lo mejor, no es medicina basada en evidencia. Pero bueno que la mujer elija. En un lugar preparado para ello. Algunas le duele estar en esa posición, se había acalambrado el que hacia el trabajo de investigación ponía a las pacientes en un entrenamiento a partir de las 30 semanas para hacer flexiones para tener fuerzas en las piernas. Esto es para parir los indígenas aunque ellas eligen mas en la cama que en cuclillas.

c) ¿Es necesaria la infraestructura en las Maternidades Centradas en la familia?

Si, porque no podes de otro modo. Sino tienes UTPR, no tienes lugar para parto en cuclillas. Debe haber una sala de espera, una buena sala de parto, buena circulación, personal de seguridad preparado. Porque una cosa que entre la paciente sola y otra que entre con toda la familia, con el mate, con el bollo... vos tenes que tener una infraestructura preparada para eso. Acá hay mucha resistencia y la va haber toda la vida. La paciente en la Maternidad tradicional tiene: soledad absoluta, miedo absoluto, ignorancia absoluta, posición y sometimiento sobre todo ante el medico. Tiene participación cero. En la Maternidad Centrada en la Familia es todo lo contrario, el parto lo hace la mujer y su familia en un lugar privado es todo distinto. No hay miedo en un ambiente conocido, sin ese sometimiento.

d) ¿Que obstáculos ve?

La resistencia es el principal obstáculo en todos los lugares del mundo. Yo las veo en las personas, en los equipos de salud y sobre todo en los médicos ginecólogos y en los neonatólogos. La base de esto es el miedo a lo nuevo, pero el miedo mas profundo es el que te estén observando el comportamiento, que te estén evaluando la conducta, juicios de mala praxis, que el marido te pegue una trompada si pasa algo.... cuando no esta la familia vos haces lo que quieres es un cambio tan profundo que hay que digerir. Yo puedo decirlo, pero soy el jefe y no tengo que hacerlo...

e) ¿UD relaciona parto vertical, con parto humanizado?

Esta muy relacionado porque es darle la posibilidad de elegir y ella puede elegir eso u otra cosa. Mira yo creo que esto es política y depende de ellos porque mañana sube otro ministro que no le gusta esto y se acabo el parto humanizado y me harían otro reportaje de fórceps, por ejemplo. Depende del Ministro. Esto del parto en familia es muy difícil salvo que te paguen 5000 dólares, pero es mentira la obra social te paga centavos. Vos

crees que yo me voy a quedar 8 a 10 hs a tu lado para un parto .Porque no hay plata en el mundo que pueda pagar esa dedicación

Entrevista a un miembro de Sociedad Científica

a) ¿Conoce el termino humanización y sus alcances?

Como no, si no se habla mas que de eso,...Claro en los medios no en las Sociedades Científicas. Pero esto es tan viejo como la humanidad, ¿no?

b) ¿Que concepto tiene de las Maternidades Centradas en la familia?

Bueno, es algo muy nuevo que habrá que ver cuanto de aplicable tiene...Ya veremos que pasa con el tiempo. Si hay obstáculos por supuesto Es algo desconocido No sabemos en que va a terminar. Parece que se necesitan construir pabellones nuevos, otros tipo de salas, como se están haciendo ahora, adaptándolo,...ya veremos que pasa. Falta ver estudios serios de sus resultados.

c) ¿Que es el parto vertical y porque se usa?

Ah! Eso, es todo un tema .Medio que parece que esta de moda, no? Yo estoy viendo bibliografía sobre eso Porque fijese que las chicas jóvenes viene pidiendo esto como si fuera lo máximo....bueno no se si lo será estoy informándome. Cuando dentro de un tiempo UD me haga la misma pregunta le contestare Por lo pronto a mi me va muy bien con los partos como yo los hago desde hace mucho tiempo.

Entrevista a personal de conducción del Hospital Nicolás Avellaneda

a) ¿Conoce el termino humanización y sus alcances?

Claro que es un termino que a muchos no les gusta de usar .es polémico....Mejor decir respetuoso .Conozco el termino Como no, somos la primera maternidad que lo aplica .Ya se lleva haciendo mas de 2000 partos en cuclillas. Es la maternidad que tiene más experiencia en este tipo de partos .hemos recibido un premio Nacional y Provincial por ello.

b) ¿Que concepto tiene de las Maternidades Centradas en la familia?

Es esto en lo que estamos trabajando es un esquema terapéutico nuevo .Hemos acondicionado nuestras salas de parto para ello Cambiamos la infraestructura, tienen luz dicroica, ambientes confortables.

c) ¿Que obstáculos ve?

Nosotros lo tenemos asumidos: no se como trabajarán las otras instituciones .Ha nosotros nos va muy bien y nuestros resultados perinatales son muy buenos.

Entrevista a un miembro de la Cámara de Salud de la Legislatura Provincial

a) ¿Conoce el termino humanización y sus alcances?

Mi punto de vista desde lo político, yo pertenezco al partido justicialista, que habla de la justicia social basada en la doctrina de la iglesia y esto nos lleva a hablar de volver a las raíces. Esta corriente humanista, que mucho tiene que ver nuestra filosofía, el área de salud no escapa. Nosotros cuando asumimos, vimos la falta de un trato humanitario con el paciente. Esto se daba en la atención primaria, en los hospitales, incluidas las maternidades. De esto también hablaba Carrillo. Esto es así y hay que trabajarlo en los hospitales y luego bajarlo a la comunidad. De hecho yo no sabia que era una corriente humanística, yo le llamo un "volver a la fuente", de esto la familia no puede estar ausente. Con apoyatura de este pensamiento del gobierno nacional y nuestro, de la Provincia. Por esto existe una ley de Parto Humanizado para ser trabajado en las Maternidades. Con una decisión política. Hay seguir trabajando pero que marca el buen camino.

b) ¿Que concepto tiene de las Maternidades Centradas en la familia? Que obstáculos ve en su implementación.

Básicamente en el recursos humano. Es muy fuerte cambiar muchos años de formación a médicos, enfermeras, oficinista, camilleros. Los políticos que tienen en su

momento cargos de decisión. A veces se quiere decir que es un tema económico. No es así no todo es plata, plata ` para cambiar esto, para lo otro. El área Salud cuenta con ello y esto no necesita plata .no se trata de recursos, se trata de actitud del recurso humano. Como quieres que te tratan al llegar a un hospital .este tema de la pirámide en los hospitales todos tenemos parte de culpa .Mucha gente se ha dado cuenta que es necesario el cambio, aun hasta en términos económicos. Un buen trato, da buenos resultados. Habrá que trabajar también con la comunidad, que siempre no cuestiona mucho. Acepta los que les dan. En muchos casos daban como normal el mal trato que reciben Porque era así, siempre fue...ahora se empieza a escuchar como un reclamo, bienvenido sea, el exigir y saber que tienen derecho a buen trato. Habrá que trabajar también con los medios de comunicación, que es un aliado porque ha partir de ellos se llega a la gente, a través de la televisión y de la radio. No se esta haciendo difusión por los medios. Hay que concientizarlos a ellos de la importancia. Como nos paso con el tabaco que nos apoyamos fuertemente con ellos, que son masivos y con organizaciones intermedias.

Capitulo V

Sistema Informático Perinatal

“Del decir al hacer”

En este Capítulo se estudiara mediante el Sistema Informático Perinatal (SIP) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) quien constituye un Centro especializado de OPS / OMS en Perinatología ellos ha desarrollado un Instrumento que sirve para acompañar y evaluar los resultados de la atención perinatal a través de indicadores .

Uno de los pasos que establecen las normativas para mejores nacimientos es la de trabajar con la mejor evidencia científica No empleando de forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados. Como por ejemplo: Enemas y rasurado; perfusión endovenosa (goteo); ayuno; rotura precoz de membranas; monitoreo fetal electrónico. La tasa de uso de oxitócina para la inducción o conducción del parto debería ser del 10% o menor; La tasa de episiotomía sería optima en un 20% o menor, con una meta del 5% o menos; La tasa global de cesáreas es del 10% o menor en los hospitales de primer nivel, y del 15% o menor en los hospitales de tercer nivel o de referencia; La tasa de parto vaginal después de una cesárea es del 60% o mayor, con una tasa del 75% ó más. Otra característica es la de ofrecer a la parturienta la libertad de caminar, moverse y adoptar las posiciones que elija durante la dilatación y el expulsivo (salvo que se requiera específicamente una restricción para prevenir una complicación), y desaconseja la posición de litotomía (acostada boca arriba con las piernas elevadas).

En la actualización N° 19 del CLAP estableció:

FORMAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E y Hofmeyr GJ. Birth 2001; 28: 41-51.

(Traducción del artículo: Effective Care in Pregnancy and Childbirth: A Synopsis, publicado en la Revista Birth, de marzo de 2001). Esta información fue obtenida del Capítulo 50 del libro "A Guide to Effective Care in Pregnancy of Childbirth", tercera edición. La tesis de este libro nos demuestra que la evidencia de comparaciones bien controladas brinda la mejor base para elegir entre formas alternativas de cuidado en el embarazo y el parto. Esta evidencia debería fortalecer la elección de prácticas útiles y efectivas y desechar aquellas que son inefectivas y perjudiciales .así enumera:

Formas de cuidado beneficiosas

Formas de cuidados probablemente inefectivos o perjudiciales

FORMAS DE CUIDADO BENEFICIOSAS

Muestran evidencia clara de investigaciones clínicas aleatorizadas.

a) Cuidados generales

Que las mujeres lleven un registro de su embarazo para aumentar el sentimiento de que están siendo controladas.

Suplemento de ácido fólico pre y periconcepcional para prevenir la recurrencia de los defectos del tubo neural.

Suplemento de ácido fólico (o dieta rica en folatos) para todas las mujeres que estén planificando embarazarse Intervenciones (especialmente utilizando estrategias conductuales) para dejar de fumar durante el embarazo

Suplemento calórico-proteico balanceado cuando se requiera suplementación dietética.

Suplementación con Vitamina D para mujeres con exposición inadecuada al sol.

Suplementación con yodo en poblaciones con alta incidencia de cretinismo endémico.

b) Screening y diagnóstico

Ecografía doppler en embarazos con alto riesgo de compromiso fetal.

c) Problemas durante el embarazo

Antihistamínicos para el tratamiento de náuseas y vómitos resistentes a medidas habituales.

Imidazólicos locales para la infección vaginal por *Candida* (aftas) Imidazólicos locales en lugar de nistatina para la infección vaginal por *Candida* (aftas).

Sulfato de Magnesio en lugar de otros anticonvulsivantes para el tratamiento de la eclampsia.

Administración de inmunoglobulina anti-D para mujeres Rh (-) cuyo niño recién nacido no es Rh (-). Administración de inmunoglobulina anti-D para mujeres Rh (-) a las 28 semanas de embarazo.

Tratamiento antiretroviral para mujeres infectadas por el virus HIV, para prevenir la transmisión al feto.

Tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática.

Tratamiento antibiótico durante el trabajo de parto para mujeres colonizadas con estreptococo grupo B.

Control estricto versus control demasiado estricto o pérdida del control de los niveles de azúcar en sangre para las diabéticas embarazadas.

Versión cefálica externa al término para evitar la presentación podálica en el parto.

Corticoides antenatales para promover la maduración fetal en embarazadas con alto riesgo de parto de pretérmino.

Inducción del parto luego de las 41 semanas cumplidas de gestación para reducir la mortalidad Perinatal.

d) Parto

Apoyo físico, emocional y psicológico durante el trabajo de parto y parto. Apoyo continuo para la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Agentes para reducir la acidez gástrica antes de la anestesia general.

Complementar el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal en el trabajo de parto con la evaluación del estado ácido-base fetal.

Oxitócicos para el tratamiento de la hemorragia postparto. Oxitócicos profilácticos en el alumbramiento. Manejo activo versus expectante durante el alumbramiento.

e) Problemas durante el parto

Uso de suturas reabsorbibles en lugar de suturas no reabsorbibles para reparar la piel en traumas perineales. Uso de suturas con ácido poliglicólico en lugar de catgut cromado para reparar el trauma perineal.

f) Técnicas de inducción y parto operatorio

Prostaglandinas para mejorar la respuesta cervical a la inducción del parto.

Amniotomía más ocitocina para la inducción del parto en lugar de amniotomía sola u ocitocina sola.

Extracción con vacuum en lugar de fórceps cuando se requiera un parto vaginal operatorio.

Administración de antibióticos profilácticos (de curso corto o lavado intraperitoneal) en la cesárea.

g) Cuidados luego del parto

Uso de surfactante para los recién nacidos muy pretérminos para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria.

Apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre-hijo.

Apoyo para las madres durante la lactancia Apoyo personal de la mujer lactante por personas entrenadas. Lactancia sin restricciones.

Uso de anestésicos locales en aerosol para aliviar el dolor perineal postparto.

