



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Licenciatura en Comunicación Social

**Análisis Comunicacional: Representaciones de las mujeres
primíparas acerca del parto**

Autora: Débora Soledad Cívicos

Director: Marcelo Loaiza

Año 2023

Dedicatoria

*A mi hija Emma, y a mis hijos, Santiago y Ulises.
Fuente de motivación para mi perseverancia y empeño.*

Índice

| | |
|---|-----|
| Resumen | 4 |
| Introducción | 5 |
| Capítulo 1: El problema de investigación | 8 |
| 1.1 Descripción del objeto de estudio..... | 8 |
| 1.2 Objetivos | 9 |
| Objetivo general | 9 |
| Objetivos específicos..... | 9 |
| 1.3 Preguntas de investigación | 9 |
| 1.4 Marco Teórico-Methodológico | 10 |
| 1.4.1 Estado del arte..... | 10 |
| 1.4.2 Parto y Maternidad..... | 17 |
| 1.4.3 El Modelo Médico Hegemónico..... | 22 |
| 1.4.4 Relación Médico-Paciente | 27 |
| 1.4.5 El concepto de Representación Social..... | 300 |
| Capítulo 2: Maternidad y parto como un hecho cultural | 34 |
| 2.1 El accionar del Modelo Médico Hegemónico | 34 |
| 2.2 La Construcción Social del Dolor..... | 42 |
| 2.3 La Maternidad como un hecho cultural..... | 45 |
| Capítulo 3: Parto Respetado..... | 51 |
| 3.1 Comunicación Médico - ¿paciente?..... | 51 |
| 3.2 ¿Comunicación o Información? | 577 |
| Conclusiones | 64 |
| Bibliografía..... | 66 |

Resumen

El presente trabajo aborda las representaciones sociales con respecto al embarazo y al parto que poseen las mujeres primíparas, considerando que las mismas se producen y reproducen por medio de la interacción que se entabla tanto con otras personas, como con el medio circundante. Dado que, en la sociedad actual, la atención biomédica a la reproducción está inscripta dentro del Modelo Médico Hegemónico, el cual privilegia el empleo de tecnología sofisticada y aísla a los individuos de su condición social-histórica, se hace necesario comprender e identificar qué representaciones tienen las mujeres primíparas sobre el parto, teniendo en cuenta la información que poseen sobre el tema, sus creencias e historias.

Asimismo, la relación médico/paciente se configura como una relación de subordinación social y técnica del paciente, donde la información que la mujer gestante pueda aportar es descartada ante los discursos y prácticas médicas que influyen en la toma de decisiones, en el caso de tener que optar por un parto natural o por una cesárea.

A partir de otorgar una gran importancia a que las mujeres tengan un conocimiento previo adecuado, conocimiento informado, para poder decidir por ellas mismas qué tipo de parto quieren llevar a cabo, esta investigación tiene por objetivo identificar y analizar las representaciones de las mujeres primíparas de entre 20 y 35 años acerca del parto, que se hayan atendido en centros de salud públicos y/o privados de la ciudad de General Roca, provincia de Río Negro, durante el periodo marzo/abril del año 2017.

Para ello, el trabajo metodológico llevado a cabo consistió en la realización de entrevistas individuales a once (11) mujeres de nacionalidad argentina y de clase socioeconómica media, seleccionadas de manera no probabilística intencional, a fin de conocer su experiencia y su percepción acerca de la situación vivida, cómo debería haber sido o cómo esperaban que fuera.

La relevancia de este trabajo consiste en que se trata de un tema sobre el cual existe poca investigación desde el campo de la comunicación, además de ser una realidad que afecta de manera especial la salud de las mujeres, por lo cual se espera que los datos encontrados sirvan para ampliar el conocimiento sobre este tema tan sensible y para enriquecer a los futuros profesionales de la comunicación que deseen ampliar esta investigación.

Introducción

Luchar por un embarazo y parto respetado es reivindicar la autonomía corporal femenina, la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres y transformar lo personal en político.
Felitti (2011)

El presente proyecto de investigación aborda las representaciones que tienen las mujeres primíparas acerca del parto, entendiendo al parto no sólo como un proceso fisiológico, sino también como un acontecimiento cargado de significados culturales y creencias, en el que cada sociedad proporciona las representaciones que la ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y control. Se nace en una época y en un determinado contexto, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a entenderlo (Montes Muñoz, 2007).

Entendiendo que es a partir de las representaciones sociales (RS) que las personas producen los significados necesarios no solo para comprender lo que acontece en el mundo, sino también como un modo para comunicarse y actuar, esta investigación se basa en los principios de la Escuela Clásica, cuyo principal referente es la Dra. Denise Jodelet, quien se destaca por su investigación teórica y empírica sobre representaciones sociales con aplicación en el campo de la salud, el cuerpo y el medio ambiente. Desde esta corriente de pensamiento, priman las técnicas cualitativas, las entrevistas en profundidad y los análisis de contenido.

Las representaciones integran fenómenos cognitivos con implicaciones afectivas y normativas, que moldean una determinada manera de interpretar la realidad, y que dan sentido a la experiencia, estableciendo un modo de acción dentro de un grupo en un tiempo histórico determinado. (Jodelet, 2003, p.52)

De este modo, se tendrán en cuenta distintas estrategias de comprensión de la realidad social de los sujetos que conforman un grupo, en este caso de las mujeres primíparas, considerando que las RS son, según Jodelet (2003), conocimiento espontáneo. “Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición y la comunicación social” (Jodelet, 2003, p.67).

Cabe aquí destacar que la presente tesis se posiciona en la línea Comunicación y cultura, entendiendo que:

La comunicación es un proceso humano fundamental, que preside y enmarca la vida del hombre, tanto en su construcción como individuo como en su inmersión en lo social. Lo comunicativo está en la base de la mayoría de las prácticas sociales y es el proceso que posibilita la vida de relación. En tal sentido, toda práctica social involucra, en diversos grados, una forma de práctica comunicativa. (Zalba y Bustos, 2001, p.37)

Así, las representaciones sociales se producen y reproducen por medio de la interacción que se entabla tanto con otras personas, como con el medio circundante. Además, orientan en el modo de actuar y percibir el entorno, por lo tanto, dependen, o al menos están estrechamente relacionadas, de las posiciones y pertenencias de clase y las actividades de los sujetos.

En el caso concreto de la mujer primípara, su interacción social, su vida social, se verá modificada durante el lapso que perdure su embarazo y parto, a su vida cotidiana se le sumarán controles médicos periódicos, y comenzará a relacionarse de manera habitual con su médico/a. Sus palabras, la información que le aporte u omita, el modo en el que se comunique con ella, podría modificar la representación social que ella haga respecto del proceso.

En este punto, es menester reparar en la atención médica con la que se encuentra la mujer al momento de la concepción, dado que, a través de la historia, el cuerpo de la mujer y el parto específicamente, han sido ensayados y tomados como objeto de estudio. Por ende, comprender qué en la sociedad actual, la atención biomédica a la reproducción está inscrita dentro del Modelo Médico Hegemónico (MMH), resulta crucial para avanzar con este proyecto.

El MMH privilegia el empleo de tecnología sofisticada, reduce a los individuos a su dimensión física aislándolos de toda condición social-histórica, y la relación médico/paciente se percibe como asimétrica, en la cual se establece una relación de subordinación social y técnica del paciente (Menéndez, 1984). De este modo, la información que la mujer gestante pueda aportar es descartada mediante criterios “científicos”. Es decir, los servicios médicos, sus discursos y prácticas se imponen socialmente y construyen el eje alrededor del cual gira la experiencia del proceso procreativo.

Con respecto a esto, Brigitte Jordan (1993) introduce el concepto de “conocimiento autorizado” como aquel construido socialmente, y que desautoriza el saber de las mujeres. Este sistema ve al paciente como un objeto, mecaniza el cuerpo y coloca al médico en un estatus de jerarquía que atribuye un “conocimiento autorizado” solo a aquellos que saben utilizar la tecnología y descodificar la información que esta proporciona (García Jordá y Díaz Bernal, 2010).

De este modo, alrededor del proceso biológico, en este caso el parto, se van generando normas, procedimientos, pautas, esperables por los integrantes de la comunidad, es decir, se institucionaliza el modo de nacer. Con la institucionalización de lo normal sobre el proceso biológico, la fuerza que toma el cómo debe ser éste es tal que cuando una persona rompe con la norma, se hace acreedora tanto a sanciones formales, jurídico-legales, como informales en cuanto a la estigmatización popular (Villalobos, 2003).

Tanto se han institucionalizado ciertas prácticas médicas que en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000 en Fortaleza, Brasil, se

abordó el concepto de humanización en la atención de la salud, el cual está orientado hacia la búsqueda del bienestar como un factor de progreso y desarrollo humano, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable.

En relación con el parto, su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud, lo que requiere una actitud respetuosa y cuidadosa, de calidad y calidez de atención, que represente un acompañamiento significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). Es decir, que la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas (Castro, 2001).

Dado que en la actualidad el modelo de parto es de tipo institucional, asistencial y medicalizado, es decir, los partos se realizan en centros de salud ya sean públicos o privados, donde la mujer recibe asistencia por parte del cuerpo de enfermería y médicos que consideran que “el uso de la tecnología debe ser a veces acompañado con medicalización” (Castrillo, 2014), en este contexto el parto es entendido más como una enfermedad que como un proceso fisiológico natural y único, y el rol de la mujer es un entretendido de creencias, opiniones y conocimientos, que constituyen las Representaciones Sociales con respecto al parto que tienen las mujeres.

Por ende, en este trabajo, se abordará la temática del parto en mujeres primíparas, de manera de identificar y analizar las representaciones que tienen las mujeres primíparas de la ciudad de General Roca, de entre 20 y 35 años, acerca del parto, sus saberes, conocimientos y creencias del parto natural y del parto por cesárea, y los miedos y demás emociones que invaden a las mujeres primerizas en esos momentos.

Capítulo 1: El problema de investigación

1.1 Descripción del objeto de estudio

Según la OMS el embarazo y el parto representan el 80% de la atención médica en los centros de salud. En la última década, el número de cesáreas practicadas ha aumentado significativamente en Río Negro ya que, de 6 mil partos, 4 mil son por cesárea, aun cuando la Organización Mundial de la salud recomienda que el porcentaje máximo debería llegar al 15%.

El riesgo de que el porcentaje de cesáreas aumente, estaría dado en gran medida por el hecho de que esta práctica se institucionalice y se genere una “habituación” de la misma. Entendiendo a la habituación como un acto que, al hacerse de manera repetitiva, permite que se instaure como rutina, generando de este modo que no se piense en alternativas y se considere las prácticas como pautas establecidas dentro de un marco de normalidad.

Conocer esta problemática en profundidad, ayudará a comprender e identificar qué representaciones tienen las mujeres primíparas sobre el parto, teniendo en cuenta la información que poseen sobre el tema, sus creencias e historias. Asimismo, permitirá conocer qué situaciones o circunstancias influyen en la toma de decisiones, en el caso de tener que optar por un parto natural o por una cesárea a través de la inducción y medicalización, y cuáles son los miedos que las invaden.

El interés en la presente investigación surge de la necesidad de que las mujeres tengan un conocimiento previo adecuado, conocimiento informado, para poder decidir por ellas mismas qué tipo de parto quieren llevar a cabo, teniendo en cuenta las circunstancias.

Además, se trata de exponer un tema sobre el cual existe poca investigación desde el campo de la comunicación, fundamental para poner sobre el tapete una realidad que afecta de manera especial la salud de las mujeres, y que es necesario reconocer para poder generar los cambios necesarios.

Como aporte, se espera que los datos encontrados y actualizados sirvan para ampliar el conocimiento sobre este tema tan sensible por el cual atraviesa cualquier mujer ante el momento del parto, y, en especial, para enriquecer a los futuros profesionales de la comunicación que deseen ampliar esta investigación.

Para ello, el trabajo metodológico llevado a cabo consistió en la realización de entrevistas individuales a once (11) mujeres primíparas de entre 20 y 35 años, de nacionalidad argentina y de

clase socioeconómica media, que fueron atendidas en centros de salud públicos y/o privados de la ciudad de General Roca, provincia de Río Negro, durante el periodo marzo/abril del año 2017¹.

La muestra se seleccionó de manera no probabilística intencional, durante la grabación de las entrevistas se les solicitó que contaran su experiencia acerca del nacimiento de su primer hijo, y luego de eso, cuál era su percepción acerca de la situación vivida, cómo debería haber sido o cómo esperaban que fuera.

Se trató de entrevistas flexibles en las que se priorizó el relato de la mujer entrevistada, donde el vínculo se fue dando de manera empática y natural a partir de la convocatoria suscitada por la temática, ya que se trata de una cuestión que afecta interna y profundamente a muchas mujeres.

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Identificar y analizar las representaciones que tienen las mujeres primíparas de entre 20 y 35 años acerca del parto, que se hayan atendido en centros de salud públicos y/o privados de la ciudad de General Roca, provincia de Río Negro, durante el periodo marzo/abril del año 2017.

Objetivos específicos

- Identificar los saberes, conocimientos y creencias que tienen las mujeres acerca del parto natural y del parto por cesárea al momento de asistir a su primer parto.
- Caracterizar la relación entre esos saberes y conocimientos y el tipo de parto realizado.
- Indagar acerca de cómo, quiénes y de qué modo decidieron ese tipo de parto.
- Describir los miedos y demás emociones que invaden a las mujeres primerizas en esos momentos.

1.3 Preguntas de investigación

- ¿Qué representaciones tienen las mujeres primíparas sobre el parto?
- ¿Cuáles son sus saberes, conocimientos y creencias al momento de asistir a su primer parto?
- ¿Qué situaciones o circunstancias influyen en la toma de decisiones, en el caso de tener que optar por un parto natural o por una cesárea?
- ¿Cuáles son los miedos y demás emociones que las invaden en esos momentos?

¹ El tiempo transcurrido hasta la fecha desde la toma de las entrevistas se debe a la imposibilidad de dar forma a este informe en aquel momento por razones particulares.

1.4 Marco Teórico-Metodológico

En el presente capítulo se presenta, en primer lugar, el estado del arte de la temática en estudio, desarrollando diversas investigaciones recientes en relación a la temática, realizadas a nivel nacional e internacional.

Posteriormente se describen, a través de un breve recorrido por la historia, las consideraciones que cada época tuvo hacia el parto y la maternidad, evidenciando cómo fue que se introdujeron prácticas médicas y sanitarias que llevaron a la institucionalización del parto hasta llegar al modelo médico hegemónico actual.

A continuación, se profundiza en la relación médico-paciente que se establece a partir del modelo mencionado. Por último, se hace referencia al concepto de representación social, presentando las decisiones metodológicas a partir de las cuales se realiza el análisis de las representaciones sociales respecto de la muestra estudiada en relación a estas prácticas.

1.4.1 Estado del arte

Para esta investigación se consultaron diferentes fuentes bibliográficas, nacionales e internacionales, relacionadas con el tema en estudio.

Vela Coral (2015) realizó un trabajo de investigación titulado: “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio del Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” con el objeto de presentar su tesis de grado, en Perú, cuyo objetivo consistió en determinar la percepción que tienen los pacientes de dicha institución acerca del parto humanizado. La metodología fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas.

El análisis fue descriptivo de variables cuantitativas, en las que se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas, y la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. Sobre una muestra de 100 mujeres, se observó que más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, la explicación de los procedimientos y el respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto. La importancia de este estudio para la presente tesis, radica en las variables consideradas indispensables al momento de referirse al parto humanizado, las cuales fueron consideradas al momento de realizar las entrevistas.

Otra investigación a presentar es la realizada por Drake (2014), titulada: “El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche”, presentada en Santiago de Chile. El estudio se centró en el problema de la institucionalización y medicalización del parto en Chile y, cómo estos procesos afectaron las experiencias de parto de las mujeres mapuche. El objetivo principal consistió en entender el significado cultural del parto entre mujeres Mapuche para promover un mayor nivel de respeto a este tema en el contexto de los programas interculturales de salud en Chile.

Para cumplir este objetivo central, se plantearon como objetivos específicos: identificar a las mujeres arraigadas a la cultura Mapuche, para preservar sus experiencias del embarazo y parto; analizar el rol del parto en el contexto de la estructura social Mapuche, incluyendo las relaciones familiares, la identidad de la mujer y la importancia de la comunidad; y determinar la posibilidad de preservar el significado cultural del parto dentro de un sistema de salud occidental.

El estudio afirma que es necesario implementar políticas de salud intercultural, no sólo para promover prácticas de parto culturalmente respetuosas en los hospitales, sino también para revitalizar conocimientos y costumbres en relación con este evento. Como principal conclusión, el estudio ha encontrado que el parto en la cultura Mapuche, en la actualidad, es un evento multifacético, pese a los cambios y las pérdidas culturales causadas por la implementación de un sistema de salud basado en la biomedicina. En este sentido, la presente investigación acuerda con la importancia de revalorizar el respeto a la mujer y a sus decisiones a la hora de dar a luz.

A continuación, se presenta la investigación realizada por Mercado, Pacheco y Almendárez (2009), titulada “Adecuación cultural para la atención del parto institucional en el Municipio de San Dionisio Matagalpa, 2008”, presentada con el objeto de cumplimentar su tesis doctoral en Nicaragua. Sostienen sus autores que, para determinar la adecuación cultural para la atención del parto institucional, se diseñó un estudio de evaluación que combina técnicas cualitativas con cuantitativas, para lo cual se seleccionaron 3 grupos focales con mujeres que tuvieron su parto en el centro de salud durante el año 2008, mujeres mayores de 40 años con parto domiciliar y, mujeres de 20 a 30 años que fueron atendidas por parto institucional hace mucho tiempo. Además, se realizaron entrevistas en profundidad al personal de salud y se aplicaron 100 encuesta de satisfacción a mujeres que fueron atendidas por parto en el centro de salud.