Uso de carbegolina en lugar de bromocriptina para aliviar los síntomas mamarios en mujeres que no amamantan.

Formas de cuidados, probablemente inefectivas o perjudiciales

Inefectividad o daño, demostrada por evidencia clara de estudios aleatorizados.

a) Cuidados básicos

Dieta restringida para prevenir la pre-eclampsia

b) Screening y diagnóstico

Prueba de tolerancia a las contracciones para mejorar los resultados perinatales.

Monitoreo electrónico con estimulación de los pezones para mejorar los resultados perinatales.

Uso no selectivo de monitoreo sin stress para mejorar los resultados perinatales

c) Problemas durante el embarazo

Adrenocorticotrofina (ACTH) para tratar los vómitos severos durante el embarazo.

Purgantes salinos para la constipación .Aceites lubricantes para la constipación.

Dietilestilbestrol durante el embarazo Parto electivo para la ruptura prematura de membranas de pretérmino.

Etanol para detener el trabajo de parto pretérmino .Progestágenos para detener el trabajo de parto pretérmino.

d) Parto

Enema de rutina en el trabajo de parto.

Rasurado público de rutina en la preparación del parto.

Monitoreo electrónico fetal sin evaluación de pH fetal de cuero cabelludo durante el trabajo de parto.

Amnioinfusión profiláctica intraparto para el oligoamnios.

Examen rectal para evaluar el progreso del trabajo de parto.

Posición decúbito dorsal (supina) en el segundo estadio del parto .Uso rutinario de la posición de litotomía en el segundo estadio del parto.

Episiotomía rutinaria.

Ergometrina en lugar de ocitocina profiláctica en el tercer estadio del parto.

e) Problemas durante el parto

Catgut impregnado en glicerol para reparar el trauma perineal

f) Técnicas de inducción y parto operatorio

Prostaglandinas orales para la maduración del cuello uterino.

Estrógenos para maduración del cuello uterino o para inducción del trabajo de parto.

Ocitocina para maduración del cuello uterino antes de la inducción del trabajo de parto.

g) Cuidados luego del nacimiento

Bicarbonato de sodio para recién nacidos con asfixia.

Restricción rutinaria del contacto madre-hijo. Cuidados de nursery de rutina para los recién nacidos durante la estadía en el hospital.

Ejercicios de Hoffman prenatales para pezones umbilicados o invertidos. Protectores mamarios prenatales para pezones umbilicados o invertidos. Limitación del tiempo de succión durante la lactancia. Cremas o ungüentos para los pezones durante la lactancia. Suplementos rutinarios de agua o fórmula láctea para los niños que amamantan. Dar

muestras de fórmulas lácteas a las mujeres durante la lactancia. Promover la ingesta de líquidos por encima de la demanda de sed para las mujeres que dan de mamar. Contraceptivos orales combinados de estrógenos y progesterona para las madres que dan de mamar. Test de peso para los niños que amamantan.

Loción de hamamelina para aliviar el dolor perineal. Baños de agua con sal para aliviar el dolor perineal. Soluciones antisépticas en el agua del baño para aliviar el dolor perineal.

Hormonas para aliviar la congestión mamaria en madres con supresión de la lactancia.

Bromocriptina para aliviar los síntomas mamarios en madres con supresión de la lactancia.

Así planteado se estudiara las siguientes variables obtenidas desde la carga de datos de las Historias Clínicas Perinatal en el periodo comprendido de 1 de enero a 30 de junio del año 2006. Esto servirá para valorar desde un método cuantitativo el grado de cumplimiento de los pasos recomendados por la evidencia científica en la atención del momento del parto .

1. Porcentaje de Episiotomía
2. Porcentaje de cesárea
3. Porcentaje de cesárea seguida de parto
4. Porcentaje de partos en posición vertical
5. Tasa de uso de oxitocina
6. Tasa de Mortalidad Perinatal
7. Tasa de Mortalidad Neonatal precoz
8. Tasa de Mortalidad Materna
9. Porcentaje de conserjería en Salud Reproductiva
10. Partos con acompañamiento

Cabe consignar que lo referente a : Enema previa al parto , rasurado del área perineal y Examen rectal para evaluar el progreso del trabajo de parto. no forma parte de las Normas de Internación en el Servicio

Recolectado el informe a través del SIP los datos obtenidos son los siguientes:

1- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006;
1439 pacientes; 1441 embarazos; 1446 nacimientos; 321 RN hospitalizados

Episiotomía

EPISIOTOMÍA	CASOS	%
no	1,204	83.3
si	69	4.8
sin dato	173	12.0
TOTALES	1,446	100 %

2- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 10/11/2006

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006;
1440 pacientes; 1442 embarazos; 1447 nacimientos; 321 rn hospitalizados

Terminación

Tipo de terminación del parto

TERMINACIÓN	CASOS	%
espontánea	1,156	79.9
fórceps	3	0.2
cesárea	285	19.7
otra	0	.0
vacuum	0	.0
sin dato	3	0.2
TOTALES	1,447	100 %

3- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006;

Selección por una variable: Embarazo cesáreas previas entre 1 y 9; 124 pacientes; 124 embarazos; 125 nacimientos; 321 RN hospitalizados

Cesárea seguida de parto

TERMINACIÓN	CASOS	%
espontánea	66	52.8
fórceps	0	.0
cesárea	59	47.2
otra	0	.0
vacuum	0	.0
sin dato	0	.0
TOTALES	125	100 %

4- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 -

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006; 1439 pacientes; 1441 embarazos; 1446 nacimientos; 321 rn hospitalizados

Posición durante el parto

POSICION PARTO	CASOS	%
sentada	861	59.5
cuclillas	23	1.6
acostada	463	32.0
sin dato	99	6.8
TOTALES	1,446	100 %

5- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 -

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006; 1439 pacientes; 1441 embarazos; 1446 nacimientos; 321 rn hospitalizados

Medicación con oxitócicos en el prealumbramiento.

OCITOCICOS PREAL.	CASOS	%
no	487	33.7
si	600	41.5
sin dato	359	24.8
TOTALES	1,446	100 %

6, 7 y 8- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 -
 Descripción de una variable

1439 pacientes; 1441 embarazos; 1446 nacimientos;
 321 Rn hospitalizados

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
RN vivos y muertos	1436	99.3	8	0.6
EBPN	0	0.0	8	0.6
RN vivos 1000 - 1499 gramos	0	0.0	8	0.6
RN vivos 1500 - 2499 gramos	43	3.0	8	0.6
RN vivos >=2500 gramos	1359	94.7	8	0.6
Nacidos 22 a 27 semanas	0	0.0	73	5.1
Nacidos 28 a 32 semanas	4	0.3	73	5.1
Nacidos 33 a 36 semanas	32	2.2	73	5.1
Nacidos >=37 semanas	1325	92.3	73	5.1
Indice de masculinidad (RN sexo M y M/F x 100)	700	99.2	29	2.0
Nacidos de embarazos simples	1424	99.2	0	0.0
Nacidos de embarazos múltiples	12	0.8	0	0.0
Nacidos de embarazos triples	0	0.0	0	0.0
Nacidos de embarazos cuádruples o sup.	0	0.0	0	0.0
Nacidos con personal calificado	1398	96.7	48	3.3
Nacidos sin personal calificado	0	0.0	48	3.3
RN con malformación letal	1	0.1	87	6.0
RN asfícticos	0	0.0	87	6.0
RN con trauma obstétrico	0	0.0	87	6.0
RN 22 a 36 sem	36	2.5	73	5.1
RN con infección	0	0.0	87	6.0
RN sin patologías ni sanos	1359	94.0	87	6.0

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 -

Indicadores básicos

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006;
1440 pacientes; 1442 embarazos; 1447 nacimientos; 321 rn hospitalizados

Indicador	Cantidad	Tasa
RN vivos	1435	no calculable
BPN (%)	43	3.0
MBPN (%)	0	0.0
Prematurez (%)	69	4.8
PEG (%)	87	6.1
Terminación cesárea (%)	270	19.7
M. fetales >= 22 semanas CIE10 (por mil)	3	2.1
M. neonatales precoz CIE10 (por mil)	0	0.0
M. perinatales CIE10 (por mil)	3	2.1
M. maternas hospitalares (por cien mil)	0	0.0

9- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 10/11/2006

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006;
1440 pacientes; 1442 embarazos; 1447 nacimientos; 321 rn hospitalizados

Consejería Salud Reproductiva

MES	PACIENTES	CONSEJERIA	%
ENERO	276	95	34,54
FEBRERO	222	146	65,76
MARZO	221	149	67,42
ABRIL	239	39	16,31
MAYO	249	91	36,54
JUNIO	234	168	71,79

10- SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 -

Selección por fecha: Parto fecha del parto entre 01/01/2006 y 30/06/2006;
1439 pacientes; 1441 embarazos; 1446 nacimientos; 321 RN hospitalizados

Acompañante

persona que acompaña en parto y trabajo de parto

ACOMPañANTE	CASOS	%
pareja	430	29.7
familiar	524	36.2
otro	13	0.9
ninguno	255	17.6
sin dato	224	15.5
TOTALES	1,446	100 %

Capitulo VI

Conclusión

CONCLUSION

El propósito de este trabajo fue -lejos de parecer una ponencia antropológica, carezco de preparación para ello- el de mostrar las dificultades que aparecen en la puesta en práctica de una forma diferente de atención: las Maternidades Centradas en las familias, a través de la experiencia clínica que supuso un proceso de transformaciones que lleva ya seis años. Se trata de un Modelo de atención que genera cambios profundos en las personas involucradas, lo que cobra mayor relevancia cuando se define como una política pública a ser aplicada, ya que las mismas deben cumplimentar una serie de normativas que reflejan su filosofía y llevan a un cambio en su modalidad.

A ello se agrega el intento de bosquejar alternativas para sortear las dificultades en su implementación, teniendo en cuenta principalmente la disposición de los recursos humanos involucrados, tanto de la comunidad, como del equipo de salud. La idea es brindar a los formuladores de políticas sanitarias y aquellas instituciones que comparten su filosofía un panorama más claro y realista respecto a la viabilidad de la propuesta.

Modalidad de atención

Las Maternidades centradas en la familia deben cumplir con pautas de organización que involucran sus procesos y sus acciones. Desde el ingreso a la institución de salud, la embarazada se encuentra en una atención hospitalaria que habla de enfermos y emergencias. Y aunque ella puede enfermarse, el evento en sí - embarazo, parto y neonato - no constituye una enfermedad. Es por ello que debe adaptarse la infraestructura de los servicios perinatales a este concepto, permitiendo a la embarazada transcurrir su trabajo de parto en un ambiente más acogedor, acorde al momento de su vida que esta transitando, como es el nacimiento de un hijo.

Uno de los cambios que deberían atenderse es el de posibilitar que las maternidades cuenten con salas de parto, hoy llamadas UTPR (Unidades de Trabajo de Parto, Parto y recuperación) lo que permitiría que el mismo se desarrolle en un solo lugar. Esto evita traslados a veces incómodos, en camillas de sectores de Preparto a los de Parto y luego a Recuperación. También conlleva un ahorro en diferentes temas: recursos humanos: enfermeras, parteras, camilleros, mucamas, etc., al estar concentrados en un solo lugar.

Insumos: hay un menor consumo en ropa de cama, material, tareas de limpieza y esterilización.

Si bien desde el punto de vista costo sanitario es importante, esto debe ir acompañado de la conceptualización del parto como un evento natural y no como un acto quirúrgico que llevará a una mayor utilización de medicamentos y procedimientos invasivos. Generalmente se termina generando una cadena de gastos por procedimientos rutinarios.

Como así también, el acompañamiento de la embarazada que implica este modelo de Maternidades. Existe evaluación científica donde se demuestra que el acompañamiento de la embarazada desde el trabajo de parto genera "grandes beneficios biológicos": reduce la necesidad de suministrarle analgésicos y sedantes a la madre, disminuye la incidencia de cesáreas y mejora las condiciones del recién nacido. ⁽²⁸⁾

Además, estudios clínicos individuales encontraron reducciones en: problemas durante el trabajo de parto, período dilatante prolongado, episiotomía, traslado a otra sala para el parto y en el número de casos de interacción padre/partera insatisfactoria. Los beneficios a largo plazo que revelaron estos estudios clínicos individuales incluyen a las 6 semanas postparto una reducción en la depresión puerperal y en los casos en los que encontraron difícil cumplir con el rol de madre.

No solo se modifica el parto, sino también la recepción del Recién Nacido en estas salas, quedando con su familia si su estado lo permite, sin separarse de ellos y realizando su valoración física en el momento oportuno. La premisa es no tratarlos como si fueran

unidades separadas con necesidades en conflicto, poniendo así en peligro la integridad de la relación madre e hijo que se inicia en el embarazo.

Es importante el rol que deben asumir las neonatologías, permitiendo el ingreso irrestricto de los padres e incluso programando visitas de familiares directos, como hermanos y abuelos. Los cambios en este sector deberían estar muy ligados a los pretendidos en las salas de parto, respetándose los silencios, disminuyendo tanto el dolor como el stress en el bebe. El apego del niño, el contacto piel a piel con sus padres debe ser fortalecido y estimulado. Sin lugar a dudas, y tal como está demostrado, todas estas acciones -que no son de índole medicamentosa como tradicionalmente se ve- tienen una respuesta muy favorable en la evolución de un niño ⁽²⁹⁾.

Las Neonatologías, además, deben tener una política de apoyo a la Lactancia con promoción, y protección de la misma de acuerdo al cumplimiento de pasos para la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del niño de UNICEF

El hogar de madres es un paso importante, ya que permite que ella pueda permanecer junto a su hijo la mayor cantidad de tiempo posible afianzando el vínculo y ayudando a su evolución. Es un lugar propicio para el fortalecimiento de la lactancia materna.

Consultorios de Psicología La presencia y la contención de estos profesionales debe ser un requisito irrenunciable en estos servicios , puesto que es el sostén de múltiples estrategias tanto para las familias que tienen sus niños internados como las de sociopatías que aparecen: adolescentes , embarazos no deseados , abandonos, violencias, adicciones, etc. Su función supone, además, acompañamiento de situaciones de riesgo y tratamiento cuando fuese necesario.

La integración de la comunidad en nuestros hospitales con la conformación de un grupo de voluntarias que podrán estar ayudando a otras madres como doulas (acompañando en el parto) o sosteniendo la lactancia materna.

Las Organizaciones Internacionales también juegan un papel preponderante en la ejecución de la modificación de este modelo de atenciones. Es así que la Primera Iniciativa de Consenso de la Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (CIMS)].⁽³⁰⁾ ha formado una coalición de individuos y organizaciones nacionales involucradas en el cuidado y el bienestar de las madres, los bebés y las familias. Nuestro objetivo es promover un modelo de atención a la maternidad centrado en la salud, que mejore el resultado del parto y reduzca substancialmente los costos. Este modelo basado en la evidencia, respetuoso con la madre, el bebé y la familia, se centra en la prevención y en la salud como alternativas a los costosos programas de detección precoz, diagnóstico y tratamiento.

Definen y promueven servicios de maternidad respetuosos con la madre, de acuerdo con los siguientes principios:

Normalidad del proceso del nacimiento

Protagonismo de la madre

Autonomía, Cada mujer debe tener la oportunidad de: Experimentar un parto sano y gozoso para ella y sus familias

Responsabilidad: Cada profesional es responsable de la calidad de cuidado que ofrece , basado e evidencia científica.

La sociedad, a través de su gobierno y del sistema de salud, es responsable de garantizar el acceso de todas las mujeres a los servicios de maternidad, y de supervisar la calidad de dichos servicios.

Así planteada el marco que define estas maternidades y su sustento filosófico, es el momento de analizar la investigación realizada en el Servicio Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda de San Miguel de Tucumán, a través de las encuestas, grupos focales y entrevistas buscando aquellas respuestas a interrogantes que muestren obstáculos, facilitadores o brechas para el accionar y ayudar al afianzamiento de este Modelo de atención.

A partir de las hipótesis formuladas y teniendo en cuenta los niveles de medición de las variables en la encuesta, se procedió a realizar un análisis con cruce de encuesta. Una vez ejecutados se efectuó la interpretación de los resultados y se unió dicha información con la recabada de los grupos focales y entrevistas a informantes claves.

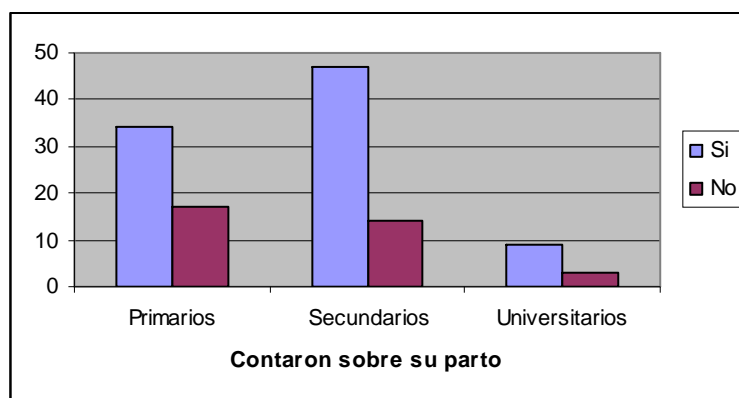
Inferencias posibles de la experiencia

Hipótesis 1 La identidad de género, la edad y el nivel educativo determinan conocimientos, actitudes y prácticas sociales de los sujetos en lo referente a la salud sexual y reproductiva, incluyendo en ella claro esta, el embarazo y el parto.

Al medir la encuesta realizadas a las embarazadas que se asisten en el Servicio Perinatal de un total de 124 encuestas realizadas en mujeres de 15 a 45 años Se desprende : que existe dialogo sobre el parto , sobre todo en las jóvenes .

Fuente: elaboración propia en base a encuesta a embarazadas.

Según su nivel de educación, parecería que a mayor nivel educacional la comunicación sobre el tema es mayor

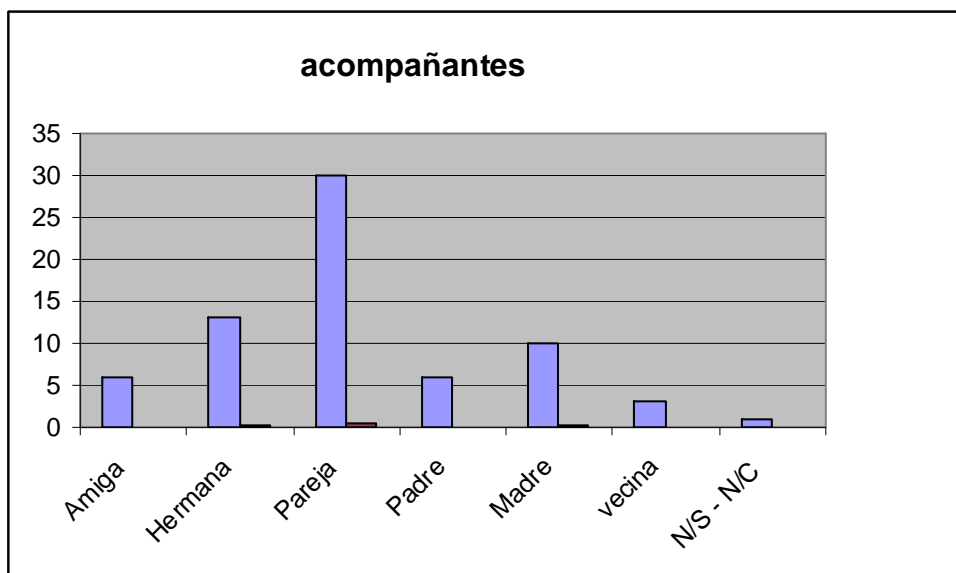


Fuente: elaboración propia en base a encuestas a embarazadas.

Eligiendo como interlocutores a sus pares, a su madre, amigas o vecinas. Probablemente, el porcentaje se inclina más hacia la madre y amiga por ser un grupo etario joven, 76 del total tiene entre 15 y 30 años.

Fuente: elaboración propia en base a encuesta a embarazadas

La importancia de la relación de género también puede observarse cuando se estudian las relaciones de preferencia de acompañantes a la sala de parto.



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a acompañantes

Es significativo, que si bien, el 89% de las embarazadas encuestadas estuvieron en su parto acompañada hay un 33% de los acompañantes que son mujeres (madre, tía, amiga, vecina) y el 43% de los casos restantes es su pareja.

Es interesante la respuesta escuchada en el Grupo Focal de la comunidad A mi me acompañó el, dice que se sintió bien y le gustó verlo salir, ya casi lloraba y se fue a un costado para que no lo vieran (mujer 28 años) Evidenciando los límites que tiene el varón en la manifestación de sus sentimientos.

Cuando se realiza la pregunta al personal de salud respecto a si prefiere que la embarazada este acompañada, de aquellos que aceptan esta modalidad, un 28% refiere que es mejor si es mujer. Entonces parecería que la persona que ingresa a las salas de parto esta condicionada por la sugerencia del recurso humano en salud. Con esto quiero decir que más allá de la disposición positiva a participar registrada en los varones, la última palabra que efectiviza la inclusión sigue estando en poder del equipo, especialmente el médico y su asistente, esto muestra la asimetría que todavía permanece al interior del modelo médico y que a su vez se ratifica en la continua necesidad de negociación de espacios que deben llevar adelante los varones en las instituciones públicas de atención de la salud.

También quedaría como tema a mejor profundizar o comprender, que sienten los médicos y parteras, (expuesto en el grupo focal de salud) en donde refieren la necesidad de "engañar" en complicidad con sus pares, a la mujer cuando se subestima el dolor ridiculiza o minimiza a lo mejor como solución defensiva ante la impotencia de poder solucionarlo todo. Ahora, expuesta a la mirada de un familiar. ... "Yo no se si podría... dicen los médicos que es bravo para los hombres estar adentro" (varón 22 años)

Además es notable el comentario del grupo masculino profesional en donde la presencia de la pareja se asocia al hombre solo como compañero sexual mirando un órgano femenino por arriba del acto de nacimiento... "Aparte convengamos que no están lindo mirar una vagina en esas condiciones (Anestesiista varón)

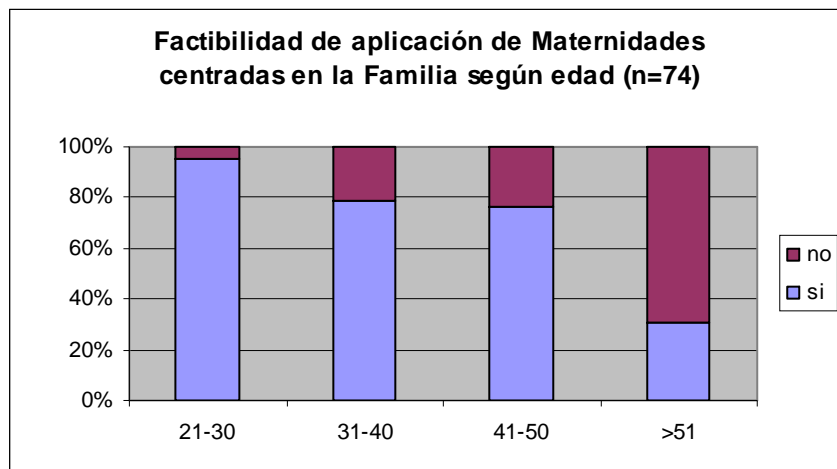
Hipótesis 2 La formación curricular del recurso humano en salud no se adapta para esta modalidad de atención

Esta Hipótesis será desarrollada considerando los resultados de las encuestas de los grupos focales y los datos recabados desde el Sistema Informático Perinatal, registro que muestra los resultados obtenidos de las historias Clínicas del Servicio.

A pesar que un 90% de profesionales dicen conocer el termino parto Respetuoso Al indagar sobre el mismo el 55% desconoce la ley 25929 de acompañamiento y sus alcances benéficos del Acompañamiento por un familiar. Se desprende entonces que, como se encuentran trabajando en un Servicio Hospitalario que respeta esta filosofía existe una aceptación de ello, sin llegar a interiorizarse en el mismo. La respuesta a la concreción de aplicación de este tipo de instituciones fue diferente según la edad de los profesionales, parecería que a mayor edad aumenta el porcentaje que dice que no es posible su implementación.