Los resultados obtenidos permitieron determinar que existen dos modelos de construcción cultural del parto: el modelo tradicional y el modelo institucional, donde cada mujer tiene su propia forma de pensar y sentir diferente, según sus rasgos culturales, que dependen del lugar en donde viven, donde crecieron, de la enseñanza de sus familiares, de las experiencias vividas en sus partos y del grado de instrucción que recibieron. Concluyendo, por ende, que no existe adecuación cultural para la atención del parto institucional en el municipio de San Dionisio, y que además, el personal de salud no está entrenado ni hace esfuerzo alguno por mejorar la comunicación y escuchar las

necesidades de las parturientas para su bienestar; por lo que se considera importante la capacitación continua del personal de salud, en donde se implementen nuevas estrategias de comunicación para mejorar la atención del parto, y de esta forma, satisfacer las necesidades de estas mujeres. Esta misma necesidad es la que intenta analizarse en la presente investigación realizada en centros de salud públicos y/o privados de la ciudad de General Roca, provincia de Rio Negro, a partir de las experiencias de mujeres primerizas que se vieron expuestas a diferentes niveles de comunicación y atención de su bienestar.

También Montes Muñoz (2007) presentó su tesis doctoral en relación a la temática en Tarragona, España, titulada “Las culturas del nacimiento, Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos”. El autor sostiene que el parto no solo es un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres, sino que es sobre todo un acontecimiento cargado de significado cultural. Cada sociedad proporciona las representaciones que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y control.

En primer lugar, el eje de la investigación se enfocó en las mujeres-madres gestantes por ser las receptoras de la atención y asistencia sanitaria, portadoras de los discursos sociales y médicos que, por su vivencia e implicación física y emocional en la maternidad, son consideradas el centro de interés. Se entiende que son ellas quienes, por el hecho de experimentarlo, se encuentran en un espacio privilegiado, desde donde pueden proporcionar la información necesaria para el análisis cualitativo de las teorías y prácticas por su participación activa en el nacimiento. Se han elegido dieciséis mujeres gestantes como informantes, y a partir de la representación numérica del lugar en que planificaron el nacimiento –doce en el hospital y cuatro en casa-, se buscó la diversidad de las posibles situaciones que se pueden dar con el objetivo de mostrar la pluralidad en las formas de entender y practicar el nacimiento.

Para el autor, el periodo del puerperio resulta ser un tema de especial interés a investigar, enfocado tanto en la recuperación física de las madres como en lo que respecta a la adaptación madre-padre-hijo/a. Rescatar las experiencias reales de estas mujeres reviste un alcance político, económico y emocional, lo cual resulta de relevancia para la presente investigación por tratarse de una temática similar a la que aquí se plantea.

Gayeski y Brüggemann (2009) presentaron un artículo titulado “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal” en Santa Catarina, Brasil. Las autoras realizaron un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue conocer las percepciones de las puérperas sobre la vivencia del parto en la posición vertical y horizontal, identificando los aspectos positivos y negativos de cada posición.

En este caso, fueron entrevistadas 10 puérperas en el alojamiento conjunto de un hospital universitario. Después del análisis temático sobre el discurso del sujeto colectivo, las autoras llegaron a la siguiente conclusión: como aspectos positivos de la posición vertical, es más cómoda, favorece la movilidad y reduce el esfuerzo de expulsión, favorece la participación de la parturienta; siendo la incomodidad y la falta de intervención obstétrica apuntados como negativos. En lo que se refiere a la posición horizontal, los aspectos positivos fueron: el parto es más rápido, genera seguridad y sensación de ser ayudadas, mientras que los aspectos negativos estuvieron relacionados a la incomodidad y dificultad para hacer fuerza. Los discursos sobre los aspectos positivos de la posición vertical y negativos de la horizontal, se destacan de forma más intensa y frecuente y son congruentes con las evidencias científicas. La importancia de destacar este estudio en relación a la presente investigación, es que el mismo profundiza también en las percepciones de las mujeres sobre la vivencia durante el parto, revalorizando las mismas en pos de una mejor experiencia.

Magnone Aleman (2010), por su parte, presentó su tesis en Uruguay, titulada “Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización”. En este artículo, el autor problematizó los modos actuales de concebir y atender el Parto y el Nacimiento y, además, profundizó en el conocimiento de los derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva. En este contexto, se tomó la perspectiva de género para analizar dos procesos históricos: la Inquisición y la medicalización de las sociedades.

De esta forma, se reflexionó sobre las bases que hicieron que hoy el Parto sea concebido como un evento generalmente patológico que restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozarlo plena y autónomamente, configurando una de las formas de violencia estructural de género. Al respecto, cabe mencionar que el análisis de la presente investigación apunta a conocer las representaciones que estas perspectivas generaron en las mujeres respecto de los distintos tipos de parto, sus expectativas y temores.

En España, Arnau (2012) publicó una tesis titulada “Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia”. Los resultados mostraron que la humanización del proceso perinatal es un fenómeno pluridimensional. Dentro de los métodos de erradicación del dolor, la analgesia epidural es elegida por la mayoría de mujeres, las cuales refieren que es la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante del mismo. La relación paternalista se caracterizó de manera evidente en la Unidad de Puerperio por una falta de información, trato distante y despersonalizado tanto a la mujer como a su pareja, lo que provocó en las puérperas sentimientos de soledad, desamparo, resentimiento e incertidumbre.

Por su parte, Castellanos y Terán (2012) desarrollaron un estudio en Venezuela, titulado “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”, para lo cual se encuestó a 425 puérperas sobre

aspectos relativos a violencia obstétrica. Los resultados mostraron que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante y solo un 20,5% percibió trato no violento. Entre los procedimientos para los cuales no se solicitó el consentimiento, se destacaron como más frecuentes la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). De esta manera, fue posible concluir que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.

De manera más reciente, en lo que respecta a la comunicación social, Cordero Durán (2018) abordó la relación entre la comunicación y la cultura, en su artículo “La comunicación como proceso cultural. Pistas para el análisis”. La autora hace referencia a que la comunicación es un concepto polisémico cuya definición resulta ser compleja y variada, pues es a la vez un fenómeno, un proceso y un resultado. Su dimensión cultural se evidencia en tanto proceso humano, disciplina científica y campo profesional, permitiendo una comprensión más profunda de la vida social, así como de los propios procesos de comunicación.

Por su parte, el comunicador social debe gestionar procesos que surjan de la cultura y a su vez retornen a ella generando un aporte, ya sea que se estudien contextos socioculturales, condiciones de producción y apropiación de mensajes, o sus referencias y significaciones. En todos ellos se apuntará a fomentar el empoderamiento y la participación de las personas, el desarrollo humano, y a la transformación social de la realidad. Por ende, cabe mencionar que la relación entre comunicación y cultura no es unidireccional, sino que se tejen múltiples puentes en ambos sentidos, generando una simbiosis donde cada aspecto se torna constitutivo del otro.

En este sentido, la Comunicación Social es una profesión que se dedica a la construcción, análisis y gestión de símbolos en la interacción humana, donde el comunicador social interpreta fenómenos y significados en base a determinaciones históricas y procesos culturales que contextualizan a los sujetos y median los modos de producción, usos y apropiaciones de los procesos comunicativos.

A nivel nacional, cabe destacar el artículo presentado por Schwarz (2009) para el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), bajo el título “La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media”. En este trabajo, la autora analizó las percepciones y prácticas acerca de la maternidad en ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media urbana argentina, poniéndolas en diálogo. Mediante un diseño descriptivo y exploratorio, se realizaron 50 entrevistas en profundidad a mujeres hetero y homosexuales de clase media de 25 a 35 años de edad, que se socializaron y viven actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir de ello, se observó que la institución médica refuerza los estereotipos

tradicionales de género legitimándolos a partir de las diferencias biológicas entre mujeres y varones. Este diálogo entre las diferentes percepciones resulta de interés para la presente investigación, dado que pone de relevancia los supuestos existentes acerca de la maternidad.

En el país, los trabajos vinculados a la temática fueron abordados desde la sociología, la antropología, la medicina. Desde el campo comunicacional, específicamente en lo que respecta a la representación social conjugada con la información que reciben las mujeres al momento del parto, no se encontraron aún antecedentes a pesar de que “La comunicación con el usuario de los servicios sanitarios se considera decisiva para asegurar grados óptimos de satisfacción” (Díaz Sáez, 2011, p. 488).

Los trabajos relacionados con la comunicación y la salud remiten a la relación puntual que se plantea entre médicos/as y pacientes, no sólo en consultas relacionadas con el proceso de embarazo y parto. Al respecto, en la investigación realizada por Díaz Sáez (2011) en España, bajo el título “La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud”, se llega a la conclusión de que los pacientes advierten que la comunicación que se entabla con el médico resulta escasa, por lo que esta situación es motivo de demanda por parte de los pacientes, lo cual requiere brindar una especial atención a la comunicación con los usuarios para mejorar su satisfacción durante el proceso asistencial.

Un trabajo más reciente presentado en Rosario por Ibarra (2017) profundiza en “La Humanización de los Partos. Cuando las Leyes en Salud no alcanzan. Una aproximación al análisis de las normas y las prácticas”, con el objeto de analizar la modalidad de implementación de la Ley Nacional N° 25.929 que regula los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. La investigación se contextualizó en las acciones llevadas a cabo por los equipos de salud de la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, entre los años 2015 y 2016, en el proceso de pre parto y parto. El aporte de la misma consistió en poder identificar con cuanta información llega la mujer gestante al momento del trabajo de parto, qué información recibe acerca del progreso del trabajo de parto y del parto en sí, si se sintió acompañada, y cuáles fueron las principales dificultades durante este proceso.

También Felitti y Abdala (2018) abordan “El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos” como un capítulo de *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*, de Sánchez Ramírez y Laako. Allí, las autoras destacan que el movimiento por el parto humanizado en la Argentina se hace visible a principios del siglo XXI y reúne a feministas, doulas, parteras, médicos/as y a aquellas mujeres que desean atravesar sus embarazos y partos en un contexto que respete sus derechos. Sin embargo, es posible detectar dos formas de responder a la demanda por el parto humanizado: la que sucede por parte de la sociedad civil con las asociaciones de parteras y doulas, y la que se observa en los servicios públicos de salud, tomando

como ejemplo a la Maternidad de Moreno “Estela de Carlotto”. El estudio concluye que en ambos espacios se da una sinergia entre el discurso de derechos humanos, la denuncia a la violencia de género, las propuestas de autonomía corporal del feminismo de la Segunda Ola y las nuevas espiritualidades.

Por su parte, Rochon, Guido y Linares (2018) presentaron un estudio titulado “Sobre partos y derechos: estudio exploratorio sobre el activismo en torno al parto y al nacimiento respetado en la provincia de Entre Ríos, Argentina”, tras detectar como problemática que el alto intervencionismo en los partos, representado entre otros por una alta tasa de cesáreas, muestra que aún hacen falta cambios para la plena aplicación de la normativa de parto respetado en la provincia. Por ello, el objetivo de la investigación consistió en identificar los grupos que desarrollan prácticas activistas en torno al parto y al nacimiento respetado en la provincia de Entre Ríos, a partir de un enfoque desde la perspectiva de género para discernir el vínculo mujer-Salud. A través de una serie de procedimientos de búsqueda y sistematización de contenidos y la aplicación de una encuesta, se logró determinar que, por fuera de estos colectivos, el conocimiento es poco sistematizado y escasamente vinculado al marco normativo.

En el norte argentino, Pérez Gottardi (2022) realizó recientemente la investigación titulada “Ser mujer, ser pobre y ser indígena. La violencia obstétrica en las comunidades originarias del norte argentino: Hacia un parto culturalmente respetado”, donde sostiene que la Ley de Parto Respetado aplica generalmente a las mujeres blancas, occidentales y clase media. Las mujeres indígenas, en cambio, son víctimas de una situación de dominación y opresión que exige avanzar hacia un concepto de parto bajo prácticas interculturales que respeten las prácticas propias de los pueblos originarios.

En Buenos Aires, Rufino (2020) indagó en las representaciones que tienen los profesionales de salud acerca del parto respetado, quienes destacaron que hay fallas en el sistema de la salud y nombraron la inaccesibilidad a una institución segura, la inaccesibilidad a un anestesiólogo, y la insuficiente cantidad de información, sugiriendo que se deben hacer los cambios necesarios para garantizar un parto respetado y lograr el cumplimiento de los derechos de la mujer.

Finalmente, Jerez (2021) realizó una investigación etnográfica tendiente a identificar emociones “negativas” y “guiños feministas” sobre género y sexualidades en torno al parto respetado en Buenos Aires, profundizando sobre ciertos mandatos de género basados en el lenguaje de los instintos y el destino maternal, donde también se hace posible identificar el lenguaje de los derechos y deseos, en términos subjetivos, que proponen las integrantes.

En base a los estudios relevados, el posicionamiento de este trabajo tiende a poner en relevancia la importancia de la comunicación entre el personal de salud y las parturientas, a fin de que puedan elegir por ellas mismas la mejor manera de traer sus hijos al mundo.

1.4.2 Parto y Maternidad

Las culturas del nacimiento no son estáticas, sino que evolucionan según las tendencias de factores económicos, políticos o de poder, y no sólo de un entorno próximo, sino de una más amplia globalidad más allá de las fronteras. (Montes Muñoz, 2007, p.65)

En la prehistoria, la mujer utilizaba su instinto, para poder llevar adelante su parto. Las mujeres preferían aislarse, elegían lugares cercanos a fuentes de agua, como ríos o lagos, y de cuclillas, daban a luz. La expresión “dar a Luz” proviene de la antigüedad, en Grecia, Ilitía, la diosa del parto a menudo se mostraba portando antorchas para sacar a los niños de la oscuridad hasta la luz. En este periodo, las mujeres eran acompañadas por mujeres expertas, que llevaban el oficio de parteras (Ruis Sternberg, 2005).

Al respecto, la antropóloga Davis Floyd (2009), relata que

Todas las mujeres del mundo se movían libremente durante el trabajo de parto, cambiaban de posición con frecuencia como método para aliviar el dolor de las contracciones y de la dilatación cervical. Comían y bebían cuanto querían dentro de lo que era culturalmente aceptable, nutritivo y seguro para la madre y el hijo (...) Para el trabajo y el parto se mantenían erguidas y se valían del instinto para expandir el tamaño de la pelvis, aprovechar la gravedad, y llevar al máximo la eficacia de los músculos abdominales necesarios para pujar. Crearon artefactos como herramientas para el parto y sillas, se aferraban a cuerdas colgadas de las vigas, parían en hamacas flexibles, y se apoyaban en palos para facilitar el parto estando erguidas. Las parteras se arrodillaban frente a las madres de pie para recibir al niño. (Davis Floyd, 2009, pp.16-17)

Durante siglos, la obstetricia, “fue practicada por estas mujeres expertas, hasta la Edad Media Europea cuando ese continente vio su práctica médica retrasada e influida por las ideas religiosas o por prácticas impregnadas de superstición, superstición y prejuicios” (Ruis Sternberg, 2005, pp.46). Hasta ese momento, la mayoría de los bebés nacían en hogares, pues el nacimiento era un acontecimiento familiar y de la comunidad, que tenía lugar con la protección y ayuda de mujeres entrenadas.

En el medioevo, la enfermedad, los dolores, eran considerados el justo castigo por los pecados cometidos. Durante el parto, sólo se proporcionaba la higiene necesaria, pero se evitaba intervenir, el parto debía ser un hecho doloroso, como consecuencia de haber cometido el pecado original. Por lo que, las comadronas, las parteras, fueron acusadas de brujas, y llevadas a la hoguera.

Se trata de la época de la inquisición, donde se consideraba que las mujeres que ayudaban a parir eran peligrosas.

La medicina moderna, tiene sus orígenes en el siglo XIV en Europa. El advenimiento de la peste negra o bubónica, una devastadora enfermedad que dejó 25 millones de muertes en Europa, África y Asia, es considerada como uno de los factores determinantes para cimentar las bases de nuevos conceptos sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

En este periodo, la vida sana se alejará del dolor, del sacrificio, perdiendo estos últimos toda connotación simbólica. El sufrimiento se libera de su vínculo con la santificación y empieza a ser sospechosamente asociado con mal. (Carballeda, 2014, p.8)

Sin embargo, una idea perdurará luego de este periodo: Las comadronas, ya no serán requeridas, y lentamente, comenzará el hombre médico a ocupar ese lugar. En los albores del nacimiento de la obstetricia científica, en el amplio período que comprende gran parte de los siglos XVII y XVIII se fue constituyendo *un saber médico* en el que el hombre va tomando el lugar de la comadrona en el lugar de asistente de parto (Foucault, 1976, en Lais, 2006).

Ya en el siglo XIX, la hospitalización de las parturientas comienza a ser la regla. El médico comenzará a ser el responsable del proceso. Las matronas, las parteras, serán dejadas a un lado. El saber científico del médico, intervendrá en el momento del parto, y la mujer comenzará a ser recostada para parir. Su cuerpo de forma horizontal, sus piernas flexionadas, sus pies atados, permitirán trabajar al médico más cómodamente, postura que se impone hasta el día de hoy.

Pasó a ser un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología en el marco de un proceso simultáneo de medicalización. (Castrillo, 2014, p.16)

A partir del siglo XX, la hospitalización prometía un parto sin dolor, por un lado, por el uso de morfina al comienzo del parto y luego escopolamina, una droga que produce amnesia temporal y que al ser absorbida ocasiona un estado de pasividad completa de la persona con actitud de "automatismo" (Odent, 2006).

Actualmente el uso de estas drogas, han sido reemplazadas por la anestesia epidural, que se coloca a la altura de la espina dorsal, y que provoca adormecimiento de toda la parte baja del cuerpo, y de la oxitocina, que a pesar de ser una hormona segregada de forma natural por la hipófisis llegado el momento del parto, también es suministrada de manera artificial.

La década del 50, marcará el comienzo de las prácticas de cesáreas sin riesgo de vida para la madre, ni para el feto. "Además muchas mujeres se sentían seducidas por la tendencia a estandarizar los partos rápidos e indoloros" (Odent, 2006, p.35). Ya para la década del 70, los partos hospitalarios se habían "...convertido en la norma y cuando una gran cantidad de obstetras tenía

formación quirúrgica, el monitoreo fetal hizo su entrada en las salas de parto. En pocos años, se estableció la era electrónica del nacimiento” (p.35).

Poco a poco, se comenzaron a introducir nuevas prácticas médicas. No solo se hospitalizaba a la mujer en el momento del parto, sino que se le realizaban controles periódicos. Se comenzó a transformar la idea, de la “naturalidad” del parto, para empezar a pensarlo como un proceso patológico, que debía ser controlado.

Sin embargo, las nociones de riesgo no están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos, sino que se trata de nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros. La percepción del riesgo, tal como menciona Douglas (1996), depende del lugar que ocupan los individuos, de sus valores y experiencias, y de las categorías que suministra la cultura.