Factibilidad de las Maternidades Centradas en la Familia

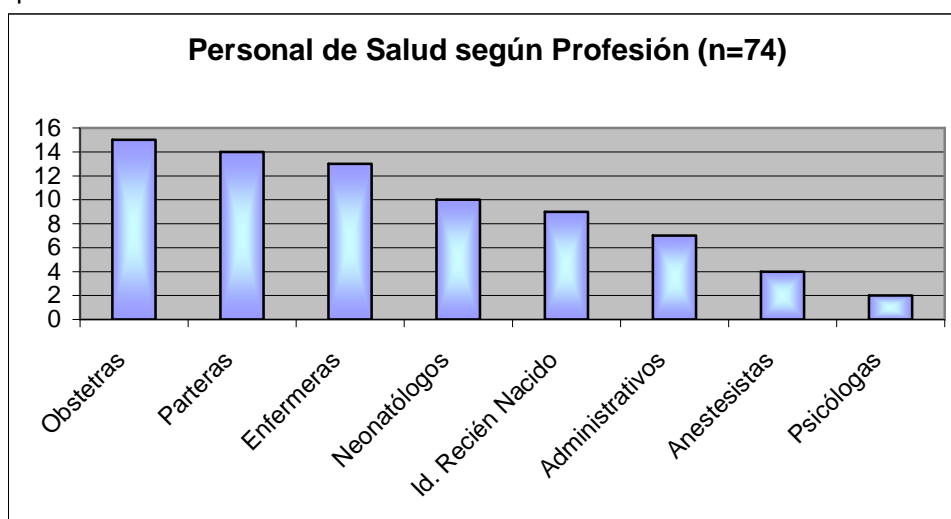
Según edad



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

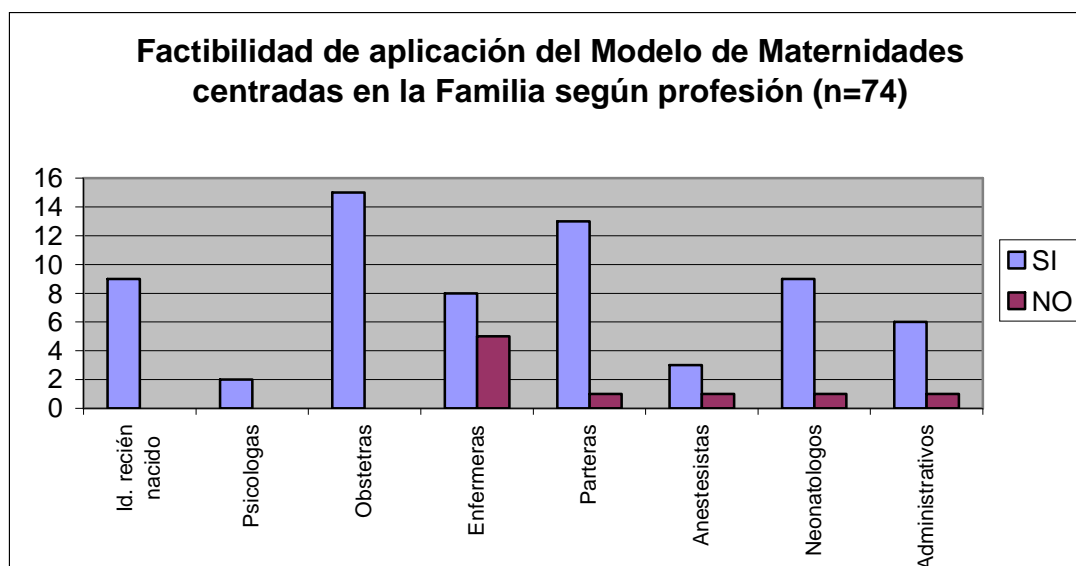
Según su Profesión

Total de profesionales encuestados: 74



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

Quando se investiga acerca de la posibilidad de la implementación de las Maternidades Centradas en la familia de acuerdo a su profesión a los fines de poder visualizar donde estarían los posibles factores facilitadores o no en la consolidación del modelo



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

La mayoría el 86% considera que puede implementarse las Maternidades centradas en la familia Sin embargo parecería que la expresión ,esta planteada como deseo ,puesto que al pedirles que definan cuales serian los factores que facilitarían su concreción se cita en orden de importancia: la Infraestructura como espacio edilicio en casi la mitad del personal calificándolo como un 100% necesario,

Al interrogarse si se requiere un cambio generacional para poder implementar esta modalidad de atención no parece estar muy definido ya que las diferentes profesiones mantienen postura divididas no evidenciándose una preferencias por grupos de profesión, mas bien, se escuchaba como planteos de personalidades de los sujetos, el sostenimiento a través de una política de salud que consolide el modelo es sostenida por algunos médicos obstetras y por parteras ,pero no en un porcentaje relevante (13%)

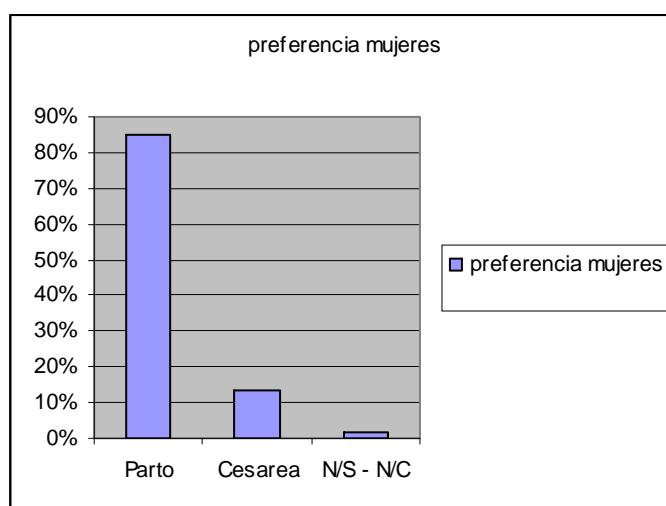
Luego aparecen condicionantes que no tienen que ver con la factibilidad de la aplicación como: mejor pago de honorarios, contextos macro sociales (pobreza, desempleo) adecuados, personalidad de la embarazada o de su pareja, como causantes externos, de difícil resolución desde su perspectiva individual.

Los resultados muestran una confusión en la profundidad del concepto del que hablamos referido al derecho que tiene la mujer a tener una correcta atención de su salud física y mental. Derecho esencial para su vida y bienestar ya cercenado con las desigualdades sociales pero que no deberían bajo ningún concepto extenderse en el derecho a la salud.

Esto no solo se observa en el personal del Servicio sino también en representantes de conducción, en quienes caracterizan el mismo como: moda del momento, u ocurrencia de la política sanitaria de turno .o peor aun el hecho que "nada en el mundo puede pagar el tiempo del medico ". Si leemos la opinión dada por miembros de una la Sociedad Científica tampoco hay un concepto claro mostrando incertidumbre, desconocimiento. No relacionando la humanización con este modelo de Maternidades O las opiniones de otros donde el énfasis esta puesto como condición necesaria para la aplicación de una infraestructura que debe cumplir con colores, música, aspectos mas de diseños arquitectónico o de equipamiento), que el respeto, equidad y evidencia científica en el trato.

ATENCIÓN EN EL PARTO

El modelo de atención de estas Maternidades, afirma que el parto es un hecho natural de la vida , que puede requerir en algunos momento de la intervención medica (10%) y es allí donde cobra importancia su presencia. La OMS plantea que las Maternidades de bajo riesgo deberían tener un índice de cesárea de 10% y aquellas de tercer nivel de complejidad un 15% Al preguntarse a las mujeres cual era su deseo en la manera de parir si parto o cesárea respondieron el 85% que deseaban un parto, el 14% restante prefería cesárea, el 2% no definió una posición.



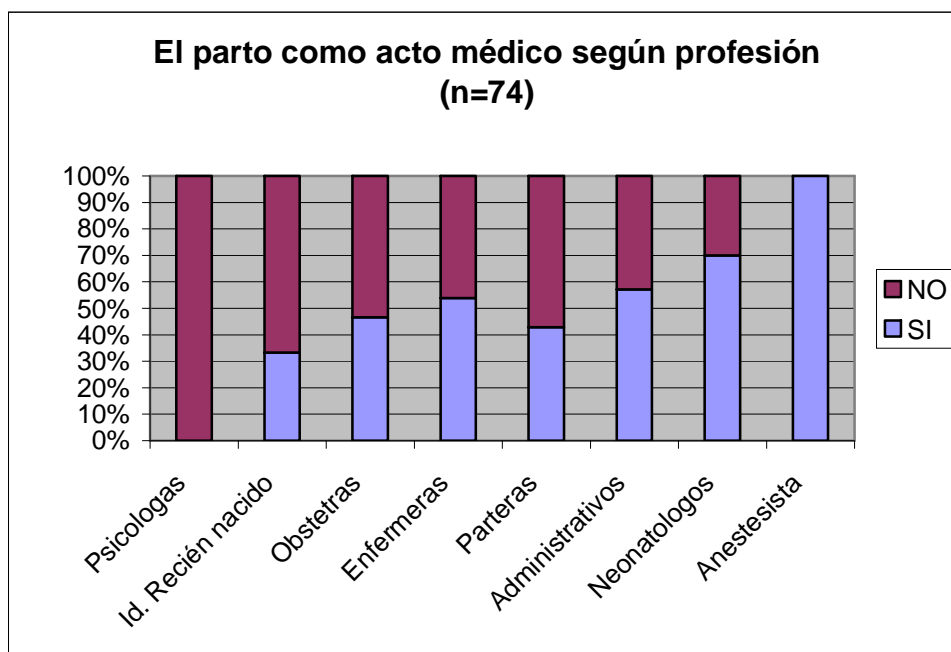
Fuente: elaboración propia en base a encuesta a embarazadas

En el registro del Sistema Informático Perinatal (SIP) enero – junio 2006 se registra: 19.6% cesárea, 79.9 % partos, 0,2% fórceps ,0.2% sin dato .Si bien este porcentaje supera el valor considerado como optimo ,si se evalúa el porcentaje de mujeres que habiendo tenido cesárea en su embarazo anterior fueron asistidas en la actualidad por parto el registro muestra: que de 122 mujeres con cesáreas previas

atendidas el periodo enero a julio del 2006: 52.8% terminaron en parto espontáneo y 47.2% volvieron a ser asistidas por cesárea¹

Al requerir información al equipo de salud, si el parto constituía un acto médico o no este fue su resultado:

EL PARTO ES UN ACTO MEDICO



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

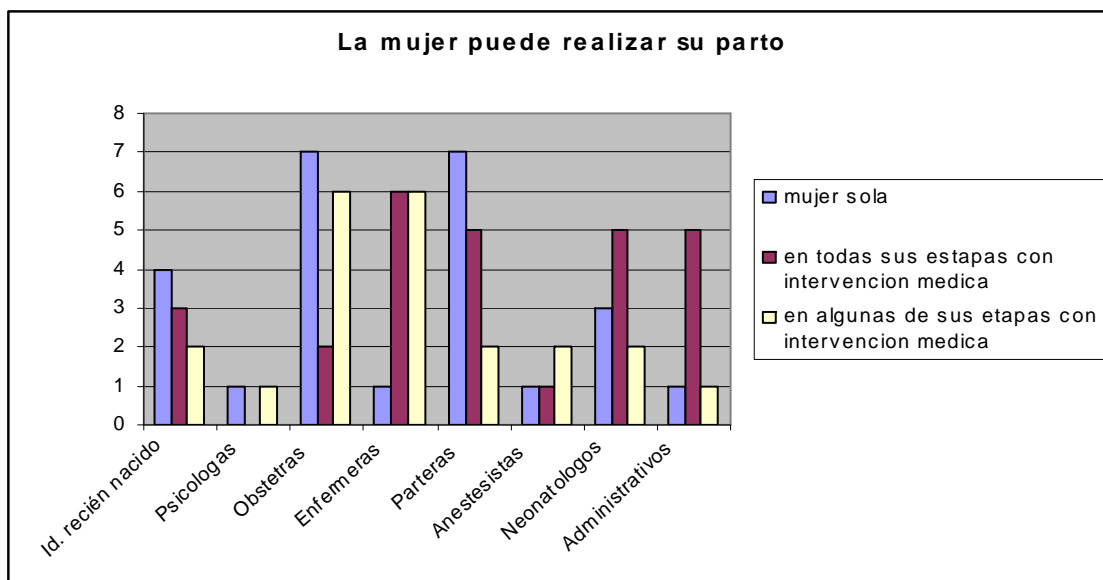
Aquí, comienza a verse mas claro como cada especialidad va marcando su formación. Existe disparidad en la respuestas Revelando dificultad a comprenderlo como hecho natural de la vida las siguientes profesiones: anestésista, y los neonatólogos, en la cual podría inferirse que son dentro del equipo de salud quienes están mas impregnados de la tecnología, enfermeras quienes por su educación formal son las que mas "piramidal" aceptan las jerarquías a cumplir y los administrativos, .Siendo más definida la postura de los técnicos en identificación de recién nacido como de las Sicólogas, en los cuales muestran una coherencia en todas sus respuestas en la aceptación e involucramiento en la manera de atender .La paridad en las respuestas de médicos obstetras y parteras para una u otra respuesta esta reflejando el proceso de transformación

Profundizando en las respuestas quisimos saber en cuanto era necesaria su intervención, en las encuesta se observa que 6 de cada 10 profesionales consideran su presencia e intervención en el Trabajo de Parto como necesaria. Parecería que el acontecimiento de parir no se podría llevar a término sin su dirección .Aunque también subyace un temor oculto: í "No hay que darle mucho bombo al tema que nos quedamos sin trabajo."(respuesta surgida en Grupo focal de salud). La pregunta para abordar este tema fue darle 3 opciones: Una mujer puede realizar su trabajo de parto: sola, en algunas de sus etapas con la intervención del personal de salud, o en todo momento con el personal de salud

En la tabla siguiente se observan sus respuestas

¹ SIP enero –junio 2006 Departamento Perinatal _Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda Tucumán

La embarazada puede parir: Sola, con personal de salud en todas sus etapas, con personal de salud en algunas de sus etapas:

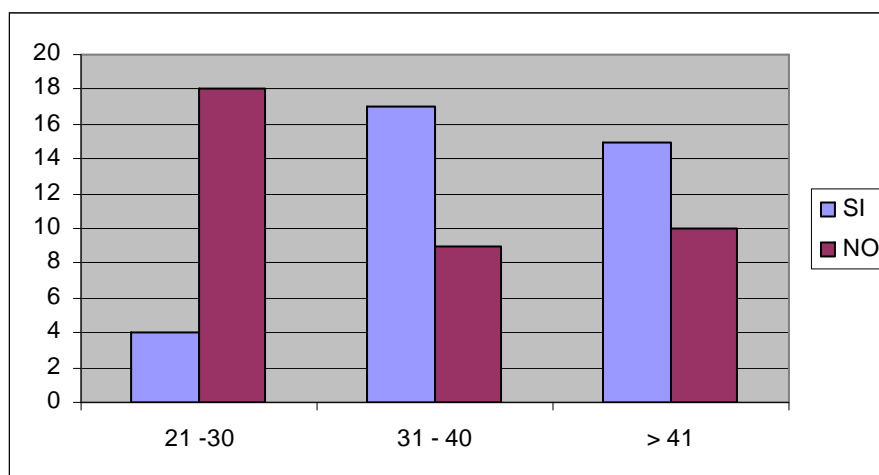


Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

También se puede evaluar las edades de los que contestan. No hay que olvidar que la medición se está realizando en un Servicio considerado "sensibilizado" en la temática, tal vez por ello, son las diferencias en cada grupo etario, que responderían a historias personales, culturales de vida..

Mirando las edades de los encuestados aparece una brecha a trabajar, puesto que el profesional más joven de 21 a 30 años (49%) reconoce el parto como hecho natural. Convalidado que su intervención puede ser realizada solo si fuera necesario. Queda afirmado su pensamiento en el recurso humano de 31 a 50 años cuando el 86% dice, que el parto es un acto medico.

Parto es un acto medico según las edades de los profesionales (n=74)



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

Los estudios realizados por Medicina Basada en evidencia muestran que el uso rutinario y sistemático de episiotomía no aporta a la mujer beneficios ya que no previene de desgarros de 3 y 4 grado y que su uso restrictivo, solo aquellas que lo necesiten,

muestra un menor riesgo de trauma perineal posterior y de complicaciones en su cicatrización .aconsejando no superar su practica en el 20% de los partos .Los informes recabados a través del SIP dan como resultado un porcentaje de uso optimo ya que solo se utiliza en el 4.8% del total de partos en el Servicio.

Siguiendo las conductas de evidencia demostradas como beneficiosas, por el centro Latinoamericano de Perinatología sostiene que la posición de litotomía (paciente en decúbito dorsal) no es la mas aconsejable, siendo la posición vertical la recomendada También en el trabajo de Gutta, Nikodem(31) dan cuenta de los beneficios de parir en posición sentada o en cuclillas

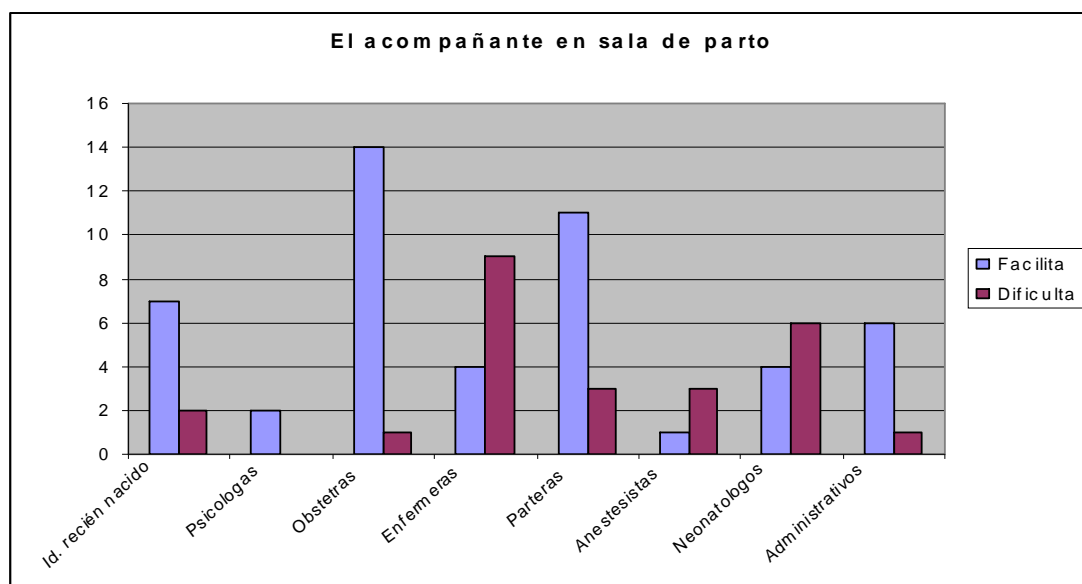
Los resultados obtenidos son de: 1446 partos: 59.5% sentada, cuclillas 1.6%, acostada 32.8%, sin dato 6.8%²

El manejo activo del trabajo de parto ha sido observado como no beneficiosos en las recomendaciones de OMS Siendo su tasa de uso no superior al 10%. Estarían indicados en aquellas mujeres que según su partograma así lo requiera. Lo registrado por el SIP en el servicio de 1446 partos registrados muestra: un alto porcentaje de ocitocina prealumbramiento del 41.5%, sin ocitocina 33.7%, falta de datos 24.8%. Este dato no podría ser evaluado por el porcentaje de falta de llenado.

ACOMPAÑAMIENTO

Otro de las normativas propiciadas según evidencia científica, es que los partos son mejores si un familiar acompaña a las embarazadas .Vemos como a menor edad de los profesionales la idea va aceptándose, y se permite el ingreso de algún familiar

Sin embargo cuando investigamos que profesión es la que mejor acepta este ingreso, que con lleva modificaciones en la manera de trabajar y la aceptación de un pensamiento distinto al recibido en su formación universitaria sigue apareciendo los neonatólogos, anestesistas y enfermeras como resistentes al cambio. Aquí están mejor que en otras maternidades porque se las deja hacer lo que quieren, a veces ya demasiado ..." (medica neonatóloga) ." ven y leen sus derechos puestos en los carteles del servicio y vos no sabes con que te van a salir(anestesista)



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

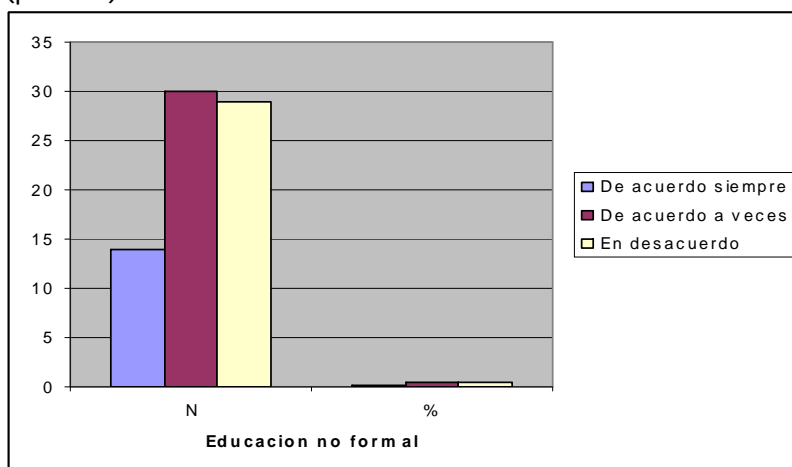
² SIP enero –junio 2006 Departamento Perinatal _Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda Tucumán

De los datos obtenidos por el SIP (registro Enero-junio2006) sobre un total de 1446 partos 69% de partos acompañados, de ellos el 29.7% es su pareja.

EDUCACIÓN NO FORMAL

Una de las preguntas de la encuesta realizadas buscaba encontrar si había un reconocimiento del saber del otro, como: experiencias de vida, transmisiones de generaciones No necesariamente una educación formal. Entonces se interrogó: preguntando :"- Algunas personas consideran que hay experiencias de vida que otorgan conocimiento sobre el estado de salud ¿UD. esta de acuerdo?

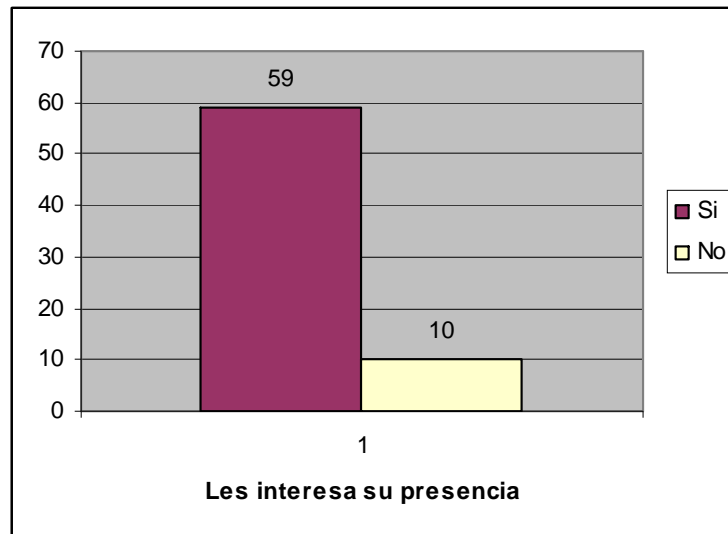
. Aquí la entrevistadora tuvo en todo momento que aclarar a que se refería la pregunta .llegando a veces a plantearse si era clara o no la misma .Siempre genero incertidumbre, comentarios, sonrisas pero no fue una respuesta rápida y concreta para el encuestado.. También vemos que el imaginario de la educación formal se repite cuando consideran necesario la asistencia de las embarazadas a recibir instrucciones "cuando asisten al curso entienden mejor de que les hablamos." Sino uno pierde tiempo hasta que comprenden "(partera).



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

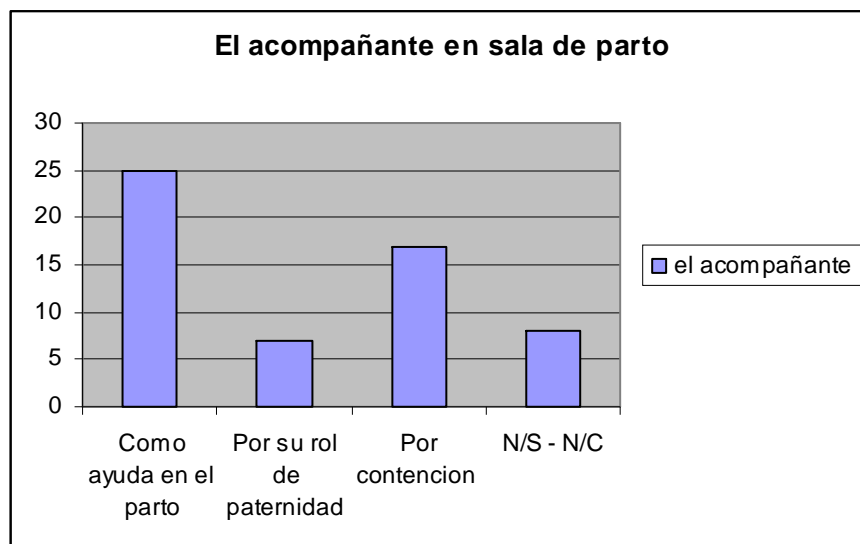
La hipótesis 3 : Pese a tratarse de una maternidad centrada en la familia la oferta desde los servicios sanitarios y las prácticas profesionales vigentes está orientada al género femenino, por ende excluye al varón.