Para Montiel (1997), los programas de prevención de riesgo son instrumentos políticos de control, surgidos desde la necesidad de controlar la vida de las personas, y particularmente el proceso reproductivo, puesto que suponen el reemplazo de los individuos por su valor económico como fuerza de trabajo. Estos discursos de la prevención, menciona el autor, delegan la responsabilidad en las personas e instan a producir cambios en su comportamiento de manera culpabilizadora, considerando el riesgo como un aspecto individual que deja de lado las condiciones socio-ambientales, laborales o psicosociales sobre las que el individuo tiene pocas posibilidades de incidir y que, en cambio, detentan un importante protagonismo en el mantenimiento de la salud.

Castrillo (2015) destaca que la institucionalización del parto fue una decisión política más que médica o científica, donde el cuerpo de la mujer quedó a merced de la vigilancia del Estado que, con la excusa de una preocupación por la natalidad, estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras, marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. Queda expuesto cómo el proceso de atención durante la gestación y el parto han ido modificándose a lo largo de la historia y conforme a la evolución social.

De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo con la ayuda y el apoyo en general de las mujeres, pasa a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico y que, por lo tanto, debe ser controlado. Cambiará así, el lugar del nacimiento y sus actores/as y se irán introduciendo nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo que conducirán hacia maneras específicas de representarlo. (Montes Muñoz, 2007, p.32)

En pleno siglo XXI, las cesáreas aparecen como la panacea del parto indoloro, rápido y efectivo. Los controles, los antibióticos, y los avances en la anestesia, tanto el embarazo como el parto se han convertido en eventos relativamente seguros, dentro del modelo médico hegemónico

actual. A tal punto, que uno de los ejes de la discusión pasa por cómo desmedicalizar la gestación y el parto para volver a un escenario más natural, antropológico y menos tecnológico.

En este sentido, Odent (2011) indica que una obligación de los profesionales de la salud debería consistir en proteger la salud emocional de las parturientas evitando el “efecto nocebo”, adjetivo que hace referencia a las respuestas o reacciones dañinas, desagradables e indeseables que manifiesta un sujeto al administrarle un compuesto farmacológicamente inerte, como consecuencia de las expectativas pesimistas propias del sujeto al pensar que el fármaco le causaría efectos dañinos, dolorosos y desagradables, de manera opuesta al efecto placebo, pero poniendo igualmente en evidencia el impacto que el accionar de los profesionales de la salud ejerce sobre la mujer de parto.

El parto, implica el nacimiento de un nuevo ser, y la transformación de la mujer en madre, por lo que resulta fundamental ahondar en el concepto de maternidad y sus implicancias sociales y culturales, entendiendo, asimismo que las prácticas de la medicina tradicional son también parte de la cultura. Existen diversas concepciones acerca de la amplitud del término cultura y ninguna es una definición cerrada en sí misma. Podríamos entenderla como aquellas convenciones definidas por el conjunto social, que sirven como guías generales para la vida social. Sin embargo, la complejidad de las culturas es que no son estáticas, por lo que esas “guías” se van modificando.

El antropólogo estadounidense Clifford Geertz define la cultura como un sistema de símbolos, en virtud de los cuales el hombre da significación a su propia existencia. Estos sistemas de símbolos -creados por el hombre, compartidos, convencionales y aprendidos- suministran a los seres humanos un marco significativo dentro del cual pueden orientarse en sus relaciones recíprocas, en su relación con el mundo que los rodea, y en su relación consigo mismos.

No habría cultura si no hubiera hombres, sin embargo, tampoco habría seres humanos si no hubiera cultura: ésta no es solamente un ornato de la existencia humana, sino una condición esencial de ella. El hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido. (Geertz, 1987, p.28)

En el mismo sentido, Godelier (2010) sostiene que las sociedades crean culturas para vivir, generan un mundo inteligible con normas, valores y significados que orientan la acción a la vez que le otorgan sentido. La cultura, entonces, se genera y re genera como “un sistema integral de patrones de conducta aprendidos, característicos de los miembros de una sociedad” (p.5). Cultura, entonces, es lo que hace el hombre y lo que piensa y dice al hacerlo. Al respecto, Cordero Durán (2018) define a la cultura como “el trasfondo en el que germinan los procesos comunicativos, que los posibilita, les sirve de soporte” (p.3), y sostiene que en estos mismos procesos se construyen nuevas significaciones del mundo social, por lo cual la cultura y la comunicación “se generan y son generadas

en un continuum propio de la vida social, en la que la cultura produce comunicación y viceversa” (p.3).

Pero además de las prácticas discursivas que dan lugar a los procesos comunicativos, el carácter cultural de la comunicación se evidencia en las experiencias que definen el intercambio entre los individuos, en lo que se dice de manera verbal y extraverbal, y en el entorno cultural que hace posible el intercambio comunicativo. En palabras de Martín-Barbero (1991), se hace necesario “empezar a pensar los procesos de comunicación no desde las disciplinas, sino desde los problemas y las operaciones del intercambio social, esto es, desde las matrices de identidad y los conflictos que articula la cultura” (p. 24).

De este modo, la llegada al mundo de un nuevo ser, además de un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres, es sobre todo un acontecimiento cultural. El contexto social, político y económico, define el modo en que una mujer percibe la experiencia del parto y la maternidad, sin embargo, la perspectiva biomédica que domina los sistemas de salud, frecuentemente no reconoce el parto como un fenómeno cargado de significado cultural. Prueba de ello es la imposición de la “norma” por sobre los sentires de las mujeres al momento del parto.

A lo largo de la historia y dependiendo el contexto, la maternidad ha tenido sus propias connotaciones, permeada por lo establecido cultural y socialmente, “la maternidad es un constructo social y simbólico que adquiere diferentes significados en diferentes contextos socio-históricos” (Royo Prieto, 2011, p.6).

La maternidad históricamente ha estado asociada a la fecundación, fertilidad, en clara similitud con las propiedades de la tierra (Arvelo Arregui, 2004). Social y culturalmente, la maternidad ha sido entendida como un elemento fundamental en la esencia femenina, lo cual ha provocado que se relacione la palabra mujer con el hecho de ser madre (Cubero, 2014). Al escuchar la palabra “mujer” inmediatamente se tiene el registro de “madre” (Arvelo Arregui, 2004). Por lo que el concepto de maternidad es asociado como una característica propia de la mujer.

Actualmente, cambios como la entrada de la mujer al mercado laboral, implicó transformaciones en sus actividades y actitudes, que a su vez tuvieron incidencia en el cómo asumen lo referente a la maternidad. Las mujeres reflexionan sobre su propia vida, deciden por sí mismas las oportunidades, peligros y prácticas con respecto a la maternidad, deciden si desean o no tener hijos, y además se encargan de dar forma y organizar los vínculos con ellos (Cubero, 2014). Junto con estos cambios en la concepción de la maternidad, se presentan modificaciones en las tareas domésticas que se establecía, debían ser realizadas por las mujeres.

De esta manera, pueden orientar sus experiencias y expectativas relacionadas con la maternidad, aunque las mismas estén influenciadas por las prácticas sociales, políticas y económicas. La maternidad se volvió una responsabilidad más compleja, exigente y conflictiva para las mujeres que tuvieron que encontrar un delicado equilibrio entre sus deseos de realización personal y el apoyo que debían a sus hijos (Felitti, 2011).

1.4.3 El Modelo Médico Hegemónico

El Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) se caracteriza por el uso de tecnología sofisticada, donde la atención se centra en el cuerpo del “paciente”, perdiendo de vista el contexto social o la necesidad propia de la persona que precisa atención, reduciendo a los individuos a su dimensión física y aislándola de toda condición social – histórica (Sicardi Aragón, 2018).

En opinión de Menéndez (1988),

El MMH es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p.1)

La importancia de analizar aquí la hegemonía del MMH se relaciona con las problemáticas que se han observado en las diversas prácticas que se llevan a cabo en la actualidad, desde condiciones dominantes de mortalidad en la mayoría de los países de América Latina, hasta la imposibilidad de pensar en la atención primaria desde un modelo basado en la autoatención, dadas las condiciones históricas en las cuales el MMH opera (Menéndez, 1988).

Este modelo provoca que se naturalice la necesidad de ser intervenidos por distintas prácticas de salud, en este caso las relacionadas a la atención al parto, como saber dotado. Dentro de la medicina se entiende por asumir la distinción entre cuerpo y mente, donde el tipo de práctica característica es el biologismo y la eficacia pragmática, dejando a un lado el marco histórico y social de los pacientes, subvalorando sus subjetividades.

La medicina occidental estudia un cuerpo separado del sujeto, valorado y percibido como un receptáculo de la enfermedad, a pesar de lo cual, impregna al cuerpo con la carga simbólica hegemónica. (Schwarz, 2009, p.113)

El biologismo, a la vez que garantiza la científicidad del modelo, subordina en términos metodológicos e ideológicos a otros niveles explicativos, dado que lo biológico es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El biologismo del MMH se expresa en la práctica clínica, pero también en la práctica epidemiológica cuya unidad de trabajo son los conjuntos sociales. Una de sus características es que la investigación epidemiológica se maneja con series históricas de corta

duración, ignorando en los hechos la mediana y larga duración histórica, mientras que la segunda característica se constituye en que utiliza como principales variables procesos biologizados como sexo y edad (Menéndez, 1998).

Asimismo, el biologismo se basa en cierta ahistoricidad y asociabilidad. Si bien han existido algunas experiencias de esta última, e inclusive diversas experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico, estas se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación. Sin embargo, “el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico, pero no lo reconoce en su propia práctica” (Menéndez, 1998, p.3). En opinión del autor,

El análisis histórico social de la constitución de este modelo, implica describir su constitutividad a través de cuatro dimensiones: económico-político, institucional, teoría, saber y práctica médica e ideológica. Es justamente dicho análisis el que permite observar cómo determinados procesos médicos pueden ser analizados autónomamente, mientras que otros sólo son inteligibles por referencia a las determinaciones externas. (Menéndez, 1998, p.4)

El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Las etapas del ciclo vital de las mujeres se patologizan, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas (Sadler, 2004).

De esta manera, las instituciones médicas instituyen su poder sobre la salud, donde la mujer pasa a ser observada de manera exhaustiva por el personal médico, principalmente obstetras, quienes dirigen y toman decisiones, más allá de las necesidades y creencias de las propias parturientas. Así el parto es concebido como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las gestantes, basado en su carácter biológico.

El MMH, convirtió la idea de “naturalidad” del parto, para empezar a pensarlo como una enfermedad, un proceso patológico, que debía ser controlado. Actualmente, la medicina se impone como acto de autoridad, que utiliza funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades. Prácticas como la internación, el uso de sueros, la episiotomía, el rasurado vaginal, obligar a la mujer a parir en posición supina, con las piernas levantadas y atadas, el uso de fórceps, comenzaron a ser prácticas de rutina.

Como resultado de la estandarización y rutinización del sistema, no existe un mecanismo institucional para separar los partos normales de los que presentan complicaciones, y por ello se tratan todos los partos con el mismo set de procedimientos. (Sadler, 2004, p.46)

Por otro lado, dentro de este Modelo, la relación médico-paciente que se origina, resulta asimétrica. Se genera una subordinación social y técnica del paciente, donde a mayor medicalización del proceso de parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan

ejercer durante el parto (Sadler, 2004), por lo cual la maternidad y su acepción social y cultural se ven modificadas, transformadas de acuerdo a las practicas impuestas.

El MMH, se convirtió en una práctica curativa basada en la eliminación del síntoma a través de la medicalización, por lo cual descarta otros tipos de modelos médicos, basándose en la racionalidad científica. Sin embargo, este modelo ha recibido diversas críticas a partir de la década de los 60, algunas desde dentro del propio MMH como es el caso de la OMS y UNICEF, quienes durante la década de los 70 y 80 han impulsado a nivel internacional las estrategias de atención primaria.

También ciertas posiciones expresamente "anticientíficas" generaron una crítica reaccionaria hacia el MMH, mientras que desde una perspectiva económica neoliberal se ha desarrollado una de las críticas de mayor éxito en términos políticos e ideológicos. Menéndez (1988) señala que, partiendo de indicadores como la ineficiencia y el aumento constante de los costos, se ha propuesto una revisión en términos costo/beneficio de la orientación del MMH. Los principales cuestionamientos que el autor evidencia en el Modelo, son los siguientes:

- a) aumento del costo de la atención de la enfermedad, lo cual debe ser relacionado con el intento de reordenamiento financiero de los gobiernos conservadores y que intenta intervenir reduciendo en lo posible el financiamiento de seguridad social.
- b) aumento constante del consumo de fármacos, en particular de sustancias que pueden ser nocivas para la salud. La carencia de una vigilancia técnica realmente eficaz, que no sólo evidencie las limitaciones del "poder médico" respecto de la dinámica industrial, aún en los países de alto nivel de desarrollo, sino también la incidencia de los medicamentos en el gasto público.
- c) incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales. La normalización de determinadas prácticas: extirpación de amígdalas en los 30 y 40, cesáreas desde los 60, impulso al consumo de leches maternas desde los 50, construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil desde los 50, expresan el incremento de las funciones de control, normalización y económico-ocupacionales;
- d) incremento de la iatrogenia negativa;
- e) cambios del perfil epidemiológico, el cual evidencia la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones "secundarias";
- f) el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
- g) el "redescubrimiento" de que el sector sanitarista es primordialmente curativo;
- h) el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, industria tabacalera, industria alcoholera, industria químico-farmacéutica, y la subordinación política del sector salud a dicha industria de la enfermedad;
- i) el reconocimiento, primero localizado en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general, de que junto a las actividades intencionales curativo-preventivas se desarrollan actividades de control social e ideológico.

- j) el descubrimiento de que, pese al descenso de las tasas de mortalidad, y al incremento de la esperanza de vida, se ha generado un notorio estancamiento y en algunos casos incremento de la mortalidad en varones en edad productiva;
- k) el descubrimiento del mantenimiento de una desigualdad en los países con medicina socializada. Prácticamente la totalidad de la investigación epidemiológica que maneja criterios de estratificación social verifica que los estratos más bajos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad;
- l) en los 70 se evidencian las limitaciones o directamente fracaso de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica, respecto de los principales problemas de "salud mental": alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio, etcétera.
- j) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los 60;
- k) la fuerte incidencia de muertes "evitables" en los 60;
- l) el mantenimiento y en algunos contextos el incremento del problema del hombre articulado con la reducción en la lactancia materna, previamente inducida por el sector salud;
- m) luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los 70;
- n) continuo incremento de la mortalidad por accidentes, que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte;
- ñ) mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio que colocan a América Latina en un lugar comparativamente destacado dada la notable incidencia de la misma, sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años;
- o) incremento continuo de la drogadicción y el alcoholismo, con el agravante de que éste directa o indirectamente constituye una de las causales de muerte de mayor incremento;
- p) incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y enfermedades venéreas;
- q) crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social, cuyas expresiones más notorias son Costa Rica y Uruguay.
- r) el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad, en relación a los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras y de contaminación colocando a varias ciudades en un posible colapso.

Ante esto, Menéndez (1988) destaca el desarrollo de las estrategias de atención primaria (AP), surgidas a partir de los 70 debido a una crisis económica que afectó negativamente tanto a los países dependientes como a los de alto desarrollo capitalista, donde el MMH se sigue identificando con una medicina de alta complejidad. La concepción de la AP basada en la articulación comunidad/sector salud surge como una alternativa para poder actuar en situaciones de pobreza y crisis prolongada, recuperando de cierto modo el uso de medidas simples con el apoyo de la participación comunitaria.

El éxito de la atención primaria está basado en el trabajo comunitario y en la supervisión médica constantes, así como en el desarrollo de tecnología sanitaria simple que pueda ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad. El problema es que se trata de una forma barata y simple en la que el médico no se reconoce como ejerciendo la complejidad de su saber técnico. Por ende, en las sociedades con alta producción de profesionales, la AP es vista como una forma de obtener ocupación con baja remuneración y descalificación en la práctica de su saber profesional.

En cuanto a la medicalización, como señala Peter Conrad, esta puede describirse básicamente como un proceso múltiple y variado, por el cual “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes”. Para algunos, incluso, la rápida expansión de la medicalización puede ser considerada como una de las transformaciones centrales ocurridas en la última mitad del siglo pasado (Cannellotto, 2008). Es decir, que la intervención médica ya no sólo se dirige a la persona enferma si no que con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad.

Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud. (Foucault, 2002, p.16)

La reproducción entraría en esa categoría a la que se refiere Foucault (1976), como objeto de intervención médica, aunque “ni para el sujeto ni para el médico, constituya una enfermedad”. Por ende, hablar de medicalización es hablar de control, normativización y poder, se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica, afirma Foucault (1976) y agrega que “está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades o la demanda del enfermo” (p.161).

En la misma línea, Menéndez (1984) sostiene que la medicalización, refiere a prácticas, ideologías y saberes manejados no solo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieran a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normativización.

El control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva es una cuestión que se encuentra presente en los dos últimos decenios, dado que la realidad social del nacimiento, en lo que respecta a la cultura occidental, ha sido elaborada en base a la idea de enfermedad, excluyendo desde la visión médica las necesidades y sabiduría de las mujeres implicadas, con la intención de monopolizar el campo como propio (Montes Muñoz, 2007).

El uso de tecnologías en el embarazo de forma rutinaria, como la ecografía, supone un aumento del control médico, son prácticas automáticas solo con criterios “científicos”. Las mujeres implicadas acaban viviendo su embarazo a través de sus médicos, dado que sus percepciones no tienen valor (Narotzky, 1988, en Montes Muñoz, 2007, p. 43).

Los exámenes de rutina, la medicalización, la pauta impuesta en los centros asistenciales, homogenizan y estandarizan el modo de atención. El control sobre el embarazo y el parto, deviene en norma, entendida como regla para las mujeres, que pierden el control del proceso. De este modo, se reafirman las bases del Modelo Médico Hegemónico (MMH), entendido por hegemonía, ideología dominante, válida y universal. En este contexto es menester cruzar a la otra orilla, ver, desde la maternidad, qué es lo que ha ocurrido con estas prácticas intervencionistas en torno al cuerpo de la mujer.

1.4.4 Relación Médico-Paciente

La relación médico – paciente durante el periodo del embarazo y el momento del parto, tiene sus propias particularidades, dado que, de no existir afecciones, no se trata de una enfermedad, sino de un momento fisiológico que debe ser atendido adecuadamente. Sin embargo, durante siglos, el embarazo y el parto fueron vividos por la mayoría de las mujeres como momentos críticos que generaban gran ansiedad y angustia dadas las altas probabilidades de no sobrevivir a ellos (Felitti, 2011). No es de extrañar, entonces, que los médicos y médicas ginecólogos/as y obstetras, hayan sido identificados por nuestras entrevistadas como los actores más importantes cuando de decisiones sobre su vida reproductiva se trata.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde surgió la declaración: “El nacimiento no es una enfermedad” (OMS, 1985), en la que se establecen pautas sobre cómo deben actuar el personal de salud y las instituciones médicas, protocolo que inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado.

Al respecto, Ramón Michel y Allori (2017) hacen mención al parto respetado bajo un enfoque basado en derechos humanos (EBDH), destacando la preocupación de la OMS por la sobremedicalización del parto, y su expresa declaración en el año 2014 sobre la prevención y eliminación de la falta de respeto y abuso durante el parto en los servicios de salud

A su vez, la legislación argentina indica que toda mujer debe ser considerada en su situación respecto del proceso de nacimiento como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto y, además, se privilegia al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación, que no

estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. Por lo tanto, la ley Nacional N° 25.929, asume que; “el derecho a la salud implica el acceso a la información y la participación en los procesos de adopción de decisiones” (Cuberli, 2008, p.13).

El parto humanizado, entonces, es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

El objetivo fundamental es que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. (Vela Coral, 2015, p.7)

En este contexto, podemos identificar que los discursos y las prácticas de los/as médicos/as obstetras son considerados de sumáxima importancia para las mujeres. Tomando las palabras de Menéndez y Di Pardo (1996), son “algunos de los principales manejadores y agentes reproductores de representaciones y prácticas técnicas que expresan de forma organizada las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales” (p.12).

En el vínculo médico–parturienta, se establece una relación de poder donde se conjugan la información que brinda el médico, la información con la que cuenta, en este caso, la mujer primípara, y la comunicación que se establece entre ambos. Entendiendo que, a través de ese poder, la medicina, cumple una función normalizadora que va más allá de la existencia y las demandas propias del paciente (Foucault, 1976). “La producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad” (Foucault, 1992, p. 5).

Diferenciar en este punto los conceptos de información y comunicación dentro del ámbito de la salud, facilitará el análisis del corpus, entendiendo a la comunicación como “un proceso por el cual una individualidad entra en cooperación mental con otra hasta que ambas llegan a constituir una conciencia en común (...) la información es, por el contrario, sólo una transcripción unilateral del mensaje de un emisor a un receptor” (Noseda, citado en Beltrán, 1998, p.20).

La atención del embarazo y el parto que se da dentro del MMH, es una relación de verticalidad, donde el proceso del parto, lejos de ser tratado de manera natural y fisiológica, es intervenido, como una enfermedad, por lo cual la mujer es atendida como una “paciente”. Como paciente, la mujer se define como incapacitada para lidiar con el proceso que está viviendo, y se le obliga a buscar asistencia especializada para enfrentar su situación (Sadler, 2004).

La asistibilidad de las mujeres está socialmente reconocida de forma que mediante el uso de los servicios médicos se convierten en “pacientes”, esto es, son objeto de la acción médica en condiciones de pasividad (Montes Muñoz, 2007, p.70).

Por otro lado, el médico es quien informa su conocimiento como el conjunto de saberes que, en este contexto, adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar el fenómeno del parto, dejando a un lado todo lo que la mujer pueda saber, sentir o imaginar acerca de si misma durante el proceso (Sadler, 2004).

Los profesionales tienden a ubicarse en un nivel superior, ellos sienten que tienen mucho que decir, o que son los únicos que tienen algo que decir, que su posición respaldada por la ciencia es la verdad, o la única verdad, al paciente solo le toca aprender y obedecer. (Idoyaga Molina, 1999, p.15)

Cada vez que tratamos algún aspecto vinculado sobre la atención del parto que plantea el Modelo Médico Hegemónico, debemos recordar dos hechos históricos. Por un lado, cuando la atención médico-obstétrica pasó de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud; por otro lado, y directamente relacionado, “fue cuando los partos se trasladan del hogar a los hospitales, concibiendo a éstos como el espacio que certifica seguridad para las madres y los/as recién nacidos/as, éstas ocurrencias fueron posibilitadas gracias a la indiscutible verdad de la ciencia y el saber médico” (Camacaro Cuevas, 2009, p.153).

Este “poder” incuestionable que se le otorga a la ciencia, en opinión de Camacaro Cuevas (2009), conlleva a crear una conciencia colectiva que acepta como natural la institucionalización del proceso reproductivo.

Las mujeres desde el inicio de su gestación deberán utilizar los servicios médicos, cuyos discursos y prácticas se imponen socialmente y construirán el eje alrededor del cual girarán la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso procreativo. (Montes Muñoz, 2007, p. 69)

Por ello, es pertinente tomar en cuenta la calidad de la consulta, como así también los efectos en el binomio médico-paciente (Entralgo, 1964). Una adecuada comunicación con el paciente y/o su familia, llevará no sólo a un buen resultado, sino además favorecerá al paciente en su proceso de ansiedad e incertidumbre ante la situación que se encuentre (Epstein y Hundert, 2002). Desde la mirada del paciente “una buena consulta médica, será el consentimiento del plan terapéutico propuesto y, la satisfacción de la atención recibida” (Entralgo, 1964, p. 15).

Sin embargo, la realidad social del nacimiento en nuestra cultura está construida desde una visión patologizante que excluye a las mujeres implicadas, sus necesidades y saberes, y como hemos visto, es el resultado de siglos de intervenciones (Montes Muñoz, 2007). De esto se desprende que la comunicación en el ámbito de la salud, debe ser cuidadosa y exacta, dado que su

carácter social puede aportar al fortalecimiento de la capacidad de los individuos, para que estos incidan y actúen sobre los determinantes de su propia salud (Cuberli, 2008).

La relación médico – parturienta responde en muchos casos a una visión biologicista de la atención biomédica, donde se deja de lado la idea de empatía como núcleo de la relación, donde se normaliza la atención y se dejan de lado las realidades propias de cada mujer, es decir, los distintos contextos socioculturales. La práctica médica se apropia de los cuerpos a través de sus intervenciones y su discurso disciplinador sobre ellos (Foucault, 1992).

En este sentido, el Estado debe garantizar la implementación de políticas públicas, para una adecuada **atención** en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género y los derechos humanos antes, durante y después del parto. En el caso específico de la atención del embarazo y el parto, en Argentina, la aprobación de la Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres², sobre parto humanizado, menciona la falta de información y comunicación por parte de médicos/cas y enfermeras/ros. De hecho, establece que las mujeres deben ser tratadas con respeto, informadas y asesoradas sobre los procedimientos médicos y de la medicalización que se utiliza en cada caso.

De este modo se intenta romper con el esquema de poder, que se representa hasta este momento, donde a través de técnicas y prácticas médicas, “se cristalizan relaciones de poder: el que interviene, ve, palpa, decide, corta y la que tiene que obedecer, no tiene dominio de su propio cuerpo y debe dejar hacer” (Pozzio, 2013, p.18). Se trata de un poder que se caracteriza por su sutileza.

1.4.5 El concepto de Representación Social

Dado que la mirada central de este análisis estará puesta en las representaciones que tienen las mujeres primíparas acerca del parto, cobra importancia trabajar con la representación social que de este proceso hacen, teniendo en cuenta que es a partir de las representaciones sociales que las personas producen los significados necesarios, no solo para comprender lo que acontece en el mundo, sino también como un modo para comunicarse y actuar.

Si bien Emile Durkheim, sociólogo francés del siglo XX, reconoció la existencia de un pensamiento colectivo, de representaciones sociales que motivaban los comportamientos de los hombres, no es hasta mediados de siglo, con los estudios de Moscovici (1979), que la noción de representaciones sociales empieza a cobrar importancia dentro del campo de los investigadores de la época.

² Ley N° 25929. Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro. Sanción.- 25 de agosto de 2004 Promulgación.- 17 de septiembre de 2004

Moscovici demuestra que las Representaciones Sociales (RS) se construyen y reconstruyen a partir de un material cultural que se da por medio de la interacción social. Las RS permiten entender la complejidad del medio a través de categorías más simples y, de esta forma, son una guía para el comportamiento de las personas y un modelo interpretativo y evaluativo de la realidad circundante.

Representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblarlo, repetirlo o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarle el texto. (...) Las representaciones individuales o sociales hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o que debe ser (Moscovici, 1979, p. 33).

En la actualidad se pueden encontrar distintas corrientes de pensamiento que trabajan en torno a las RS, pero con diferentes metodologías y análisis, entre ellas: La Escuela de Ginebra, la Escuela Estructural y la Escuela Clásica.

El estudio se basa en los principios de la Escuela Clásica, cuyo principal referente es la Dra. Denise Jodelet (1991), quien se destaca por su investigación teórica y empírica sobre representaciones sociales con aplicación en el campo de la salud, el cuerpo y el medio ambiente, considerando que las representaciones integran fenómenos cognitivos con implicaciones afectivas y normativas, los cuales determinan una manera específica de interpretar la realidad, dando sentido a la experiencia dentro de un tiempo histórico determinado.

De este modo, se tuvieron en cuenta distintas estrategias de comprensión de la realidad social de los sujetos que conforman un grupo, en este caso de las mujeres primíparas, teniendo en cuenta que las RS son, según Jodelet, conocimiento espontáneo.

Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición y la comunicación social (Jodelet, 1984).

Así, las representaciones sociales, se producen y reproducen por medio de la interacción que se entabla con otras personas, como con el medio circundante, además orientan en el modo de actuar y percibir el entorno, por lo tanto, “dependen o al menos (...) están estrechamente relacionadas con las posiciones y pertenencias de clase y las actividades de los sujetos.

En el caso concreto de la mujer primípara, su interacción social, su vida social, se verá modificada durante el lapso que perdure su embarazo y parto; a su vida cotidiana le sumará controles médicos periódicos, y comenzará a relacionarse de manera habitual, con su médico/a. Sus palabras, la información que le aporte u omite, el modo en el que se comunique con ella, podría modificar la representación social que ella haga del proceso. En este punto, es menester reparar en la atención médica con la que se encuentra la mujer al momento de la concepción, dado que, a través de la historia, el cuerpo de la mujer y el parto específicamente, han sido ensayados y tomados como objeto de estudio.

La necesidad social de reproducción biológica, afirma Bourdieu (1993), no es determinante en sí misma de nada, será la construcción social de lo biológico, los significados atribuidos a los cuerpos de hombres y mujeres, quienes proporcionen “un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos” (p.37).

El proceso metodológico llevado a cabo, consistió en una investigación con enfoque cualitativo, centrado en las experiencias de parto de mujeres primíparas de entre 20 y 35 años, de nacionalidad argentina y de clase socioeconómica media, que fueron atendidas en centros de salud públicos y/o privados de la ciudad de General Roca, provincia de Rio Negro, durante el periodo marzo/abril del año 2017. La muestra considerada fue de 11 personas, las cuales resultaron seleccionadas de forma no probabilística intencional, es decir, según la disponibilidad de las mismas para acceder a las preguntas del entrevistador.

La recolección de la información se realizó de manera presencial por medio de entrevistas que fueron grabadas, previamente a las cuales se solicitó el consentimiento informado de las participantes. El tiempo requerido para las mismas fue de 30 a 40 minutos.

Durante la grabación de las entrevistas se solicitó a las mujeres que contaran su experiencia acerca del nacimiento de su primer hijo, su percepción acerca de la situación vivida, cómo debería haber sido o cómo esperaban que fuera. Se trató de entrevistas flexibles en las que se priorizó el relato de la mujer entrevistada, donde el vínculo se fue dando de manera empática y natural a partir de la convocatoria suscitada por la temática, ya que se trata de una cuestión que afecta interna y profundamente a muchas mujeres.

Se adjunta a continuación una tabla en la que se detallan las edades de las mujeres participantes y si fueron atendidas en un nosocomio público o privado:

| Nombre ficticio | Edad | Lugar de atención |
|------------------------|-------------|--------------------------|
| Natalia | 34 años | Hospital público |
| Candela | 35 años | Clínica privada |
| Mariela | 28 años | Clínica privada |
| Fernanda | 28 años | Hospital público |
| Soledad | 20 años | Hospital público |
| María | 21 años | Clínica privada |
| Nadia | 28 años | Clínica privada |
| Sofía | 32 años | Hospital público |
| Romina | 23 años | Clínica privada |

| | | |
|--------|---------|-------------------|
| Miriam | 33 años | Hospital público |
| Paola | 33 años | Sanatorio privado |

Capítulo 2: Maternidad y parto como un hecho cultural

En este capítulo se recupera el análisis de las entrevistas realizadas para comprender las representaciones de las mujeres que conformaron la muestra en relación al modelo médico hegemónico, la medicalización, la estandarización de las prácticas médicas, la construcción social del dolor y la maternidad como hecho cultural, abordando la temática de manera de integrar la información obtenida con la perspectiva teórica propuesta

2.1 El accionar del Modelo Médico Hegemónico

Como se ha podido observar en el apartado teórico, el Modelo Médico Hegemónico (MMH), centra la atención en lo biológico perdiendo de vista lo humano, lo cual abarca el contexto social, histórico y cultural de la persona. De esta manera, se anteponen otros intereses o se priorizan cuestiones que no revisten el mayor significado para quienes requieren de la atención profesional, pero esto está validado de esa manera dentro del modelo, y resulta difícil oponerse a ello.

Al respecto, Foucault (1990) sostiene que la medicalización es una práctica relacionada al control, la normativización y el poder. El poder de normativización de la medicina abarca se ejerce eficazmente a través del control de los cuerpos, y responde a los intereses y necesidades del Estado, por lo cual puede afirmarse que “se trata de una cuestión política en la que las criaturas son bienes sociales” (p.97).

En este punto, Taussig (1995) cuestiona que las prácticas médicas utilizadas actualmente en los embarazos y partos generan una pérdida de control por parte de las mujeres embarazadas, descartando sus vivencias y juicios sobre su estado bajo la supremacía de criterios científicos que alienan los propios sentidos en beneficios del/la profesional al que se supone conocedor/a de “las cosas como deben ser” (p.114).

Dado que al profesional se le reconoce el monopolio legal del conocimiento, la asistibilidad de las mujeres está socialmente reconocida, por lo que, mediante el uso de los servicios médicos, se convierten en “pacientes”, es decir, dependientes de la acción médica en condiciones de pasividad. En este contexto “se anula o ignora el punto de vista del profano y se excluye la iniciativa en la determinación de decisiones y la capacidad personal de enjuiciar la situación” (Uribe, 1998, p.305).

Como cuenta Natalia³ desde su experiencia de atención en una clínica privada,

³ Cabe mencionar que se trata de nombres de fantasía para proteger anonimato y confidencialidad de las fuentes

“Todo lo que paso estaba muy lejos de como yo imaginaba que iba a ser mi parto, mi mama, mis amigas que habían sido madres, me habían hablado del dolor, pero también de que eso solo duraba un momento, que una vez que tuviera a mi bebe en brazos, todo eso pasaría, y estaría todo bien, sin embargo, estuvo lejos de ser solo eso, porque los miedos empezaron mucho antes, al médico le importo muy poco que yo no era de Roca, que estaba sola con mi marido y no sentí que tuviera empatía con eso. Creo que el médico tiene que entender que, si una está ahí, sentada frente a él para que atienda nada más y nada menos que el nacimiento de nuestros hijos, es porque sentimos una gran confianza en él o en ellos o en ellas, y eso deben valorarlo. Yo me sentí subestimada, como que, si me explicaba, no iba a entender”.

Natalia, 34 años.

Vemos que, tal como menciona Menéndez (1990), se produce “una relación de subordinación y sometimiento al sistema que incluye la total aceptación de sus métodos y discursos” (p.62). Esta relación entre médico y paciente se caracteriza por la obediencia del último junto con la no consideración de sus opiniones, iniciativas o decisiones, evidenciada en una aparente comunicación en la que la palabra del paciente no es escuchada.

El curador expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y frecuentemente excluyendo los saberes y afectos del paciente, lo cual se expresa sobre todo a través de la negación, desinterés o carencia de importancia dada a la palabra del paciente” (Menéndez, 2000, p.314).

Por otro lado, existe una tendencia hacia el modelo de educación sanitaria en el cual se intenta implicar a las mujeres parturientas y motivarlas a adoptar una actitud activa en las prácticas de prevención y mantenimiento de su salud. De este modo, ocurre a su vez “una desresponsabilización del fracaso por parte médica, siendo la persona el único responsable de los riesgos de su enfermedad – embarazo” (Uribe, 1998, p.307). Es por ello que las mujeres, descartando sus sensaciones y opiniones, eligen aceptar los discursos impuestos como vemos en el siguiente fragmento:

“Lo que me pasó, es que llegó esta fecha probable de parto y empezó la agenda del médico a presionar en sentido de decir, esperamos dos días más, esperamos tres días más y si no nace hacemos una cesárea, y no, yo a una cesárea no quería ir, y no bueno, pero no sigamos esperando, porque además él tenía programado un viaje”.

Natalia, 34 años.

En concordancia con lo mencionado, en la investigación presentada por Drake (2014) se observa que no se promueven prácticas de parto culturalmente respetuosas, lo que exige una revalorización del respeto a la mujer y a sus decisiones a la hora de dar a luz. Sin embargo, como se ha mencionado, la Organización Mundial de la Salud sostiene que no hay ninguna justificación para que se mantenga una tasa de cesárea mayor a 15%, por lo que aún si se requiere de intervenciones o cirugía abdominal, estos procedimientos deben realizarse respetando los principios del parto humanizado.