Pese a tratarse de un Servicio que trabaja en una maternidad centrada en la familia se observa que si bien, ante la consulta a los acompañantes si su ingreso y permanencia en la sala de parto fue bien recibida, 6 de cada 10 dice que el personal de salud les interesa su presencia en la misma Es notable destacar que solo 4 de esos 7 corresponden al sexo masculino .Parecería que habría un mensaje desde el equipo de salud que es preferible una compañía de mujer ,según lo expresado por un padre en el grupo focal "Yo no se si podría...dicen los médicos que es bravo para los hombres estar adentro "(varón 22 años)



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al acompañante

Cuando igual cuestionamiento se realiza a los miembros de salud si el ingreso de un acompañante es conveniente. Las respuestas a ello fue de aceptación a su ingreso de un 77%. Aquellos que opinaban que dificulta el trabajo de parto las razones que se dieron fueron que se impresionan (18%) o que interfieren en el parto (12%). Es significativo que del total de aquellos que afirmaron que el ingreso de la pareja a sala de parto la compartían solo el 12% le asigno su valor a su rol de paternidad. Situación que se repite en el Grupo focal en donde fue necesario que la Coordinadora hiciera notar este "olvido"

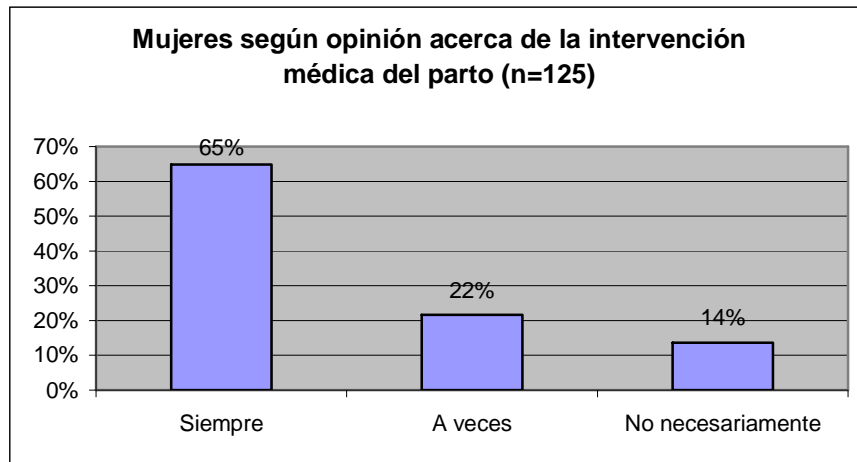


Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud

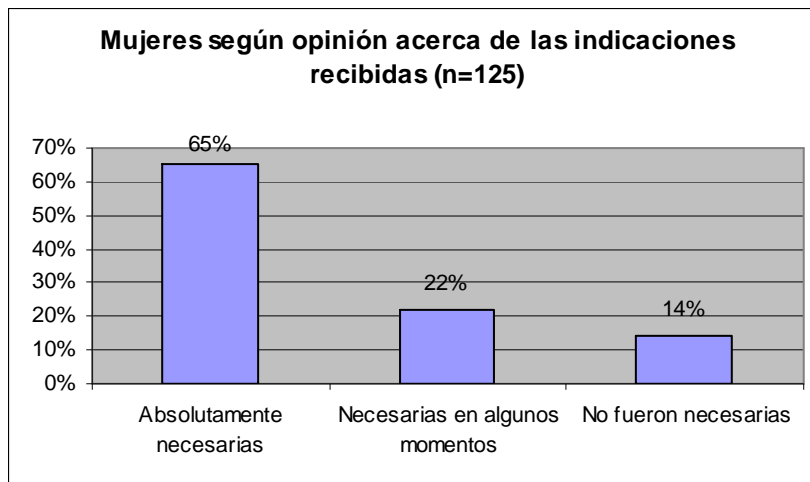
La hipótesis 4 : No hay una concientización de la población en la puesta en práctica de este modelo de atención

El cambio, que implica este modelo de atención con lleva la activa participación de la comunidad. Hablamos del parto como hecho natural de nuestras vidas. Eso implica que "podría" la mujer sin la necesidad de intervención médica, realizarlo sola. Sin embargo esto que no es totalmente aceptado por algunos de los miembros del equipo de salud se marca también en la respuesta dada por las mujeres. Puesto que, ante la pregunta si necesitan su atención por parte de un profesional para poder parir sólo el 14% responde

que no necesariamente y el 65% considera que las indicaciones recibidas fueron absolutamente necesarias.

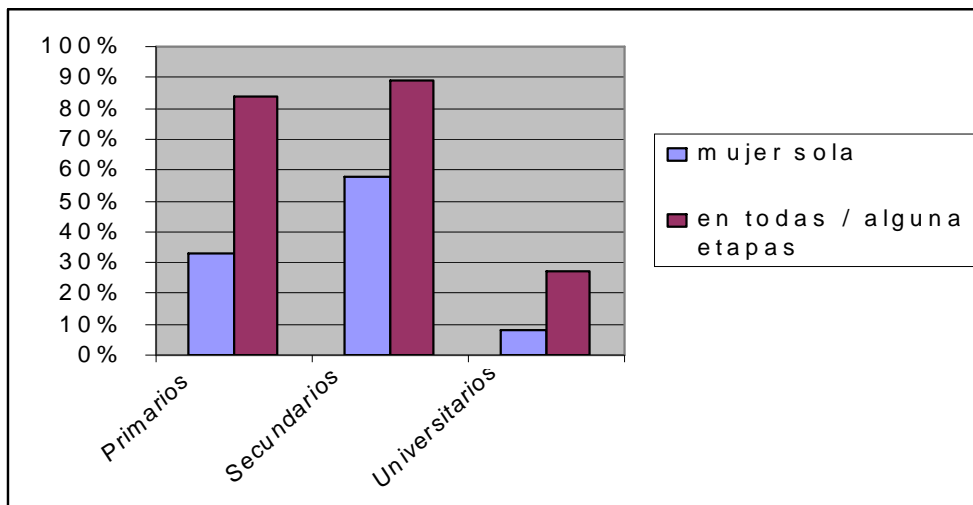


Fuente: elaboración propia en base a encuesta a las embarazadas



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a las embarazadas

Si vemos el nivel cultural y su opinión a si debe existir la participación del medico en el trabajo de parto en algunas de sus etapas o en todas, o podría realizarlo sola, el mayor porcentaje se inclina a la necesidad de la presencia de personal de salud en su atención



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a embarazadas

Al ingresar al Servicio Perinatal la política del mismo esta claramente definida desde carteles o mensajes que hablan de: Los Derechos de la Mujer, Los Derechos del Niño, los 10 pasos que se deben cumplimentar para que una Maternidad sea considerada Respetuosa, La importancia del compromiso del Hombre en la Salud Reproductiva .Los beneficios de la Lactancia materna .Con texto e imágenes .Al encuestar a la comunidad 6 de cada 10 acompañante dijeron que los habían leído al estar en el Servicio y que recién allí les habían hablado de ello. Es posible inferir entonces que la difusión es nula .Solo con los carteles no es suficiente, concientizar a la población y menos en un momento de sus vidas en donde la preocupación y prioridad esta puesta en la conclusión positiva de un evento vivido como de resolución medica..Es bueno recalcar que aquellos que pudieron participar (86%) de la comunidad opino que su presencia ayuda a la embarazada y validaron un 74% como buena la experiencia de hacerlo.

Sin embargo ante la pregunta SI conocían los derechos estos según lo observado en el grupo focal esta reconocido como limite punitivo si no se cumpliera y no como reconocimiento del ejercicio de un derecho." Para mi esta muy bien porque te atienden mejor ya saben que esta la ley y uno se puede quejar, que la cumplan. (Mujer 30 años)"(Grupo focal Comunidad)

Seria la percepción de poder exigir o de sentirse autorizados y no como merecedores, como simple sujeto de ejercerlo.

Es interesante comentar que cuando se pregunto a las personas que utilizaron del Servicio, que piensan que falta para mejorar la atención del mismo.

Si bien hubo una respuesta positiva en la atención recibida (60%).Las aclaraciones al contar su vivencia va dejando esta calificación no tan fiel al concepto de una buena atención (El 8%) reclama el trato de enfermería de internación .Trato referido a" somos tratadas como enfermas, sin embargo nos dicen que nos hagamos la cama y nos lavemos solas "El 46% restante divide su respuesta en 23% desearía un horario de visita mas amplio, para sentirse mas acompañada " si estuvieron conmigo en el parto porque ahora se tienen que ir? "Un 23% dice que le hubiera gustado saber el nombre del medico obstetra y neonatólogo, que la atendieron .Sin embargo, 6 de ellas si sabia el nombre de la partera y reconoció al identificador del recién Nacido .Es bueno, rescatar que ellas van notando que el anonimato del hospital publico no debe ser así y aunque esta comentado solo como deseo ya es clara la diferencia. Un 22 % había realizado el curso de preparación para la maternidad y manifestó que conocía la sala de parto y algunas personas del servicio y eso las ayudo.

Analizando los datos que nos da el Sistema Informatico Perinatal producto de la informacion de historias clinicas podemos ver el grado de cumplimiento a normas establecidas como beneficiosas por la evidencia cientifica

Ellas nos muestra :

- 1) Porcentaje de episiotomia : 5% Considerado como optimo
- 2) Porcentaje de cesarea :19.7% Considerado como superior al nivel de complejidad.
- 3) Porcentaje de cesarea seguida de parto : 52.8% Considerado como bueno
- 4) Porcentaje de partos verticales : Se observa un buen numero de partos en posicion vertical ya sea en cuclillas como sentada de 61.1%
- 5) La tasas de uso de ocitocina es buena de: 41.5%
- 6) Mortalidad Perinatal Optima : 1.4%°
- 7) Mortalidad Neonatal Precoz : 1%0 es optima .
- 8) Mortalidad materna :0
- 9) La consejeria de Salud reproductiva Va mostrando una mayor produccion 71.79%
- 10) Es importante el numero de partos con acompañamiento de un familiar 65.9%

El proceso de transformación del Modelo de atención se ve reflejado en sus datos estadísticos en donde existe un importante grado de cumplimiento a Normas de medicina basada en evidencia (MBE) .

SUGERENCIAS DE POLITICAS

Uniendo nuestra historia Institucional, en base a lo transitado y el análisis de las encuestas y grupos focales, se plantea las siguientes ideas para ayudar a la implementación de un cambio en el Modelo de Atención

El trabajo en equipo da un entrenamiento en el diálogo, la comunicación y encuentro con otras disciplinas, Es necesario, para ello, abordar la incapacidad de la hegemonía médica de poder sumarse como un integrante más, a sus pares.

Parece necesario incorporar en la formación de pregrado y de grado de manera formal y no solo declamatorio el concepto de salud desde el componente psíquico, social, como físico. Relacionar las formas de vida, los valores, creencias, las experiencias cotidianas de las poblaciones y sus conductas

Comprender que existen otras formas de saberes. Aprender del otro. Esto significa un esfuerzo entre ser aprendido y enseñar, un esfuerzo en el propio imaginario, en la propia mirada, que no surge solo con la reflexión personal sino que debe ser impartida desde la teoría y la práctica. Esto es parte del desafío y del encuentro.

Profundizar el conocimiento de la población, esforzándose por descubrir sus espacios y poder llegar a ellos en un lenguaje claro, práctico y efectivo

Replantear las maneras de comunicación con la comunidad, involucrándolos como parte responsable de su salud

Trabajar las relaciones de poder, que se transmiten en las enseñanzas de pregrado de todas las áreas del sistema sanitario. Valorizando el papel que cada uno de sus integrantes aporta al equipo

Respetar las idiosincrasias de la gente, reflexionando sobre la dimensión socio-cultural, las representaciones y las prácticas que se aplican en la atención.

Mejorar las estructuras edilicias brindando espacios con calidez, que atraiga a las personas y no constituya un obstáculo para atender un hecho simple pero importante en nuestra vida.

Para ello serían necesarias implementar algunas estrategias

Estrategias

Concientizar a las personas que tienen la responsabilidad de conducir sobre la importancia que tiene este modelo de atención

Sensibilizar al personal involucrado: a todo el recurso humano que trabaja en los servicios con respecto al conocimiento de los derechos de las personas, como miembros de la comunidad.

Poner al acceso de todos material bibliográfico de documentos que incluyan los emitidos por las organizaciones como OMS, OPS, Normas Clínicas Coalición para mejores nacimientos, etc

Sería deseable una inversión en capacitación e intercambio de experiencias, así como generar un espacio para su participación activa en el proceso.

Se podría impulsar el desarrollo desde las sociedades científicas para validación del modelo de atención

Siguiendo con la propuesta de ver que factores están facilitando como obstaculizando la implementación de las Maternidades Centradas en la Familia se realiza a continuación un análisis a través del FODA

FORTALEZAS (interno)

Existe una comunidad, asistida en el Departamento Perinatal que podría ser incluidas en los mecanismos de participación y movilización comunitaria que plantean los modelos de sistemas de salud que promueve esta reforma.

Los componentes de salud están en condiciones de aportar con lecciones aprendidas, para el desarrollo de políticas y programas de salud, derechos a un parto respetuoso, normas de atención basada en evidencia. Existe un ejercicio en la practica diaria de un trabajo transdisciplinario

Existe una experiencia de trabajo intersectorial en las áreas de: Promoción de los derechos de la madre y el niño, contención de los adolescentes y atención de sociopatías que pueden ser un aporte al proceso de institucionalización de instancias intersectoriales y generación de políticas saludables.

El diseño del Departamento Perinatal desde su infraestructura, invita a la inclusión de la comunidad

Hay un registro informático, a través de la Historia Clínica Perinatal , que muestra los resultados del modelo de atención, para su monitoreo

DEBILIDADES Desafíos (interno)

Falta un afianzamiento en el proceso de aceptación de una responsabilidad compartida entre el equipo de salud (médicos y parteras) y la familia en la toma de decisiones.