Este modelo modelo invita a tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio. A su vez, la legislación argentina indica que toda mujer debe ser considerada en su situación respecto del proceso de nacimiento como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto y, además, se privilegia al parto natural con el objetivo de que la mujer viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, y siendo protagonista de su parto (Vela Coral, 2015), lo cual no se observa en el relato de la entrevistada:

“Me sentí realmente indefensa en el sentido de que hacía muy poquito que vivía en General Roca, realmente no tenía trato con otro médico, no tuve por ahí el coraje de decir voy a hacer otra consulta, me sentía ya muy sobre el momento como para irme a otro lado, y terminé en una cesárea, con anestesia, cortes, una cirugía... que no era lo que yo quería. No disfruté la situación, es más, pasé por una situación realmente penosa, me sentí operada”.

Natalia, 34 años.

Lo mismo ocurre con el relato de Candela, quien expresa no haberse sentido respetada por el personal de salud del lugar donde fue atendida al momento del nacimiento de su primer hijo:

“Quería saber que me hacían, o que iba a pasar, pero solo me decían que ya venía el médico. Ahí ya estaba muy nerviosa, porque no nos decían nada, todo estaba supeditado a la llegada del médico. Vos crees que alguien me pregunto, ¿cómo estás? ¿cómo te sentís? Gordita de acá, gordita de allá, pero nadie me decía nada, hasta que sentí los latidos de mi bebe, y ahí pude respirar tranquila... pero ya te digo, fue una situación muy estresante”.

Candela, 35 años.

Al respecto, Montes Muñoz (2007) sugiere que generalmente las mujeres deben someterse a los profesionales aceptando lo que ellos dicten sin posibilidad de opinión o decisión sobre su situación. Estos justifican sus prácticas con el objeto de garantizar su salud a través del control del

embarazo, pero sin hacerse responsables de lo que en último lugar pueda ocurrir, dado que la responsabilidad es de las propias mujeres.

Se trae a colación aquí lo mencionado por Odent (2006) acerca de considerar a la cesárea como “la panacea del parto indoloro, rápido y efectivo”, que tendió a transformar los partos naturales y antropológicos en opciones más “seguras”, mediante el uso de una mayor tecnología. Como nos cuenta Candela,

“Yo sabía que iba a cesárea porque tengo problemas anteriores al parto. Sin embargo, a pesar de que iba a cesárea, ya te digo, rompí bolsa y fui a la clínica y empezaron a hacerme monitoreo, y no me decían que pasaba, yo me puse nerviosa, porque no sabía que me estaban haciendo”.

Candela, 35 años.

Tanto en el relato anterior como en el siguiente, se ponen en evidencia las contradicciones de la práctica obstétrica, donde ante el miedo de que los errores médicos puedan conducir a denuncias, todas las actividades médicas de atención se encuentran protocolarizadas, detallando las pautas, controles y pruebas que se deben llevar a cabo durante el embarazo y el parto.

“Me desperté esa noche con algunas molestias y cuando me levanto, me siento mojada, rompí bolsa. Bueno, yo ya tenía todo organizado, porque como te dije, ya sabía que iba a cesárea, así que acomodamos el bolso y demás y nos fuimos a la clínica. Nos atendieron rápido, a mi pareja le pidieron todos los datos de la obra social y eso, y mientras a mi me trasladaban, a hacerme estudios, mientras esperábamos a mi médico.

Candela, 35 años.

Estas prácticas llevan estandarizadas más de 70 años, con grandes modificaciones en el aspecto tecnológico, desde que el parto pasó de ser un acto natural de las mujeres a convertirse en una rutina sanitario-hospitalaria, homogénea, controlada y regulada por el personal de salud, como menciona Castrillo (2014). En lo que Odent (2006) “la era electrónica del nacimiento” (p.35), también el formato de la medicalización se ha ido modificando, pues se ha reemplazado el uso de morfina y escopolamina, por anestesia epidural para evitar el dolor.

De un modo u otro, lo que ocurre es que el Modelo Médico Hegemónico reduce a los individuos a su dimensión física, perdiendo de vista el contexto social o la necesidad específica que requiere la persona que está siendo atendida (Sicardi Aragón, 2018). Esto sucede debido a un marcado biologismo que hoy en día se constituye como base de la formación médica profesional, sesgado por su ahistoricidad y asociabilidad, como menciona Menéndez (1998).

Para Sadler (2004), la naturalidad con que se abordaba en la antigüedad el proceso del parto, dejó paso a concebirlo como un proceso patológico que debe ser controlado, sin lograr establecer una separación entre los partos normales de los que presentan complicaciones. Castel (1986) indica al respecto que las pautas para el seguimiento del embarazo se constituyen en un código normativo con características de ley. Aunque el estado de salud de las embarazadas sea óptimo, se deben realizar ciertas pruebas molestas e inútiles porque así está indicado y esto no puede ser anulado por los/as profesionales, bajo su propia responsabilidad de no cumplir con las políticas de gestión de riesgos, tal como menciona Candela:

“Yo creo que los procesos naturales se han desnaturalizado tanto, que uno no sabe si realmente son necesarias ciertas prácticas, como las ecografías, en 8 meses me hicieron 7 ecografías, a pesar de tener un embarazo normal”.

Candela, 35 años.

Esta naturalización de la necesidad de ser intervenidos por distintas prácticas de salud, en este caso las relacionadas a la atención al parto, es una característica de la medicina actual, la cual prioriza el biologismo y la eficacia pragmática, y hegemoniza el control sobre lo referente al cuerpo humano. El poder sobre la salud de cada persona, en este caso las mujeres primíparas, queda en manos del personal médico, quienes “controlan” el parto sin atender a los procesos naturales de cada individuo ni tampoco al vínculo entre médico y paciente.

Lo anterior se condice con la investigación presentada por Gayeski y Brüggemann (2009), quienes recuperaron las percepciones de las puérperas brasileras sobre la vivencia del parto, con el objeto de revalorizar las mismas en pos de una mejor experiencia.

De esta manera, la experiencia de la maternidad ha dejado de ser positiva y enriquecedora para las mujeres, e incluso algunas de ellas tienen dificultades para superar lo que consideran el cuerpo alienado en el embarazo y parto a causa de la excesiva intervención médica en el parto, en la manipulación innecesaria del cuerpo, la medicalización, y la ausencia de sentirse contempladas como sujetos de derecho, como queda en evidencia a partir del siguiente relato:

“Lo que sabía era que iba a ser complicado, el parto. El médico me había dicho que iba a cesárea, pero siempre me quede con la duda, porque como rompí bolsa, quizás hubiera podido... no sé, y ya no lo voy a saber. El embarazo ya te digo, todo normal, pero, yo tengo sobrepeso, y eso genera ciertas incomodidades en la atención, imagínate a parte de gorda, embarazada... eso no lo contemplan en la atención, y fue feo el trato después de la cesárea, porque no podía moverme bien, y no sentí empatía en la atención, al contrario, por momentos sentí hasta vergüenza... lo de “gordita”, ya se como soy, no necesito que me le recuerden y

menos en una situación de tanta vulnerabilidad. Es así, como que se olvidan que una esta desnuda, completamente entregada, vulnerable, intentando vivir un momento único, deberían tenerlo en cuenta”.

Candela, 35 años.

Algunos estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985; OMS, 1999; Chalmers, Mangiaterra y Porter, 2001), plantean que ciertas prácticas debieran ser eliminadas por considerarlas perjudiciales o ineficaces, y promueven el respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto, al derecho de la mujer a su intimidad, a la elección de los acompañantes, a la libertad de posición y movimientos durante todo el parto, al apoyo afectivo de los asistentes, y a que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado, desaconsejando aquellas prácticas que limiten o anulen estas propuestas.

Un ejemplo de ello es lo que destaca la entrevistada que se hace llamar Mariela, sobre su propia experiencia al dar a luz:

“Llega el médico con las instrucciones a la enfermera y rápidamente me ponen una vía, me acuestan, me colocan oxitocina, me revisan, me hacen tacto y un monitoreo, ya tenía ocho de dilatación que es una buena medida, a los diez el hijo ya nace, pero a pesar de eso el medico decide romperme la bolsa, sin entender yo un poco que pasaba me sentí un poco abrumada”.

Mariela, 28 años.

Como se ha mencionado, las mujeres, desde el inicio de su gestación, concurren por lo general a un servicio médico llamado “Control del Embarazo”, donde los discursos y prácticas se imponen socialmente y construyen de esta manera el eje por donde va a girar la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso procreativo. Pero, como se puede ver, en algún punto estas prácticas se han despersonalizado, priorizando el conocimiento médico de “lo que se debe hacer” por encima de la voluntad del paciente, que, en este caso, no es tal.

“Mi embarazo venia bien, mi hija fue muy deseada, así que cumplía a raja tabla con todas las indicaciones médicas, la verdad es que no cuestionaba lo que me decía el medico en las consultas, acataba, ahora que lo pienso, quizás debí haber sido más preguntona, como para que sepa que no podía hacer conmigo lo que quisiera. Pero yo leía mucho, estaba informada, porque quería que sea todo hermoso, y por sobre todas las cosas quería un parto natural... eso quería, un parto natural, no que sea solo vaginal, como lo fue... quería que se respetaran los tiempos, pero eso no paso. Lo peor es que yo creía que había fallado, ahora sé que no, que hubo cosas que se podían haber evitado.”

Mariela, 28 años.

Esta relación de poder que se establece en el vínculo médico–parturienta, hace mella en la comunicación que se establece entre ambos, dado que limita la información brindada por el médico y aumenta la posible desinformación (y los miedos) de la mujer primípara. Si bien Beltrán (1998) ha hecho referencia a la diferenciación entre los conceptos de información y comunicación dentro del ámbito de la salud, se entiende que es necesario profundizar la segunda para dar mayor lugar a la primera, y no a la inversa.

La comunicación así vista podría dar lugar a prácticas más humanas, capaces de superponerse a la estandarización y rutinización del sistema, que lleva a tratar todos los partos con el mismo set de procedimientos, como menciona Sadler (2004). De esta manera podrían evitarse experiencias traumáticas como la expuesta por Mariela:

“De repente la oxitocina sintética empieza a hacer su trabajo en mi cuerpo y las contracciones son terribles, dolorosas, no podía resistirlas, me acuerdo que estaba acostada, no me podía mover, quería desaparecer de ese lugar, rápidamente a la sala de parto, con los tajos y no esperar a que el proceso continuara naturalmente”.

Mariela, 28 años.

Por otro lado, dentro de este Modelo, la relación médico–paciente que se origina, resulta asimétrica. Se genera una subordinación social y técnica del paciente, donde a mayor medicalización del proceso de parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan ejercer durante el parto (Sadler, 2004), por lo cual la maternidad y su acepción social y cultural se ven modificadas, transformadas de acuerdo a las practicas impuestas.

De este modo, las prácticas médicas estandarizadas exigen que las mujeres que van a dar a luz se entreguen a un proceso similar al del tratamiento de enfermedades, donde la intervención médica se expresa de manera autoritaria e implica la consiguiente medicalización, tal como puede verse en el siguiente relato:

“Hicieron cosas sin que me preguntaran y sin yo saber de qué se trataba. Lo primero fue cuando el médico me reviso el día anterior a iniciar mi trabajo de parto, él me despego las membranas y me puso un óvulo de prostaglandina para iniciar el proceso de parto, por eso él sabía que mis contracciones no iban a pasar más de doce horas, por eso sabía que se iba a desencadenar el trabajo de parto, y otro el tema de la oxitocina, el que me rompan la bolsa con ocho de dilatación, porque digamos, no había motivo para apurar ese parto, me sentí mal, abrumada en ese momento pero peor en el tiempo, porque nunca supe exactamente qué era lo que me estaban haciendo”.

Al respecto, la investigación llevada a cabo por Rufino (2020) evidenció que los profesionales de salud tienen interpretaciones variadas sobre cómo llevar adelante un parto que se considere “respetado”. Dado que no hay una definición clara del mismo, las diferentes interpretaciones sobre el parto respetado llevan a los profesionales de la salud a asistir a las embarazadas en maneras diferentes, lo cual se agrava a causa de que no hay una única entidad que controla o supervisa el cumplimiento de la ley.

La investigación de Rufino (2020) evidenció que, si bien algunos profesionales tienden a darle lugar a los deseos de la mujer embarazada y su pareja o su acompañante, ofrecen cierta participación en la toma de decisiones, en la elección en el método del parto, en la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, e intentan no ser invasivos con procedimientos innecesarios hacia la mujer o al recién nacido, no todos los profesionales de la salud trabajan con la responsabilidad de respetar a la embarazada y garantizar sus derechos.

Uno de los problemas que conlleva a esta situación, según los profesionales entrevistados, es el problema del acceso a un anestesiólogo al momento de dar a luz, dada la cantidad limitada de anestesistas a nivel nacional. En algunos lugares, los médicos pueden contar con anestesistas solamente tres veces por semana, por lo que, si hay una mujer que está en el trabajo de parto y se acerca la hora de que los anestesistas se retiran y no regresan hasta dentro de dos días, los profesionales prefieren realizar una cesárea para evitar tener que enfrentar alguna complicación futura sin tener la posibilidad de un contar con un anestesista. Algo similar ocurre cuando se aproximan fechas de festejo como año nuevo o feriados en que el profesional tiene otros planes, para lo cual necesita desentenderse del tema (Rufino, 2020).

Por otra parte, la información que se brinda a las mujeres sobre los beneficios y riesgos de su embarazo, es algo que pueden manejar los profesionales a su conveniencia, lo que lleva a que la mujer tome decisiones que benefician al profesional y no a ella, a causa de que en su formación de pregrado y en la residencia de posgrado, los profesionales aprendieron que hay que acelerar los tiempos con el uso de oxitocina, con colocación de vía de solución fisiológica, y hacer episiotomías, sin esperar los tiempos fisiológicos naturales.

Sin embargo, el abuso de las cesáreas trae complicaciones en todo sentido, desde un mayor riesgo de infecciones postoperatorias, ya sea de la herida quirúrgica o del útero, además de que dificulta la deambulación y retrasa el momento de inicio de la lactancia, dificulta muchas veces el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, y cabe destacar que la mortalidad materna es mucho más alta en casos de cesárea que de parto natural. Por ende, desde el punto de vista sanitario es un problema y es un tema a abordar con mucha seriedad (Rufino, 2020).

2.2 La Construcción Social del Dolor

En lo que respecta al dolor, López Timoneda (2003) asegura que “no hay evidencia alguna de que el dolor en el parto sea beneficioso para la madre o el feto, sino todo lo contrario (...) una experiencia desagradable, con importantes efectos psicológicos sobre la parturienta, que pueden determinar perturbaciones emocionales” (p.447).

En este sentido, la construcción social del dolor evidencia ciertas formas sociales de dominación, las cuales siguen manteniendo las diferencias de poder y subordinación dictadas desde las instituciones de poder; es este caso, el sistema médico (Montiel, 1997).

Para Otegui (2000), el dolor “puede ser considerado un operador de primera magnitud para investigar las formas socio-históricas y culturales de plasmación de relaciones sociales más amplias” (p.229), por lo que los usos y significados del dolor en el parto, demuestran la ideología dominante respecto a las medidas aceptables de dolor y cómo debe sentirse, expresarse o afrontarse.

Un ejemplo de ello puede observarse en la experiencia de Fernanda, que se adjunta a continuación:

“A los pocos meses de embarazo, empecé a pensar en el parto, pero no podía dimensionar todo lo que en sí significaba, hasta que empezó a acercarse la fecha probable, y los miedos se acrecentaron, como iba a hacer para hacer nacer a mi bebe, no me sentía capaz, no sabía si iba a soportar el dolor, porque lo primero que una piensa es en eso... en el dolor que eso nos va a generar. Entonces, cuando uno habla de parto respetado, nos llenamos la boca, pero después, todos nos decimos, sí, todo bien, pero... al final, esperamos la cesárea, creemos que eso va a ser más simple, fácil y sin dolor... no lo sé, no creo que sea así”.

Fernanda, 28 años.

Con respecto al dolor, el parto respetado ofrece diversos métodos no invasivos ni farmacológicos que pueden ofrecer alivio y ser utilizados durante el proceso de parto, sin embargo en General Roca, no existe ningún centro de salud que al día de hoy aplique tales métodos, como la inmersión en agua templada, el masaje, la inyección de agua estéril, el apoyo continuo durante el parto, la libertad de movimientos, la acupuntura, las técnicas de relajación, las pelotas de parto, la musicoterapia y audioanalgesia o la aromaterapia.

Enkin et al. (1995) sostienen que resulta efectivo el apoyo brindado por el acompañante mediante la realización de masajes en la zona lumbar, además de otros métodos que activan los receptores sensoriales periféricos como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, el uso de calor y frío de superficie, aunque la efectividad de estos métodos no ha sido del todo establecida.

Asimismo, entre los agentes sistémicos existen un grupo muy numeroso de fármacos que pueden proporcionar un gran alivio del dolor pero a costa de efectos secundarios no deseados (Dickersin, 1989; McAllister, 1980), por lo cual el enfoque de parto humanizado implica informar a la paciente de estos posibles efectos y respetar la decisión que tome con respecto a la elección de la técnica analgésica para el manejo del dolor de parto.

Sin embargo, esto no sucede en muchos casos, tal como detalla Soledad:

“Cuando empecé a sentir dolores fui al hospital, me dijeron que no, que vuelva a mi casa, nadie me preguntó la intensidad del dolor, me hicieron tacto y me dijeron que vuelva mas tarde. Hice eso. Me fui hasta mi casa, no terminamos de bajar del auto que sentía un dolor insoportable. Volvimos al hospital, y de repente ves que te meten cosas, que te hacen acá, que te agarran, es como que estas a las manos de ellos, vos no podés hacer nada, me acostaron y así tuve a mi bebe. No me informaron nada, y lo tuve acostada, después averigüé bien, y me enteré que podía haber elegido tenerlo sentada en un sillón”.

Soledad, 20 años.

También el trato del profesional que atiende el parto puede tener cierto efecto sobre la percepción de dolor, tal como lo demuestran algunos estudios donde madres primerizas evidencian que el apoyo ofrecido por los profesionales de la salud durante el parto ejerció un efecto positivo sobre la experiencia final del parto y el alivio del dolor (Waldenström y Gottvall, 1991). Por el contrario, la falta de apoyo por parte del personal de salud puede generar el efecto contrario:

“Las enfermeras empezaron a retarme. Me decían que tenía que aguantar, y que dejara de gritar. Y si no hacia caso iba a ir a cuchillo, así, en esos términos me decían. Imagínate, en vez de tranquilizarme me ponía aún más nerviosa, cero consideraciones”.

Fernanda, 28 años

En cuanto a la medicalización, Cannellotto (2008) considera que ciertas cuestiones que son naturales y no representan una enfermedad, suelen ser vistas y tratadas como “problemas médicos”, haciendo parecer esas acciones como “cuidados” que se ofrecen al ciudadano desde la intervención estatal (Foucault, 2002), lo cual se encuentra más ligado a un mecanismo de control, que al cuidado de la salud en sí.

Esto se explica por dos razones muy diversas: la primera de ellas, es que el cuerpo femenino y su capacidad reproductiva han sido vistas por la ginecología históricamente como hechos patológicos o defectuosos (Davis Floyd, 1992) y las bajas tasas de natalidad, que constituyen un

medio indirecto de control social de las mujeres, bajo la excusa de controlar que todos los embarazos y partos lleguen a buen término (Fuentes, 2001).

Sin embargo, poner el énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psicosociales evidencia una tendencia a medicalizar procesos biológicos normales, lo que ha generado que el parto se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer, conduciendo a que la mujer gestante se conciba como una “paciente” pasiva y dependiente (Sadler, 2003).

El control medicalizador a la hora de dar a luz, se ha instalado como práctica “normal” en los dos últimos decenios, principalmente en la cultura occidental, donde esta práctica se asocia con más facilidad a la idea de enfermedad, tal como sostiene Montes Muñoz (2007). A su vez, el campo de la medicina ha sido atravesado en los últimos tiempos por el uso de la tecnología, lo cual incrementa el criterio “científicos” de estas prácticas y menoscaba la sabiduría de las mujeres implicadas, las cuales han perdido el protagonismo en uno de los eventos más importantes de sus vidas. Al respecto, Mariela relata lo siguiente:

“En ese momento no me sentí del todo protagonista de mi parto, porque hicieron cosas sin que me preguntaran y sin yo saber de qué se trataba”.

Mariela, 28 años

Lo que se ha naturalizado a partir del afianzamiento del MMH es la necesidad de ser intervenidos a partir del biologismo, como si el cuerpo estuviese separado del sujeto y pudiera ser considerado un receptáculo de la enfermedad, tal como menciona Schwarz (2009). Esto mismo es puesto en evidencia en la experiencia de María:

“Apenas entré a la habitación, me pesaron, me controlaron la presión, me dijeron que me ponga la bata, me pusieron un suero. Me acuerdo que primero me pinchó y le había errado a la vena, yo sentía que no era el momento para que me hicieran eso, porque estaba con contracciones y además me pusieron una pastilla intravaginal, me dijo: esto es para ayudarte, algo así me dijo. Y a pesar de que yo sabía algunas cosas, porque yo había hecho el curso de yoga pre parto, en ese momento me dejaba hacer, sabía que tenía que imponerme, pero ahí pensaba: si me están haciendo esto por algo debe ser, y me dijo que tenía que estar acostada media hora, para que absorba la pastilla”.

María, 21 años.

La OMS (1999) evidencia que “el concepto de normalidad en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado” (p.3), marcando diferencias respecto a lo que se entiende por

“normal” en distintos países, y poniendo en relieve una concepción tendiente a la complementariedad entre los saberes médicos y los que no son considerados igualmente científicos.

De esta manera, se promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestionando los discursos hegemónicos con el objeto de introducir cambios en las instituciones hospitalarias como es en España el caso del Protocolo de Asistencia al Parto (PAPP, 2003). Este presenta un carácter innovador por las aportaciones que se introducen en la ideología médica y, como consecuencia, en la relación médico/paciente.

2.3 La Maternidad como un hecho cultural

El parto implica el nacimiento de un nuevo ser, y al mismo tiempo, la transformación de la mujer en madre, lo cual se encuentra revestido de implicancias sociales y culturales, que generan un mundo cuyos significados le otorgan sentido. Cabe mencionar que el concepto de maternidad se ha ido modificando a través de la historia, adaptándose a cada etapa y contexto con los mismos valores, normas e ideales que establecen las representaciones que conforman el orden social.

Como sostiene Godelier (2010), las sociedades crean culturas para vivir, con normas, valores y significados que orientan la acción a la vez que le otorgan sentido. La cultura es parte de la misma existencia humana, y es a su vez el trasfondo en el que germinan los procesos comunicativos y se construyen nuevas significaciones del mundo social (Cordero Durán, 2018).

Tal como destacan García Jordá y Díaz Bernal (2010), la maternidad ha sido referente social en la construcción de la identidad de las mujeres, por lo que se constituye en la institución básica de la subjetividad femenina: deseos, necesidades, fantasías e intereses suelen estar asociados al hecho de ser madres. Algunas de estas construcciones pueden observarse en el relato de Nadia:

“Se acercaban los 30, y la pregunta que no faltaba en ninguna reunión era ¿Para Cuándo? Considero que es un mandato, como si hubiera que cumplir con la función de ser madre, me pasaba en todos lados, porque desde los 17 años somos novios con mi pareja y entonces parecía que todo el mundo estaba apurado por vernos como una familia, no entendían que ya lo éramos, aun sin tener hijos. A mí me peso mucho la presión de las mujeres de la familia, que te dicen, que no deje pasar el tren, que lo lindo que sería... ahora que tengo una, ¡me preguntan por el hermanito!”

Nadia, 28 años

En este aspecto, puede decirse en acuerdo con Royo Prieto (2011) que la maternidad es un constructo social que ha estado históricamente asociado a la fecundación. Es por ello que la palabra “mujer” se asocia aún hoy en día con la palabra “madre”, como menciona Arvelo Arregui (2004).

Sin embargo, en la sociedad actual, muchas mujeres se permiten tomar decisiones diferentes sobre su propia vida, incluso eligen si desean o no tener hijos. Las modificaciones que se han introducido en las últimas décadas en la construcción cultural de la maternidad y su idealización, y que surgen de una mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, su autonomía económica, la anticoncepción, el valor del tiempo libre y la mayor formación, entre otros factores, han transformado el concepto de maternidad de un fin en sí mismo a una posibilidad más entre otras de su vida. Al respecto, se adjunta la opinión de Romina, otra de las entrevistadas:

“Podría decir que para eso hemos sido “creadas” para ser madres, pero no considero que este acto biológico y fisiológico sea crucial para la vida de una mujer. La maternidad debiera ser un deseo, y no un destino”.

Romina, 32 años.

En este sentido, es necesario comprender que existen una gran diversidad de formas de pensar y actuar en las mujeres respecto de la maternidad, en relación con su edad, sus condiciones de vida, y su historia familiar. Como sostiene Esteban (2000), la maternidad se estructura en el conjunto de relaciones sociales dentro de un determinado sistema de género, por lo que las mujeres son herederas de discursos específicos acerca de la maternidad, lo cuales incluyen la alimentación, crianza y educación de las hijas/os.

Esto se condice con la investigación realizada por Schwarz (2009) para el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), donde la autora analiza las percepciones y prácticas acerca de la maternidad en ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media urbana argentina, llegando a la conclusión de que la institución médica refuerza los estereotipos tradicionales de género legitimándolos a partir de las diferencias biológicas entre mujeres y varones.

El discurso médico legitimado, desde su triple autoridad -masculina, respaldada por la ciencia y al servicio del Estado-, difunde un modelo de mujer maternal más dinámico y acorde con las necesidades que planteaba el progreso social de principios de siglo, pero conservando la ideología tradicional de base religiosa y sin introducir modificaciones en las estructuras de las relaciones de poder establecidas (Nash, 2000, p.628).

A las mujeres se les han atribuido características propias y naturales que las hacen aptas para el ejercicio de la maternidad e incluso determinan de qué manera se debe ser “una buena madre”, dando por sentado un instinto maternal que induce al amor al hijo/a nacido y predispone naturalmente para su cuidado. El amor materno, asociado al instinto, induce a la naturalización de la relación madre-hijo/a y la realización de aquello que se espera de las “buenas madres”, frente a la culpabilización de aquellas que no responden al instinto, a quienes se les llama “madres desnaturalizadas” (Badinter, 1991, p.264).

Cabe mencionar en este sentido la opinión de Sofía:

“La maternidad en sí misma, además de la lógica biológica, es una construcción cultural y social. Por lo tanto vas a encontrarte con que si es antes de los 20, es terrible, pero si es después de los 40 es una locura. Yo soy mamá a mis 23 años, y siendo honesta, no me sentía preparada, ni me sentía con un deseo desbordante de serlo, ni en ese momento, ni hoy. Es un rol difícil, y más aún cuando la imagen materna se ha idealizado tanto socialmente”.

Sofía, 23 años.

Ante esto, Ferro (1991) destaca que el instinto maternal, además de ser una expresión de dominación, “es en realidad solamente un mito” (p.12), pues en realidad se trata de procesos que requieren de aprendizaje y refuerzo para inducir a su cumplimiento y adaptación a lo que se espera y se ha definido socialmente como mujer-madre. Sin embargo, los patrones culturales del ideal maternal siguen manteniendo su influencia en nuestros días, adaptando sus discursos a las características del contexto social, tal como puede verse a continuación:

“Escucho seguidita la frase: ay, pero la vas a dejar solita (a mi hija), o qué egoísta como vas a dejar que sea hija única. Como si el supuesto futuro hermano solo tuviera la misión en este mundo de venir a "entretener" al hijo único, para que no se aburra, viste. Me parece un horror”.

Sofía, 23 años.

La realidad de las experiencias vividas y transmitidas por las mujeres, muestran cómo han elaborado estrategias personales de adaptación para equilibrar sus deseos y necesidades, con las exigencias de una tarea que debe ser redefinida:

“Cuando me pongo a pensar en eso, entiendo que las exigencias vienen de una cultura que por mucho tiempo no ha cuestionado nada, y que actualmente la mujer se encuentra mas empoderada. Escucho a mi abuela, y observo mi vida y hay un abismo de distancia, sin embargo, en ciertos aspectos sobre la maternidad específicamente hemos avanzado poco, a una mujer por no ser la madre que el mundo aceptaría como “Normal” la juzgan duramente, a un hombre por ser mal padre o padre ausente, aún no se lo cuestiona, la mujer tiene la obligación, el hombre tiene la opción”.

Romina, 32 años

La maternidad, entonces, se entiende como un patrón de conducta a seguir que se le atribuye a toda mujer desde la sociedad primitiva, y se le otorga a dicha conducta características específicas

según lo impuesto por la cultura, dependiendo del momento histórico que se atraviesa. Desde la época primitiva hasta la actualidad, la mujer y su rol dentro de la sociedad fueron tomando diversas y variadas características.

En las entrevistas realizadas, puede observarse que la percepción de las mujeres respecto al parto, es que se habla de parto cuando el nacimiento se da de manera vaginal. En los casos donde las mujeres habían parido mediante cesáreas, sentían que no habían podido “cumplir” con la norma y expresaban el deseo de saber de qué se trataba el parto natural. De hecho, sentían culpa por no haber podido lograrlo, como puede verse en los relatos de Candela y Romina:

“De a poco se me ha ido yendo, pero por mucho tiempo si tuve una idea de que la cesárea no es un parto. Me hubiese encantado pasar por un parto natural, saber de qué se trata el parto, me he escuchado diciendo que no es un parto, y que eligen cesárea para no sentir dolor, de que es lo más fácil, pero me pasa que me ha costado asumirlo”.

Candela, 35 años

“No solo que me he sentido mal, por no haber podido pasar por parto natural, sino que, y esto ha sido lo mas cruel, me he sentido como juzgada por no hacerlo, no sé bien como decirte, debe ser cosa mía, pero si he sentido en charlas y demás, como subestimada, cuando realmente lo que quizás te ahorres de dolor de parto, lo pasas después con el dolor del post operatorio”.

Romina, 32 años

Sin embargo, cabe destacar que la fecundidad no es similar a la maternidad, y que esta último no debe ser considerada una característica propia de la mujer, dado que, en el mundo de hoy, la mujer asume otros roles en su vida personal y laboral.

Para Castro Sánchez (2018), maternar es un neologismo impregnado de matices y representaciones y que despierta diferentes pensamientos y emociones asociados a la idea de cuidar, de generar lazos afectivos profundos, de criar, de aceptar que la vida de otro depende de la propia, de conectar con sus necesidades y darles respuesta, y de propender al despliegue integral de su persona, lo cual abarca cuidados, educación, protección, alimento y seguridad emocional.

Por otra parte, como menciona Tolaba (2021), “La maternidad no es el destino de toda mujer o cuerpo gestante, aun cuando haya sido fecundado e incluso que haya decidido parir, constituirse en madre” (párr.3). Al respecto, la Licenciada Ramos Monte acota que se otorga una connotación de esencial a algo que en realidad es una construcción socio cultural, dado que todas las mujeres tienen

el potencial de gestar y de dar a luz, pero esto debe incluirse en el propio proyecto de vida de manera voluntaria, sin imposiciones. “El destino de la mujer es la maternidad y hasta que no logremos desanudar estas ideas, la del rol de madre con su proyecto de vida, hasta que no logremos eso no vamos a tener plena libertad” (Rippel, 2021, párr.6).

A pesar de los cambios en la situación social de las mujeres y su mayor presencia en el mercado de trabajo, las presiones sobre la maternidad no disminuyeron, sino que reconfiguraron sus formas. Algunas de las mujeres entrevistadas, de hecho, han manifestado haber sido presionadas para tener hijos por parte de su entorno, entendiéndolo como un mandato social:

“¿Si me he sentido presionada? Si, por la sociedad en general, pero no es una situación que me enoje, al contrario, lo puedo comprender... pensábamos en adoptar, y me decían: ¿adoptar? Pero no es lo mismo que tengas uno de tu propia sangre”.

Miriam, 33 años.

Lo antedicho se condice con la investigación realizada por Jerez (2021), quien descubre ciertos mandatos de género en la militancia por el parto respetado de las agrupaciones de mujeres que investiga y que ven en la biología de las mujeres cisgénero un destino de maternidad. Al evidenciar que no es madre durante una entrevista, la autora recibe como parte de la respuesta la frase “para cuando lo seas”, lo que la lleva de nuevo a un análisis de la maternidad como institución capitalista y patriarcal donde se define a las mujeres cis como madres heterosexuales que cuidan niñas y niños heterosexuales, y cuyos mandatos sociales “naturalizan las emociones relacionadas con el amor y el cuidado que ellas deben sentir por (tener) sus hijas/os” (p.8). Esta naturalización de los mandatos sedimenta, en opinión de la autora, una identidad social que relaciona linealmente el ser mujer con maternidad, como una proyección que instala un valor de futuro.

Como se pudo ver a lo largo de este capítulo, las nuevas metodologías en medicina configuraron un sistema que facilitó los diagnósticos y tratamientos, pero a la vez llevó a que la mujer no sea protagonista de su parto, sino que sea concebida como mera paciente, lo cual se suma al rol que le exige la cultura dentro del contexto social, donde el concepto de mujer se encuentra íntimamente vinculado con el de madre.

Si bien la práctica médica intenta no patologizar al embarazo, parto y puerperio, tratándolos como procesos fisiológicos, los controla exhaustivamente para evitar riesgos (Blázquez 2005). De esta manera se inserta la medicalización, hegemonizando el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos, y estableciendo un control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva.

Tal como menciona Magnone Aleman (2010), resulta necesario problematizar los modos actuales de concebir y atender el parto, profundizando en el conocimiento de los derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva. En opinión del autor, percibir el parto como un evento patológico restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozarlo plena y autónomamente, lo que se constituye en una forma de violencia estructural de género.

En opinión de Cáceres, Molina y Ruiz (2014), se hace necesario reconfigurar los programas de atención materno-infantil que han sido formulados casi exclusivamente desde el paradigma biomédico, sin dar importancia al significado que tiene la experiencia de la maternidad para las mujeres.

De este modo, sería factible propiciar el empoderamiento de las parturientas con los programas de promoción de la salud, considerando que el significado que cada madre primeriza otorga a la maternidad, es la fuerza que la impulsa a obtener información, solicitar atención, acudir a las instituciones de salud, seguir las recomendaciones y orientarse hacia una maternidad saludable.

Capítulo 3: Parto Respetado

En este capítulo, observaremos, de acuerdo a la percepción de las propias mujeres que conformaron la muestra, cómo es la atención que propician los profesionales, tanto en el ámbito público como el privado, diferenciando información de comunicación, y profundizando en la atención del embarazo y el parto respetado.

3.1 Comunicación Médico - ¿paciente?

La llegada de un nuevo ser es un hecho que a la vez se encuentra cargado de significado cultural. Montes Muñoz (2007) asevera que se nace en una época y en un determinado contexto, en el que se articulan las representaciones y prácticas que lo ordenan y dan sentido.

Como se ha expresado en el marco teórico, el parto humanizado es un modelo que apunta a tomar en consideración las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio, con el objeto de que la experiencia sea vivida con la información suficiente como para ser un momento único, placentero y consciente. Este se valida por parte del Estado argentino mediante la Ley N° 25929 “Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres”, sancionada en 2004, y reglamentada 11 años después, la cual establece que las mujeres deben ser tratadas con respeto, informadas y asesoradas sobre los procedimientos médicos y la medicalización que se utiliza en cada caso. Se transcriben a continuación los artículos 2º, 3º y 4º por resultar los más relevantes para esta investigación:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 3° - Toda persona recién nacida tiene derecho:

a. A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b. A su inequívoca identificación.

c. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d. A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTÍCULO 4° - El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a. A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b. A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c. A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d. A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña. (Ley N°25.929, 2015)

Asimismo, Ramón Michel y Allori (2017) destacan el parto respetado, bajo un enfoque basado en derechos humanos (EBDH), exige analizar la discriminación estructural que enfrentan las mujeres en los sistemas de salud, y en cuanto a la relación médico-paciente. El EBDH implica que pueda aplicarse un paradigma de la salud de modo integral y no una atención aislada, el cuidado de la salud materna y la reducción de las muertes asociadas al embarazo, que el Estado trabaje sobre los determinantes sociales de la salud, que las mujeres sean reconocidas como titulares de derechos con capacidad para decidir acerca de sus vidas y participar en las medidas para mejorar la salud reproductiva y materna, que no se vean expuestas a actitudes, prácticas, mecanismos y estructuras discriminatorias, que se establezcan los principios necesarios para guiar la discusión, el diseño, la reforma y la implementación de políticas, programas y servicios en relación al empoderamiento, la equidad, la transparencia, la participación, y la sostenibilidad, entre otros.