Hay poca capacitación y conocimiento en el personal involucrado del Hospital en general y no solo en Área Materno Infantil , en los conceptos básicos de una Maternidad Centrada en la Familia

No existen indicadores de evaluación al desempeño con incentivos a buenas prácticas que fortalecerían el sostenimiento del modelo.

Se debe generar espacios para compatibilizar el porque de la necesidad del cambio de paradigma

Trabajar la Resistencia al cambio de un sector que ve debilitado su poder hegemónico

OPORTUNIDADES

Existen mandatos legales provenientes de conferencias y compromisos internacionales a nivel de gobiernos y de Documentos de OPS / OMS que validan este modelo de atención que permitirían abogar por su implementación.

El tema esta instalado en la comunidad para su aceptación o no, desde que se aplica en este Servicio.

La Organizaciones de la Sociedad Civil han incorporado la temática de un parto respetuoso y son promotoras de su defensa.

Los cambios en los condicionantes externos de la salud como la globalización, perfiles epidemiológicos, inequidad, transición demográfica han redimensionado y reorientado la demanda en los servicios maternos infantiles.

Recientemente, por Resolución 348/2003 las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica .Bs. As., 21/5/2003 Promueven la idea que la

mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones "Centradas en la Familia

AMENAZAS – Riesgos

Si los niveles de conducción de la salud de la madre y el niño no tienen una propuesta estratégica, ni desarrollan una labor de abogacía para institucionalizarse e instalar su agenda en los procesos de reforma en su cambio de atención, quedaran fuera de él y perderán todo lo avanzado hasta la actualidad.

Si se mantienen comportamientos temáticos en el sector (salud sexual y reproductiva, ETS, atención neonatal consultorio de adolescencia control prenatal, etc.) en desmedro de intervenciones estratégicas e integrales se seguirán duplicando acciones y lo peor se pierde el hilo conductor filosófico del mismo.

Si los RRHH que están involucrados en la misma y se encuentran trabajando en ella no tienen espacios académicos para poder concientizar sobre el cambio de paradigma en la atención, sus acciones y diseño institucional, no estarán en condiciones de incluirse en la oferta en salud, ni en la formación de RRHH.

No hay evaluadores externos como una estrategia transversal para el seguimiento de los procesos de reforma, en donde se monitoree el desarrollo organizacional.

De no difundirse sistemáticamente las lecciones aprendidas sobre Maternidad Centradas en la familia en términos de rentabilidad social, no se avanzará en colocar el tema en la agenda pública, ni facilitar inversiones en el área.

Si no se realiza una inversión constante en la difusión y concientización de la comunidad en las áreas de promoción, prevención y fortalecimiento de salud de madres y niños, no se avanzará a legitimar el tema, valorarlo y detallarlo como una agenda viable.

Si el equipo de salud no tiene una comprensión holística de la salud con valoración de la riqueza de conocimientos interdisciplinarios, difícilmente cambie la manera sanitaria de atención.

No hay una dimensión de los procesos sociales sobre los que impacta el cambio conceptual de integralidad que contiene la propuesta de esta modalidad de atención

Si los agentes de la salud no tienen formación y habilidades para desarrollar trabajo intersectorial con mirada estratégica y de construcción de poder compartido, no estarán en condiciones de hacer posible el núcleo del trabajo en el tema.

De no darse cambios sustantivos, no declamatorios en la formación curricular del recurso humano que parecieran no estar revalorizando estos temas adecuadamente, no podrá sostenerse el modelo.

La pobreza y la baja escolaridad, somete a la comunidad a no reclamar sus derechos cuando requiere la atención de su salud

Si no se valora como estrategia, de bajo costo para disminuir la morbimortalidad materna e infantil la intervención oportuna en un proceso natural de la vida y se subestima la aplicación de la misma a una corriente ideológica quedara limitada a acciones de buena voluntad.

Si las Sociedades científicas no se hacen parte del cambio se perderá la oportunidad de instalar el tema en la agenda pública.

No se registran los suficientes estudios sobre el seguimiento de Maternidades Centradas en las Familias y sus resultados Perinatales

Si los sistemas de salud y la población, mantienen una conducta de exclusión del varón., marcando el evento de la maternidad como un acontecimiento materno infantil, será difícil incorporarlo en esta característica de maternidad

CONCLUSIONES FINALES

Un proceso es, según la real academia española, un transcurrir en el tiempo, Un ir hacia delante. El desafío pareciera estar puesto en varias aristas: en la educación formal universitaria , en la comunidad, y por ultimo en el sostén de acompañamiento de un tema puesto en la agenda publica como es el respeto a la dignidad que forma parte de la política de estado.

Educar como ¿Para que? Subyace en todo lo que vemos una pregunta: ¿como educamos desde la universidad y desde los servicios de salud a los futuros profesionales? Las universidades son reconocidas como unidades complejas, con objetivos múltiples y ambivalentes en la enseñanza, en las investigaciones y en sus practicas .Sin embargo es importante explorar en su cultura organizacional porque cada quehacer, cada practica, que se ejecuta tiene siempre implícito una teoría, un concepto. Si se pretende una política sanitaria que modifica el esquema tradicional de enseñanza la potencialidad de las universidades debe acompañar la filosofía, como factor facilitador para aplicar estrategias que involucran prácticas sociales. Si bien existe una explosión del conocimiento científico –tecnológico también hay un giro de enfoque con un importante aporte de las ciencias sociales que han permitido el redimensionamiento de los determinantes de problemas de salud pública y el conocimiento de factores socioculturales que influyen en la población. Eso implica un replanteo en las capacidades de interacción entre este profesional en formación y su comunidad, como miembro y parte de ella. El concepto actual de salud y equidad se debe construir a partir de las definiciones de justicia ya planteadas por Aristóteles, es decir una acción intencionada de una sociedad en base a una justicia social , distributiva y correctiva. Sin duda es un largo camino a recorrer, entre esta educación “escolar”, de aulas y transmisión de conocimientos, evaluando alumnos por adquisición de información requerida .Con una racionalidad técnica Aislándolo de la realidad en donde deberán desempeñarse. Esto tiene una implicancia mayor, cuando se intenta poner en la práctica un cambio de modelo de atención que va más allá de la respuesta individual para comprometer lo organizacional, lo institucional, incluyendo obligadamente a quienes coordinan o dirigen la misma. Aquí merece una reflexión el grado de flexibilidad de la propuesta curricular, del modelo de práctica que se ejerce en las instituciones de salud, y su capacidad de interpretar su pertinencia y compromiso social.

La capacitación continua de los equipos de salud , con el fin de promover la utilización de practicas basadas en evidencia con la correcta aplicación de la tecnología no solo es un deber del personal de salud , sino que constituye el ejercicio pleno de un derecho de la población.

Es justo reconocer que, el cambio se vislumbra, estamos viendo en la práctica el accionar diferente de los médicos de familia, de médicos generalistas , quienes muestran un accionar diferente en su interpretación de atención y por consiguiente de su modo de actuar e interactuar con la comunidad, formando parte de ella.

El otro componente a tener en cuenta tan importante como el anterior es la comunidad que deberá ir tomando participación, consciente de su corresponsabilidad en las decisiones que involucren su salud. No me animaría hablar hoy de una nueva paternidad .Si creo que hay una gran necesidad de ello y que es impostergable. En nuestra cultura todavía los hijos son más de la madre que del padre. Se cree que ella (por haberlo llevado en su vientre) esta mas “autorizada”, que sabe mas y entiende mejor del tema. Esto es un determinante biológico que cuesta transformar .Los hombres son colaboradores, pero esto no es ser protagonista, el rol paterno es aun secundario y muy poco reconocido como vemos en la encuesta al equipo de salud quien le asigna a este rol un 12%. Existe, entonces un discurso, imágenes televisivas, avisos, películas que muestran un cambio a un hombre mas sensible .Pero responde más a un deseo que a una realidad. Una parte importante de hombres aun siente que tiene que pedir permiso

para ser padres Hablar de un nuevo modelo paterno es bueno pero eso implica evolución, se les esta pidiendo que participen mas y se los critican cuando lo hacen a su modo y no al modo materno. Mientras sea solo el discurso, y no exista una evolución en la sociedad de su incorporación en todo el proceso estamos hablando de una paternidad más cosmética que real.

Además, creo que cuando la salud pública se desprenda de sus ataduras y limitaciones y tome conciencia de sus potencialidades será un instrumento mas de justicia, superando la indiferencia o la resignación. Las Maternidades Centradas en la Familia no han surgidos por que si , en estos momentos existen condicionantes que hicieron que se planteara en la agenda publica el tema de la salud con equidad y su relación con la justicia y la ética se ha renovado e intensificado en la ultima década siendo motivo de análisis en foros, debates, investigaciones, publicaciones, declaraciones El sostenerlo es el desafío Los cambios nos involucran a todos: instituciones, sociedad, políticas públicas Porque en definitiva todos ocupamos un lugar en ellas.

Dejo para el análisis, de las personas que estén formadas para esto, el interpretar que causa profunda hizo que esta provincia San Miguel de Tucumán , con un duro antecedente historico ,sea uno de los bastiones de cambio de paradigma en la atención basado en el ejercicio de los derechos humanos .

BIBLIOGRAFIA

1. LEBOYER, Frederick. Por un nacimiento sin violencia. México: Editorial Daimón, 1977
2. Michel Odent Cientificación del amor .Argentina Edición en español 1999.Editorial Creavida.
3. Embarazo y parto del Parto Alternativas y retos Edición (2004), Ediciones Médicis.
4. OMS. El nacimiento no es una enfermedad", Declaración de Fortaleza, Brasil 1985. Lancet 1985 ,8452-II,456-7
5. R.J. Cook, "Advancing Safe Motherhood Through Human Rights". Presentation at Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 October 1997
6. Revista Sarda N: 4 Maternidades Centradas en la familia, Miguel Larguía . Buenos Aires .1998.
7. AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe, <http://www.agreecollaboration.org>),junio 2001
8. Resolución 348/2003 las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, Bs. As., 21/5/2003
9. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centrada en la Familia ,Resolución Ministerial N:647 , del 5 diciembre 2003.
10. La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró del 2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil.
11. Equity in health and health care. WHO/SIDA initiative. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document WHO/ARA/96.1; available on request from Department of Organization of Health Services Delivery, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
12. Lic Lela Mir Candal ,Construyendo el reencuentro de la Antropología y la Medicina p4.2000
13. 13-Davis Floyd .Del Medico al Sanador ,pag15.Editorial Creavida Buenos Aires .Mayo 2004
14. Baer, Hans, Merrill Singer & Ida Susser. Medical Anthropology and the World System. A critical perspective. Greenwood Publishing Group. USA,p13. 1994
15. Grossinger,R.,Planet Medicine ,Shambala, Boulder, 1982
16. Rothman ,BK.,In Labor: womenand Powerin the Birthplace Nueva York,1982.(Reimpreso con el titulo Giving Birth : Alternatives in childbirth ,Penguin Books, Nueva York,1985)
17. Jordan Brigitte El nacimiento en cuatro culturas ,Waveland Press,Propect Heights,Illinois,1993
18. DiGiacomo ,S.," Biomedicina as a Cultural System: An Antropologist in the kingdom of the sick,p315-346,Nueva York1987
19. Davis Floyd ,R.,"El nacimiento como un rito" ,Universidad de California Press ,Berkeley,1992
20. Federico tobar "Definiendo la misión del hospital".Tecnología & Salud. Año 1- Número 2. Agosto. Páginas 8 y 9.
21. PETERS. Joseph. P. El proceso de planificación estratégica para hospitales. Masson. Barcelona 1992. Página 10.
22. BURMENSTER, Haino & RICHARD, Jean Pierre. "Planejamento e Gerencia Estratégicos" en: CASTELAR Rosa Maria, MORDELET, Patrick & GRABOIS, victor. Gestão Hospitalar. ENSP. Rennes. 1993. Página 107.
23. ACKOFF, Russell,L. Creating the Corporate Future. Nueva York. John Wiley & Sons. 1981. Página 107

24. Money y Ehrhardt "Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género". Editorial Morata, Madrid, 1982.
25. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centrada en la Familia ,Resolución Ministerial N:647 , del 5 diciembre 2003
26. Resolución 348/2003 Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica .Bs. As., 21/5/2003
27. Bourdieu y Wacquant "Invitación a la reflexión sociológica" Amorrortu 1992. Pág. 171
28. Hodnett ED. Apoyo a las parturientas brindado por asistentes (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
29. Modelo sarda maternidades centradas en la FAMILIA Dr. Miguel Larguía Jefe de División Neonatología. Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá, revista Sarda N:
30. CIMS. Coalición para mejores Nacimientos. Maternidad Segura.
31. Gupta JK, Nikodem VC. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). In: The Cochrane Libra. Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

ANEXOS

Encuesta al Personal de Salud

Edad: _____

Profesión: _____

1_ Conoce Ud. el termino Parto Respetuoso

Si No

2- Conoce Ud. la Ley Nacional 25929: Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento

Si No

3- Ud. cree que es factible la aplicación de las Maternidades Centradas en la familia?