Al respecto, Vela Coral (2015) sostiene que resulta fundamental que los profesionales de la salud posean conocimientos y capacidades para prestar el apoyo emocional adecuado, para el bienestar de la madre y su familia. La autora acuerda con Freyermuth y Sesia (2009) en que las mujeres deben parir y los bebés deben nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad, considerando como bases del parto humanizado los siguientes conceptos:

1. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico.
2. Las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.
3. La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad. (Freyermuth y Sesia, 2009, citado por Vela Coral, 2015, p.12)

Por su parte, Darra (2009) sugiere que el parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las madres y sus bebés, a la vez que convierte a la información en una herramienta para la toma de decisiones, procurando que la madre pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, eligiendo las mejores opciones para ella y su bebé. De esta manera, la mujer se ubica como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una vivencia de poder y apropiación de su cuerpo, del parir y del nacer.

Sin embargo, en las entrevistas realizadas se observó que las mujeres demostraban satisfacción en la atención recibida durante el embarazo, pero que la atención recibida durante el parto no cumplió con las expectativas de las parturientas. En este sentido, cabe destacar lo mencionado por Menéndez y Di Pardo (1996), acerca de que los discursos y las prácticas de los/as médicos/as obstetras son considerados de gran importancia para las mujeres que se encuentran a punto de dar a luz. La entrevistada que se hace llamar Mariela, define el momento con estas palabras:

“El momento es maravilloso, porque una está trayendo a su hijo al mundo, pero no porque propicien el lugar y el trato al momento del parto. Mi marido no estaba cerca de mí, estaba como a unos 5 metros”.

Mariela, 28 años.

En este caso puntual, el acompañamiento que por ley establece el estado, deberían tener las mujeres al momento del parto no se cumplimentó. Montes Muñoz (2997) menciona que, hasta no hace muchos años, al padre no se le permitía estar presente en los hospitales en el transcurso del nacimiento de sus hijos/as. Hoy, aunque todavía quedan voces disidentes, en general se promueve esta práctica, lo que reflejan la evolución que se está produciendo, en lo que se entiende por una mayor participación paterna en los procesos del embarazo y parto.

Desde una perspectiva psicologicista, Horvath Cea (1999) se centra en los beneficios de la participación de los padres en el parto, práctica que repercutirá según la autora en unas relaciones familiares más positivas con la criatura. Igualmente, Darra (2009) considera que el hombre, como compañero y padre, es también un protagonista importante, dada su oportunidad de crecimiento como varón y de relacionarse con su compañera de manera profunda, estableciendo de este modo las bases para una paternidad afectiva, presente y gozosa.

Por otra parte, se hace necesario que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta, el cual pueda brindarle apoyo afectivo-emocional, es decir, que el acompañamiento no queda solo circunscripto al padre, sino a quien la persona gestante considere. Como hecho social, el proceso reproductivo, suele ser compartido por la mujer con sus redes de

apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y su red social.

Dicho en otras palabras, el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido, de manera de contribuir a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro. Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto, se explican, en opinión de Verdecia y Díaz García (2005), al observar que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, reduciendo el factor de dependencia de las intervenciones médicas, tal como expone María.

“Lo único que quería era que mi novio estuviera ahí, era el único que entendía lo que me estaba pasando, lo estábamos pasando los dos, no nos decían mucho y yo sentía mucho miedo”

María, 21 años.

El acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, de manera de que siempre que ella lo desee tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad.

En este sentido, García Jordá y Díaz Bernal (2010) hacen referencia a la cuestión de género que existe en las representaciones de la mujer gestante, la atención al parto y al puerperio y los modelos de maternidad y paternidad, que no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales presentes en la sociedad y que determinan la vivencia de la maternidad, la paternidad y el advenimiento de un hijo en función de su sexo, la transformación de una mujer en madre y de un hombre en padre (cambio de estatus) y la transmisión de valores en un nuevo ser social.

Asimismo, esto se condice con la investigación presentada por Vela Coral (2015) en relación a la percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado en Perú, la cual permitió determinar que más de la mitad de las puérperas (sobre una muestra de 100 mujeres) percibieron una atención regular, donde destacaron falencias en lo que respecta a la comunicación, la explicación de los procedimientos y el respeto a la intimidad, al igual que le sucedió a Soledad en el hospital donde la atendieron:

“Llegue al hospital cuando ya estaba por tener, porque había ido antes y me habían hecho volver a mi casa. Y de repente ves que te meten cosas, que te hacen acá, que te agarran, es como que estas a las manos de ellos, vos no podés hacer nada”.

Soledad, 20 años.

Las mujeres que decidieron atender su parto en centros de salud privada, tenían una relación previa con su ginecólogo, incluso desde tiempo antes de haber quedado embarazadas. De este grupo de 6 mujeres, todas afirmaron haber tenido confianza en su doctor, por eso “eligieron” ser atendidas por ellos. Sin embargo, afirmaron que, si bien las consultas y controles fueron de buena calidad de atención, 5 de ellas no quedaron conformes con la atención recibida en el parto. Entendiendo “calidad” como sinónimo de “*ser escuchadas*”, “*comprendidas*”, “*sentir confianza*”, “*me dijo que podía llamar a cualquier hora*”.

Adujeron no haber sido informadas sobre ciertas prácticas que luego les realizaron, por ejemplo, el uso de oxitocina para acelerar las contracciones y el trabajo de parto. Afirmaron que no se sintieron contenidas por el servicio de enfermería del centro de salud, adujeron haber sentido miedo y no haber sido escuchadas sobre sus necesidades y sentimientos en ese momento.

En el caso de las mujeres que parieron en el centro de salud pública de la ciudad, la relación con su ginecólogo se estableció junto con el inicio del embarazo. Los controles se realizaron una vez por mes, donde las embarazadas son pesadas y se les mide el tamaño del útero. Las mujeres que son atendidas en el hospital, al momento de parir, no saben con exactitud quién va a ser su obstetra, son atendidas por el personal de guardia.

Con respecto al Parto Respetado, de las 11 entrevistadas, solo 4 manifestaron conocer en detalle de que se trataba, pero que al momento de la atención no pudieron manifestar o imponer su postura, a pesar de conocer sus derechos y las obligaciones del personal dentro de las instituciones de salud. Miriam fue una de las que desconocían sus derechos al momento de dar a luz, y lo explicó de esta manera:

“Lo del parto respetado, me entere después, la verdad que no soy de mirar mucho los noticieros y eso, y en el consultorio nunca me dijeron nada. A parte, yo pensaba cuando escuchaba alguna historia así: a mí no me va a pasar nada, porque confiaba, no creí que me iba a pasar, pensé que iba a salir todo bien, que hoy no iba a estar hablando de esto, que iba a tener el mejor de los recuerdos sobre mi parto... ¿entendes?”

Miriam, 33 años.

Se vuelve a observar aquí las prácticas típicas del MMH, donde la atención del parto, antiguamente en manos de las parteras elegidas previamente por la familia, pasa a ser responsabilidad de los profesionales, cuando los partos se trasladan a los hospitales (Camacaro Cuevas, 2009) y este espacio comienza a percibirse como el único seguro para dar a luz.

Como menciona Menéndez (1988), la crítica al Estado en este sentido incluye la necesidad de reducir la burocracia y la irresponsabilidad, particularmente en el sector salud, donde la temática se asienta en el terreno de la práctica política, a través de las propuestas de descentralización de servicios. Nuevamente surge aquí el cuestionamiento al MMH, particularmente al poder que detentan los profesionales de la salud y a la normalización de sus prácticas.

Asimismo, Castellanos y Terán (2012) hace referencia a una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica, la cual se evidencia en la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y en el trato deshumanizante que reciben las parturientas por parte del personal de salud. Entre los procedimientos para los cuales no se solicita el consentimiento, cabe mencionar la realización de múltiples tactos y la administración de oxitócicos, lo que se condice con lo expresado por la entrevistada:

“Cuando entró me hizo tacto, y me controlaba las contracciones y me miraba como diciéndome que todavía faltaba tiempo, y me hizo tacto y me re dolió, y me dijo que estaba de 4 de dilatación y me dijo: bueno te quedas, ya te internamos”.

María, 21 años.

En consonancia con la diferencia evidenciada, el informe sobre equidad en salud desarrollado por UNICEF en 2016, afirma que, durante el embarazo, las mujeres con bajos ingresos, a menudo reciben una atención prenatal de peor calidad que las mujeres más ricas y tienen una menor posibilidad de ser atendidas por personal calificado durante el parto. Esta situación se entrevé en que el número de visitas prenatales se incrementa de modo proporcional a la riqueza del hogar, por lo que las mujeres pobres inician la atención prenatal en una fase más avanzada del embarazo (UNICEF, 2016).

3.2 ¿Comunicación o Información?

Se debe hacer una distinción entre la información aportada por el médico ante la situación que experimenta una mujer primípara, y la comunicación que se establece entre ambos. El sistema exige que se informe al paciente de las prácticas que se le van a realizar, pero eso no implica que se establezca una comunicación amena, respetuosa, donde la persona se sienta contenida y acompañada. Entralgo (1964) ya en su época hacía referencia a la importancia del binomio médico-paciente como un aspecto relevante de la calidad de la consulta, considerando que una adecuada comunicación con el paciente y/o su familia, llevaría a un mejor resultado, además de que ayudaría al paciente a calmar su ansiedad e incertidumbre, como destacan Epstein y Hundert (2002).

De esto se desprende que la comunicación en el ámbito de la salud, debe ser cuidadosa y exacta, dado que su carácter social puede aportar al fortalecimiento de la capacidad de los individuos, para que estos incidan y actúen sobre los determinantes de su propia salud (Cuberli, 2008). Por ende, en la relación médico-parturienta se debe dejar de lado la visión biologicista de la atención biomédica, fomentando la empatía como núcleo de la relación y atendiendo a las realidades propias de cada mujer en sus distintos contextos socioculturales.

En este sentido, el Estado debe garantizar la implementación de políticas públicas, para una adecuada **atención** en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género y los derechos humanos antes, durante y después del parto. En el caso específico de la atención del embarazo y el parto, en Argentina, la aprobación de la Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres⁴, sobre parto humanizado, menciona la falta de información y comunicación por parte de médicos/cas y enfermeras/ros. De hecho, establece que las mujeres deben ser tratadas con respeto, informadas y asesoradas sobre los procedimientos médicos y de la medicalización que se utiliza en cada caso.

De este modo se intenta romper con el esquema de poder, que se representa hasta este momento, donde a través de técnicas y prácticas médicas, “se cristalizan relaciones de poder: el que interviene, ve, palpa, decide, corta y la que tiene que obedecer, no tiene dominio de su propio cuerpo y debe dejar hacer” (Pozzio, 2013, p.18). Se trata de un poder que se caracteriza por dejar de lado las sutilezas, en un momento de máxima vulnerabilidad, cuando más cuidadas deberían sentirse las personas gestantes.

La postura inversa a lo esperado puede verse claramente en los relatos de Soledad y Fernanda que se incluyen a continuación:

“Que dejara de gritar, que ponía nerviosos a todos, que si me había gustado el durazno, que me aguante la pelusa... eso me dijeron”.

Soledad, 20 años.

“Las enfermeras empezaron a retarme. Me decían que tenía que aguantar, y que dejara de gritar. Y si no hacía caso iba a ir a cuchillo, así, en esos términos me decían. Imagínate, en vez de tranquilizarme me ponía aún más nerviosa, cero consideraciones”.

Fernanda, 28 años.

⁴ Ley N° 25929. Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro. Sanción.- 25 de agosto de 2004 Promulgación.- 17 de septiembre de 2004

Sin embargo, tal como se observa en la investigación realizada por Díaz Sáez (2011), los pacientes advierten que la comunicación que se entabla con el médico en las instituciones de salud resulta escasa, generando una insatisfacción en los mismos durante el proceso asistencial. La entrevistada llamada Candela también acuerda con ello:

“Lo que falta son lugares donde te evacuen todas las dudas, básicas, elementales, que quizás para el medico son naturales, pero para una no”.

Candela, 35 años.

De igual modo, Ibarra (2017) hace hincapié en la información que recibe la mujer gestante al momento del trabajo de parto, priorizando en su investigación qué información reciben las parturientas acerca del progreso de su trabajo de parto y en relación al parto en sí, si se sintieron acompañadas, y cuáles fueron las principales dificultades durante este proceso. En este sentido, cabe reflejar aquí la experiencia vivida por Nadia en una clínica privada:

“Me pasó que la fecha probable de parto era el 25 de diciembre. Entonces la doctora me propone que se podía adelantar la fecha para que no nazca en navidad, que ella viajaba, que me podía derivar...la fecha probable la teníamos desde el tercer mes de embarazo, y en los controles posteriores no me dijo nada, hasta que estábamos muy cercanos a la fecha. Yo no quería que me atendiera otra persona, y menos un doctor, me daba mucho pudor. Entonces accedí a que adelantáramos la fecha. El 18 de diciembre me coloco una “pastillita” que hacia que empezara con las contracciones, eso me dijo. Bueno, ese día empezaron las contracciones, pero no dilataba, el dolor era intenso, no lo soportaba, entonces me pusieron otra pastillita y me hacían tacto, las contracciones cada vez más fuertes, las horas pasaban, pero no había caso, no avanzaba. Ahí me informo que tenia que hacer la cesárea, que como ya habíamos desencadenado las contracciones y demás, teníamos que hacerla nacer. Eso yo no lo sabía, no sabía que si no funcionaba iba a cesárea...así nació mi hija”.

Nadia, 28 años.

Cabe mencionar que las mujeres han dejado de utilizar su instinto al momento del parto (Ruis Sternberg, 2005), dado que en el mundo antiguo hubiese resultado normal esperar a que el momento del parto se desencadene de manera natural, respetando el proceso, más aún cuando advertimos, como en este caso en particular, que no había ningún indicio de necesitar un proceso quirúrgico como lo es una cesárea. Contar con toda la información necesaria para poder tomar una decisión basada en los pros y los contras del procedimiento o los procedimientos a utilizar, podría haber sido determinante para la decisión a tomar.

En este sentido, la Ley Nacional 26485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres, garantiza como un derecho el acceso a la información y comunicación y entiende por “violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual”. Por lo cual establece que las mujeres deben ser tratadas con respeto y asesoradas sobre los procedimientos médicos y la medicalización que se utiliza en cada caso, explicitando los motivos por los cuales se decide la utilización de una práctica u otra, sin dejar lugar a dudas de que se trata de lo mejor para la madre y el bebé, y no para los profesionales, en oposición a lo relatado por Paola:

“Cuando iba a los controles, yo le decía, me duele acá, y me decía “es normal”, a todo me respondía así. En una de las veces que voy, yo, madre primeriza y con muchas dudas, le pregunté ¿Qué pasa si me descompongo a la madrugada? Y me contesto: bueno, en ese caso, te van a dar una medicación o algo y me vas a esperar a las 8 a que yo llegue para atenderte”.

Paola, 33 años.

Para las autoras Zalba y Bustos (2001, citadas por Cordero Durán, 2018), La comunicación es un concepto que atraviesa los múltiples campos de lo social y lo cultural. Es un proceso humano fundamental, que preside y enmarca la vida del hombre, tanto en su construcción como individuo como en su inmersión en lo social. Lo comunicativo está en la base de la mayoría de las prácticas sociales y es el proceso que posibilita la vida de relación. En tal sentido, toda práctica social involucra, en diversos grados, una forma de práctica comunicativa. (Zalba y Bustos, 2001, p.37.)

Como tal, la comunicación rodea a toda experiencia, a la vez que define el tipo de intercambio que se produce entre los individuos que la protagonizan, ya sea de manera verbal o extraverbal, dentro de un entorno cultural que lo posibilita. De esta manera, la cultura que se encuentra inmersa en la comunicación, se expresa en prácticas concretas y en acciones directas, condicionadas por estructuras mentales que también organizan el lenguaje y los juicios, la estructuración de los hábitos, y costumbres, las formas de expresión y de interpretación.

Como relata Mariela de acuerdo a su propia experiencia:

“En ese momento no me sentí del todo protagonista de mi parto, porque hicieron cosas sin que me preguntaran y sin saber yo de qué se trataba”.

Mariela, 28 años.

La atención del embarazo y el parto que se da dentro del MMH resulta ser de verticalidad, donde las mujeres se convierten en “pacientes” y los profesionales se ubican en un nivel de conocimiento superior. El hecho de no sentirse “protagonista del parto” cuando entendemos que se trata de un proceso fisiológico, deja a las claras hasta qué punto el MMH interviene, e inclusive toma un rol protagónico. Dada la importancia de las necesidades y saberes de las mujeres al momento del parto, la comunicación en el ámbito de la salud debe ser cuidadosa, exacta y acompañar, con el objeto de que sea capaz de aportar al fortalecimiento de los individuos en pos del cuidado de su propia salud.

Por el contrario, la experiencia de Candela dista mucho de la realidad deseada:

“Cuando me llevaron a quirófano, cuando me tenían que pasar a la camilla para llevarme a la habitación, me acuerdo que dos enfermeras dijeron: Es muy gorda, yo sola no me animo a llevarla en la camilla, eso me lo acuerdo porque me sentí mal, me hizo sentir mal y eso me lo acuerdo a fuego”.

Candela, 35 años.

Mercado, Pacheco y Almendárez (2009) hacen referencia a que el personal de salud no está entrenado ni hace esfuerzo alguno por mejorar la comunicación y escuchar las necesidades de las parturientas para su bienestar; por lo que se considera importante la capacitación continua del personal de salud, en donde se implementen nuevas estrategias de comunicación para mejorar la atención del parto, y de esta forma, satisfacer las necesidades de estas mujeres.

La comunicación se tiñe de cultura a la hora de abordar los procesos de socialización a través de los cuales una sociedad se reproduce en “sus sistemas de conocimiento, sus códigos de percepción, sus códigos de valoración y de producción simbólica de la realidad” (Barbero, 1991), por lo que se vuelve fundamental repensar estos procesos de comunicación desde el intercambio social, las matrices de identidad y los conflictos que articula la cultura.

A modo de ejemplo, se incluye la expresión de una madre a la cual no le fueron explicitadas estas prácticas, y que menciona que su caso no fue el único, lo que pone en duda la ética de los profesionales que las atendieron:

“Muchas iban a parto natural, y después terminaron en cesárea... ahí tenés una muestra de cómo es...”