Si No

Si su respuesta es Si: nombre 3 factores que ayudan a aplicarla

A.

B.

C.

Si su respuesta es no: Nombre 3 factores que obstaculizan su implementación:

A.

B.

C.

4- Ud. considera que :El parto es un acto medico?

Si No

5- Marque la respuesta que considera más cercana a su pensamiento

La mujer puede realizar el trabajo de parto y parto sola, con la observación del personal de salud

La mujer debe realizar su trabajo de parto con la intervención del personal de salud en todas sus etapas

La mujer debe realizar su trabajo de parto con la intervención del personal en algunas de sus etapas

6- Las maternidades Centradas en la familia deben reunir para su aplicación algunos requisitos .Cual seria para Ud. el porcentaje necesario de 0 a 100% en cada ítem :

Infraestructura

Política Sanitaria

Capacitación del Recurso humano

Cambio Generacional del Recurso Humano

- Característica personal de la Embarazada
- Otro .Cual?

7- Concurrir a la consulta o a la internación, acompañada de un familiar o amigo Ud. piensa que facilita o dificulta la tarea del personal de salud?

- Facilita
- Si cree que facilita: como ayuda en el parto
- Por su rol de paternidad

- Dificulta.
- Porque interfiere en el parto
- Porque se impresiona

- Es mejor si es mujer

8- Algunas personas consideran que hay experiencias de vida que otorgan algún conocimiento sobre el estado de salud Ud. esta de acuerdo

- De acuerdo siempre En desacuerdo
- De acuerdo a veces

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A PERSONAL DE SALUD

N=74

Edad	f	%
20-25	5	7%
26-30	18	24%
31-35	14	19%
36-40	12	16%
41-45	12	16%
46-50	9	12%
51-55	4	5%
TOTAL	74	100%

Profesion	f	%
Id. recién nacido	9	12%
Psicologas	2	3%
Obstetras	15	20%
Enfermeras	13	18%
Parteras	14	19%
Anestelistas	4	5%
Neonatólogos	10	14%
Administrativos	7	9%
TOTAL	74	100%

Conoce Parto Respetuoso	f	%
Sí	66	89%
No	7	9%
N/S N/C	1	1%
TOTAL	74	100%

Ley 25929	f	%
Sí	32	43%
No	41	55%
N/S N/C	1	1%
TOTAL	74	100%

Maternidad Centrada Familia	f	%
Sí	64	86%
No	9	12%
N/S N/C	1	1%
TOTAL	74	100%

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A PERSONAL DE SALUD

N=74

Factores de aplicación	N	%
Infraestructura	25	28%
Educación comunitaria	17	19%
Capacitación RRHH	22	24%
Comunicación social	9	10%
Política sanitaria	5	6%
Humanización	11	12%
N/S _ N/C	1	1%
TOTAL	90	100%

PARTO ACTO MEDICO	N	%
Sí	36	49%
No	37	50%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	74	100%

OPCION DE RESPUESTA	N	%
Mujer sola	25	34%
personal salud todas etapas	27	36%
personal salud algunas etapas	22	30%
TOTAL	74	74

CONCURRENTE ACOMPANADA	N	%
Facilita	57	77%
Dificulta	17	23%
TOTAL	74	100%

Facilita	N	%
Como ayuda en el parto	25	44%
Por su rol de paternidad	7	12%
Por ayuda parto y por su rol paternidad	17	30%
N/S - N/C	8	14%
TOTAL	57	100%

Dificulta	N	%
Porque interfiere en el parto	3	18%
Porque se impresiona	2	12%
Porque interfiere y se impresiona	12	71%
TOTAL	17	100%

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A PERSONAL DE SALUD

N=74

Es mejor si acompañante es mujer	N	% Total de sujetos
Facilita	16	28%
Dificulta	8	47%
TOTAL	24	75%

EXP DE VIDA...	N	%
De acuerdo siempre	14	19%
De acuerdo a veces	30	41%
En desacuerdo	29	39%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	74	100%

ENCUESTA A LA EMBARAZADA

Edad: _____ Lugar de residencia:

Estudio primario

Estudio secundario

Estudio universitario

Casada Soltera En pareja

Viuda Divorciada / separada

Cuantos embarazos tuvo? _____

Cuantos hijos tiene? _____

Trabaja si no

1- Quien la recibio al llegar a la atencion del parto

Medico partera enfermera otro

2- Cuando realizo su parto tuvo algunos de estos sentimientos?

(Marque los que quiera)

Angustia Miedo Tranquilidad

Felicidad Dolor

3-Recibió indicaciones de posiciones, respiración, pujo ¿por parte de quien?

Obstetra Partera Neonatólogo

Las pudo cumplir? si no

4-¿Cree que fueron necesarias?

a. Absolutamente necesarias

b. En algunos momentos

c. No fueron necesarias

5- Piensa que el medico debe atender el parto?

Siempre a veces no necesariamente

6- Ante la presencia de un acompañante en el parto Ud. sintió:

Vergüenza Alegría Compañía

Respeto Presionada

7- Con quien le hubiere gustado estar acompañada en el parto?

Madre Amiga Hermana

Amigo Padre Su pareja

8- Alguien le contó sobre el parto?

Si No

9 – Con quien hablo de ello?

Madre Amiga Charla Medico Partera
Pareja Padre

10- Cuando su pareja la acompaño en trabajo de parto

Pudo permanecer todo el tiempo con Ud.

No le permitieron entrar a sala de parto

11- Se respetaron sus decisiones en el parto?

Si No

12- Conoce cuales son sus derechos en relacion a estar acompañada.

Si No

13- Considera que el parto es un acto medico ?

Si No

14_ Marque la respuesta que considera más cercana a su pensamiento

La mujer puede realizar el trabajo de parto y parto sola, con la observación del personal de salud

La mujer debe realizar su trabajo de parto con la intervención del personal de salud en todas sus etapas

La mujer debe realizar su trabajo de parto con la intervención del personal , en algunas de sus etapas

15- Ud piensa que es mejor para su bebe y para Ud.?

Marque una opcion : Parto Cesarea

16 – Que piensa Ud que falta para mejorar esta atención?

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A EMBARAZADAS

N=125

Edades		%
15 -20 años	34	27%
21 -25 años	40	32%
26 -30 años	26	21%
31 -35 años	11	9%
36 -40 años	10	8%
41 -45 años	3	2%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	125	100%

Lugar de residencia		%
Urbano	50	40%
Rural	74	59%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	125	100%

Estudios Cursados		%
Primarios	52	42%
Secundarios	60	48%
Universitarios	13	10%
TOTAL	125	100%

Estado Civil		%
Casada	38	30%
Soltera	24	19%
En pareja	57	46%
Viuda	1	1%
Divorciada /Separada	5	4%
TOTAL	125	100%

Cantidad de embarazos		%
1 Embarazo	52	42%
2 Embarazos	25	20%
3 Embarazos	16	13%
4 Embarazos	17	14%
5 Embarazos	4	3%
6 Embarazos	4	3%
7 Embarazos	0	0%
8 Embarazos	5	4%
9 Embarazos	2	2%
TOTAL	125	100%

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A EMBARAZADAS

N=125

Cantidad de Hijos		%
1Hijo	52	42%
2 Hijos	29	23%
3 Hijos	20	16%
4 Hijos	13	10%
5 Hijos	3	2%
6 Hijos	3	2%
7 Hijos	1	1%
8 Hijos	3	2%
9 Hijos	1	1%
TOTAL	125	100%

Trabaja		%
Sí	32	26%
No	93	74%
TOTAL	125	100%

La Recibio en el parto		%
Médico	36	29%
Partera	67	54%
Enfermera	19	15%
Otro	3	2%
TOTAL	125	100%

Sentimientos durante parto		%
Angustia	14	10%
Felicidad	37	26%
Miedo	43	30%
Dolor	37	26%
Tranquilidad	12	8%
N/S - N/C	2	1%
TOTAL	145	100%

Indicaciones pujo/ respiracion		%
Por el Obstetra	33	26%
Por la Partera	67	54%
Por el Neonatólogo	4	3%
No recibió	21	17%
TOTAL	125	100%

Pudo cumplir indicaciones		%
Sí	124	99%
No	1	1%
TOTAL	125	100%

Las indicaciones fueron...		%
Absolutamente necesarias	81	65%
Necesarias en algunos momentos	27	22%
No fueron necesarias	17	14%
TOTAL	125	100%

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A EMBARAZADAS

N=125

El médico debe atender parto		
Siempre	65%	81
A veces	22%	27
No necesariamente	14%	17
TOTAL	100%	125

Ante presencia acompañante parto sintio		
Vergüenza	9	7%
Respeto	16	13%
Alegria	9	7%
Presion	4	3%
Compañia	83	66%
No quiso acompañante	4	3%
TOTAL	125	100%

Me gustaria ser acompañada parto por..		
Madre	31	25%
Amigo	0	0%
Amiga	6	5%
Padre	4	3%
Hermana	6	5%
Pareja	62	50%
N/S - N/C	16	13%
TOTAL	125	100%

Alguien le conto sobre el parto		
Si	90	72%
No	34	27%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	125	100%

Con quién habló sobre el parto		
Madre	40	32%
Amiga	29	23%
Charla	9	7%
Médico	4	3%
Partera	1	1%
Pareja	10	8%
Padre	0	0%
No habló	6	5%
Familia	19	15%
N/S - N/C	7	6%
TOTAL	125	100%

Pareja en el trabajo de parto		
Pudo permanecer	86	92%
No le permitieron entrar	26	7%
N/S - N/C	13	1%
TOTAL	125	100%

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A EMBARAZADAS

N=125

Se respetaron sus decisiones parto		%
Si	115	92%
No	9	7%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	125	100%
Conoce sus derechos de estar acompañada		%
Si	94	75%
No	31	25%
TOTAL	125	100%
Considera al parto un acto medico		%
Si	89	71%
No	36	29%
TOTAL	125	100%

Frase acorde a su pensamiento: en parto		%
Mujer sola observada por personal salud	12	10%
Personal salud interviene todas sus etapas	76	61%
Personal salud interviene en algunas etapas	37	30%
TOTAL	125	100%
Para bebe y mujer es mejor		%
Parto	85%	106
Cesarea	14%	17
N/S - N/C	2%	2
TOTAL	100%	125

Para mejorar la atencion falta		%
No falta nada	75	60%
horario de visita mas amplio	28	22%
infraestructura	6	5%
Médicos se identifiquen con pacientes	16	13%
TOTAL	125	100%

ENCUESTA A UN ACOMPAÑANTE

Edad

Que relacion tiene con la embarazada : Amiga Hermana
Pareja Padre
Madre

1- Ud la acompaño en el control de su embarazo ?

Si No quiso No le permitieron

Le dieron la posibilidad de hacerlo

2- Como vivio la experiencia de acompañarla ahora en el parto ?

buena mala

Porque:-----

3- Cree que la presencia de alguien conocido ayuda a la embarazada?

Si No

Porque :-----

4-Considera que al personal del Servicio (medicos , sicologas,enfermeras, parteras ,
identificador del recién nacido, ,administrativos),les interesa su presencia en las salas de
parto ?

Si No

5 –Leyó UD los carteles en el Servicio que hablan de sus derechos ¿Le parece que se
pueden cumplir?

Si No

Porque:

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A ACOMPAÑANTES

N=69

Edad		%
15 - 20 años	5	7%
21 - 25 años	12	17%
26 - 30 años	14	20%
31 - 35 años	10	14%
36 - 40 años	8	12%
41 - 45 años	7	10%
46 - 50 años	6	9%
51 - 55 años	5	7%
56 - 60 años	1	1%
66 - 70 años	1	1%
TOTAL	69	100%

Acompañante		%
Amiga	6	9%
Hermana	13	19%
Pareja	30	43%
Padre	6	9%
Madre	10	14%
vecina	3	4%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	69	100%

Compañía Control		%
Si	36	52%
No quiso	15	22%
No le permitieron	15	22%
Le dieron la posibilidad de hacerlo	3	4%
TOTAL	69	100%

Experiencia		%
Buena	51	74%
Mala	17	25%
N/S - N/C	1	1%
TOTAL	69	100%

Su Presencia Ayuda		%
Si	59	86%
No	10	14%
TOTAL	69	100%

RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADAS A ACOMPAÑANTES
N=69

Al Personal le interesa su presencia		%
Si	48	70%
No	21	30%
TOTAL	69	100%

Leyo Carteles Derechos		%
Si	44	64%
No	25	36%
TOTAL	69	100%