Candela, 35 años

Frente a esto, cabe mencionar, citando a Jodelet (1884), la comprensión de la realidad social de los sujetos que conforman el grupo de las mujeres primíparas, quienes han construido su conocimiento sobre el parto en base a las experiencias de otras mujeres, pero también a través de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidas como parte de la tradición y la comunicación social (Jodelet, 1984). Estas representaciones sociales orientan su manera de percibir el entorno, por lo que la relación con su médico/a, la información que este brinde u omite, y la manera en que este se comunique con ella, serán parte de la interpretación que la mujer parturienta construya acerca del proceso.

Como menciona Cordero Durán (2018) la comunicación posee una dimensión cultural que permite una comprensión más profunda de la vida social, así como de los propios procesos de comunicación en los que se apunta a fomentar el empoderamiento y la participación de las personas, el desarrollo humano y la transformación social de la realidad a partir de la interpretación de fenómenos y significados que contextualizan a los sujetos y median los modos de producción, usos y apropiaciones de los procesos comunicativos.

En este sentido, una de las entrevistadas expresa lo siguiente:

“Fue todo muy rápido muy dinámico, mi hija nació bien, y en un primer momento, bueno uno piensa: ya está, ya tuve a mi hija, todo ya pasó, bueno me cosieron y demás. Pero en lo que no me sentí tan bien, un poco si se quiere responsable es que, la cosa podría haber sido diferente, digamos, ¿de qué manera? Conociendo las prácticas, sabiendo lo que me podía pasar”.

Mariela, 28 años.

Finalmente, cabe mencionar el concepto de “conocimiento autorizado” (Jordan, 1993), entendiéndolo que es el que sostiene el MMH y desautoriza el saber de las mujeres, mecanizando el cuerpo y colocando al médico en un estatus de mayor jerarquía (García Jordá y Díaz Bernal, 2010) que favorece la institucionalización de un modo determinado de nacer.

Al respecto, Drake (2014) sostiene la existencia del problema de la institucionalización y medicalización del parto en Chile, y destaca la necesidad de preservar las experiencias de las mujeres durante el embarazo y parto, implementando políticas de salud intercultural que promuevan prácticas de parto culturalmente respetuosas. De igual modo, Mercado, Pacheco y Almendárez (2009) consideran que existen dos modelos de construcción cultural del parto: el modelo tradicional y el modelo institucional, donde cada mujer tiene su propia forma de pensar y sentir diferente, según sus rasgos culturales, que dependen del lugar en donde viven, donde crecieron, de la enseñanza de sus familiares, de las experiencias vividas en sus partos y del grado de instrucción que recibieron.

Por ende, la humanización en la atención de la salud, deberá apuntar a generar la responsabilidad y el protagonismo por parte de los sujetos en su propia construcción de una vida más saludable, donde el equipo de salud únicamente acompañe desde una actitud respetuosa y cálida, brindando apoyo afectivo-emocional (Castro, 2001) y contribuyendo a un proceso que es fisiológico, natural y único, y que se encuentra cubierto de creencias, opiniones y conocimientos, que constituyen las Representaciones Sociales con respecto al parto que tienen las mujeres, tal como menciona Paola:

“A mí me paso, que tenía una ginecóloga de toda la vida, desde que tenía 15 años, y cuando quedé embarazada la fui a ver, y yo sentí que no me daba la atención que yo necesitaba. Hasta el tercer mes la fui a ver a ella y luego decidí cambiar de doctor”.

Paola, 33 años.

En relación con el parto, la humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer en vez del equipo de salud, lo cual requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, apoyo afectivo-emocional, y que la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos resulten sensibles a sus necesidades y expectativas (Castro, 2001). Sin embargo, esto no significa llegar al establecimiento de una relación paternalista, como es el caso de la analgesia epidural que se ofrece como un método de erradicación del dolor y como la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante del mismo. En opinión de Arnau (2012), es posible observar falta de información y trato distante y despersonalizado a las puérperas, lo que provoca a su vez sentimientos de soledad, desamparo, resentimiento e incertidumbre.

Como se ha mencionado, la excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres, ha sido criticada desde diferentes ámbitos, por lo que se hace necesario proponer alternativas para proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna en la que, además de reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo consistió en identificar y analizar las representaciones que tienen las mujeres primíparas de entre 20 y 35 años acerca del parto, que se hayan atendido en centros de salud públicos y/o privados de la ciudad de General Roca, provincia de Río Negro, durante el periodo marzo/abril del año 2017. Para ello, se debieron cumplimentar ciertos objetivos específicos, tales como la identificación de los saberes, conocimientos y creencias que tienen las mujeres acerca del parto natural y del parto por cesárea al momento de asistir a su primer parto, la relación entre esos saberes y conocimientos y el tipo de parto realizado, la manera en que decidieron ese tipo de parto y cómo, quiénes y de qué modo lo hicieron, y por último, la descripción de los miedos y demás emociones que invadieron a las mujeres primerizas en esos momentos.

Lo antes mencionado fue observado a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres seleccionadas, quienes expresaron sus experiencias durante el embarazo y el parto en hospitales públicos o clínicas privadas, lo cual se ha puesto en diálogo con los conceptos aportados por diferentes autores clásicos y contemporáneos, integrando su aporte en relación a las diferentes situaciones comunicacionales detalladas por las mujeres primíparas entrevistadas y los profesionales de la salud involucrados en su proceso.

A lo largo de este trabajo hemos conocido cómo, a través de la historia, el parto se ha visto modificado con la introducción de nuevas prácticas y tecnologías. El advenimiento de estas nuevas metodologías configuró un sistema médico hegemónico, que, por un lado, facilitó los diagnósticos y los tratamientos, permitiendo pensar los partos no solo desde sus potenciales peligros sino como un acontecimiento que podía vivirse de mejor modo, y que, en la misma medida, conllevó a que la mujer no sea del todo protagonista de su parto. Donde la parturienta es concebida en mera paciente, y donde el especialista se convierte en fuente incuestionable del saber.

Poco a poco, se comenzó a considerar que las mujeres tenían el derecho de estar informadas sobre lo que iba a acontecer en su propio cuerpo durante la gestación y al momento de parir, un cambio radical que indicaba cambios socio-culturales y el propio desarrollo de la obstetricia. En la medida en que estos cambios se produjeron, se fue modificando el rol de la mujer dentro del contexto social, y por decantación la maternidad y el concepto que de ella se tiene, se ha ido desvinculando el concepto de mujer con el de madre.

Si bien la práctica médica intenta no patologizar al embarazo, parto y puerperio, al tratarlos únicamente como procesos fisiológicos los controla exhaustivamente para evitar riesgos, estableciendo un control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva que exige atender a una profundización en el conocimiento de los derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva que no restrinja los derechos de las mujeres de gozar su embarazo y parto

plena y autónomamente. En este sentido, cabe hacer referencia a la cuestión de género que existe en las representaciones de las mujeres gestantes en relación a la atención al parto y al puerperio, donde no solo se debe tener en cuenta la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales presentes en la sociedad y que determinan la vivencia de la maternidad.

Puede suponerse que los once años que tardó en reglamentarse la Ley Nacional 25.929, que refiere a los “derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” y es conocida como “Ley de parto respetado” o “Ley de parto humanizado”, se debieron a una resistencia por parte de la corporación médica a cambiar sus consideraciones y prácticas, junto con las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga.

Asimismo, los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, evidenciaron un desconocimiento de sus derechos por parte de las mujeres primíparas y una ausencia de comunicación por parte del personal de salud tanto en las instituciones públicas como en las privadas. Se pudo observar también que en sus representaciones se normaliza el dolor, la incertidumbre y la sabiduría del médico por sobre todas las cosas, menospreciando la propia naturaleza y biología en el momento del parto.

Entre los principales miedos, se destacan la soledad, la enfermedad y la muerte, propias o del hijo que llega al mundo, lo cual es aprovechado por el MMH para efectivizar sus protocolos despersonalizando a la futura madre y restándole protagonismo en el nacimiento de su hijo.

Por ello, la fortaleza de esta investigación se basa en la posibilidad de arrojar luz sobre una temática que aún no se ha hecho suficientemente visible a nivel nacional, y que requiere que no solo el colectivo femenino, sino toda la población, se informe de los derechos que como padres tienen durante el embarazo y al momento del parto, a fin de que el concepto de parto respetado se naturalice en las representaciones de las futuras parturientas.

De igual modo, se debe entrenar al personal de salud para incrementar la comunicación y escuchar las necesidades de las parturientas, implementando nuevas estrategias de comunicación tendientes a mejorar la atención del parto, y de esta forma, satisfacer las expectativas de estas mujeres al momento de su primer alumbramiento.

Como futuras líneas de acción, se sugiere indagar en las representaciones que el personal de salud tiene acerca del parto y de la relación entre médico y paciente, poniendo el acento en los aspectos comunicacionales que resultan indispensables para el entendimiento humano.

Bibliografía

- Arnau, J. (2012). *Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia*. (Tesis doctoral). Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Arvelo Arregui, L. (2004). Maternidad, Paternidad y Género. *Otras Miradas*, 4(2), 92-98.
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Beltran, L. (1998). *Comunicación para la salud del pueblo - Una revision de conceptos basicos*. Bogota, Colombia: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Blázquez, M. I. (2005). Aproximación a la Antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Obtenido de <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/>
- Bourdieu, P. (1993). El Sentido Práctico. En P. Bourdieu, *El Sentido Práctico* (pp. 91 - 111). Madrid: Taurus.
- Brendel, K. (2018). *Aportes de la comunicación institucional al colectivo Mujeres por un Parto Respetado*. (Tesis de Grado). Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11086/11032>
- Cáceres-Manrique, F.M., Molina-Marín, G. y Ruiz-Rodríguez, M.(2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 14(3), 316-326.
- Camacaro Cuevas, M. C. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico? improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162.
- Cannellotto, L. (2008). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires: UNSAM.
- Carballeda, A. J. (2014). *Apuntes de la medicalización como trasfondo de la intervencion social*. La Plata, Buenos Aires: Ediciones Margen.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En C. Wright Mills, *Materiales de Sociología crítica*. (pp.219-243). Madrid: La Piqueta.
- Castellanos, C. y Terán, P. (2012). *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias*. (Tesis de especialidad en obstetricia y ginecología). Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- Castrillo, B. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual: Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas*. La Plata, Buenos Aires: Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

- Castrillo, M. (2015). *Parir en casa, parir en el hospital: Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE), Universidad Nacional de La Plata.
- Castro, R. (2001). Bases para una política nacional de humanización en la atención del proceso reproductivo. En H. Muñoz, A.M. Kaempffer y R. Castro (2001), *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. (pp. 211-223). Santiago, Chile: MINSAL.
- Castro Sánchez, M. (2018). *Maternar: cuando la maternidad se hace verbo*. Infobae, Obtenido de <https://www.infobae.com/opinion/2018/10/20/maternar-cuando-la-maternidad-se-hace-verbo/>
- Ceriani Cernadas, J. M. (2014). *Los efectos secundarios de la cesárea*. Diario Página/12. Obtenido de <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-241523-2014-03-11.html>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. y Porter, R. (2001). WHO Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28, 202-207.
- Cordero Durán, L. (2018). La comunicación como proceso cultural. Pistas para el análisis. *Estudios del Desarrollo Social*, 6(3). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/reds/v6n3/2308-0132-reds-6-03-e13.pdf>
- Cuarto Poder (2020). *Violencia obstétrica en comunidades wichí*. Obtenido de <http://www.cuartopodersalta.com.ar/violencia-obstetrica-en-comunidades-wichi/amp/>
- Cuberli, M. (2008). *Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: Pasado y presente de un campo en construcción*. CONICET (Argentina): Universidad de Buenos Aires.
- Cubero, K. B. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wímb lu, Revista Electrónica de Estudiantes de la Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica*, 9(1), 30 - 42.
- Davis Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida.
- Darra, S. (2009). Normal, natural, good or good-enough birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.
- Diario Norte (2020). *Avanza el debate del proyecto para visibilizar la violencia obstétrica*. Obtenido de <http://www.diarionorte.com/194422-avanza-el-debate-del-proyecto-para-visibilizar-la-violencia-obstetrica->
- Díaz Sáez, J. (2011). *La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud*. Almería, España: Huércal-Overa.
- Dickersin, K. (1989). Pharmacological control of pain during labour. En Chalmers et al. (eds), *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Drake, E. (2014). *El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche*. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 1844.

- Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M. y Neilson, J. (1995). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. (2nd edition). Oxford University Press.
- Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo: historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.
- Epstein, R. M. y Hundert, E. M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287, 226-235.
- Esteban, M.L. (2000). La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna. En E. Perdiguer Gil y J. Comelles (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. (pp.207-226). Barcelona: Bellaterra.
- Felitti, K. (2011). *Nuevas formas de atención del parto en la Argentina de los años sesenta y setenta: debates y experiencias*. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <https://www.scribd.com/document/254254502/NUEVAS-FORMAS-DE-ATENCION-DEL-PARTO-EN-LA-ARGENTINA-DE-LOS-ANOS-SESENTA-Y-SETENTA-DEBATES-Y-EXPERIENCIAS>
- Felitti, K. y Abdala, L. (2018). El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos. En G. Sánchez Ramírez y H. Laako (eds.), *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. (pp.95 -121). México: El Colegio de la Frontera Sur.
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid: Siglo XXI
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la anti medicina. *Educación Médica y Salud* (pp. 152-169). Rio de Janeiro, Brasil.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta
- Foucault, M. (1992). *El orden del Discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de una prision*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Fuentes, M. (2001). Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Sanitaria. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández y T. Yago (eds), *Perspectiva de género en salud*. Madrid: Minerva.
- Gálves, V. F. (2011). *Sin miedo y sin estrés. Entrevista a Michel Odent*. Obtenido de: <http://www.paula.cl/reportajes-yentrevistas/parto-sin-miedo-y-sin-estrés>
- García Jordá, D. y Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336.
- Gayeski, M.E. y Brüggemann, O.M. (2009). Percepciones de púerperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 1-7. Obtenido de www.eerp.usp.br/rlae
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: GEDISA.

- Godelier, M. (2010). Comunidad, Sociedad y Cultura. Tres claves para comprender las identidades en conflicto. *Cuadernos de Antropología Social*, 32.
- Horvath Cea, C. (1999). La importancia del padre –antes, durante y después del nacimiento de su hijo/a (Observaciones desde el ámbito de la preparación al parto psicoprofiláctica) Tu serás el padre de mi hijo. En M.A. González de Chávez (comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (pp. 87-110). Madrid: Siglo XXI.
- Ibarra, M.B. (2017). *La Humanización de los Partos. Cuando las Leyes en Salud no alcanzan. Una aproximación al análisis de las normas y las prácticas*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional De Rosario]. Santa Fe, Argentina. Obtenido de <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/10994/La%20Humanizaci%C3%B3n%20de%20los%20Partos.%20Maria%20Belen%20Ibarra.%20Tesina%202017.pdf?sequence=3>
- Idoyaga Molina, A. (1999). *La Medicina Humoral, las nociones de cálido y frío y las prácticas terapéuticas tradicionales en la Argentina*. Folklore Latinoamericano, Tomo III. Buenos Aires: Prensa IUNA.
- Jerez, C.M. (2021). Emociones “negativas” y reflexividad: “guiños feministas” sobre género y sexualidades en una investigación etnográfica sobre parto respetado en Buenos Aires. *Cadernos Pagu*, 63, 1-14. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/cpa/a/WbXH7NmcpkZKkRYsYp7pDxz/?format=pdf&lang=es>
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. (7^o ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women’s Publications.
- Lais, J. (2006). *Caminos Hacia Una Maternidad Diferente, un estudio sobre el parto vertical*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional De San Martín]. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf>
- Ley 25929 (2015). *Ley de Parto Humanizado*. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Ley 26485 (2009). *Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
- Ley 26529 (2009). *Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- López Timoneda, F. (2003). Analgesia y Anestesia Obstétrica. En E. Cabrillo Rodríguez y L. Cabero (Coord.), *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. (pp. 447-455). Madrid: Panamericana.
- Magnone Alemán, N. (2010). *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización*. Montevideo: IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.

- McAllister, C. (1980). Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. *British Journal of Anaesthesia*, 52, 423-427.
- Martín-Barbero, J. (1991). Perder el objeto para ganar el proceso. *Signo y Pensamiento*, 18, 21-29.
- Menéndez, E. L. (1984). Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*, 86, 213 - 230.
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez E. L. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez E. L. (2000). Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguer Gil y J. Comelles (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp.163-188). Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E.L. y Di Pardo, R.B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de La Casa Chata.
- Mercado Fonseca, M.M., Pacheco Pérez, M.A. y Almendárez Peralta, J.R. (2009). *Adecuación cultural para la atención del parto institucional en el Municipio de San Dionisio Matagalpa, 2008*. [Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. León, Nicaragua. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/2435>
- Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Montiel, L. (1997). Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico. En *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*. (pp.253-265). Madrid: Doce Calles.
- Moscovici, S. (1979). La representación social: un concepto perdido. En S. Moscovici, *El psicoanálisis, su imagen y su público* (pp. 27-34). Buenos Aires: Huemul.
- Narotzky, S. (1988). *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*. Valencia, España: Editorial Alfons el Magnànim.
- Nash, M. (2000). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España. 1900-1939. En G. Duby y M. Perrot, *Historia de las mujeres. El siglo XX*. (pp.687-703). Madrid: Taurus.
- Odent, M. (2006). *El Granjero y El Obstetra*. Buenos Aires: Editorial Creavida.
- Odent, M. (2007). *La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad*. Madrid: Ob Stare.
- Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: Editorial Madreselva.
- OMS (1985). Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Organización Mundial de la Salud. *Lancet*, 2, 436-437.

- OMS (1999). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Obtenido de <http://www.WHO/FRH/MSM>
- Otegui, R. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. (pp.227-248). Barcelona: Bellaterra.
- Pérez Gottardi, A. I. (2022). Ser mujer, ser pobre y ser indígena. La violencia obstétrica en las comunidades originarias del norte argentino: Hacia un parto culturalmente respetado. *Sociales Investiga*, 11, 80–93. Obtenido de <https://socialesinvestiga.unvm.edu.ar/ojs/index.php/socialesinvestiga/article/view/393>
- Pozzio, M. (2013). *Una propuesta de Parto Humanizado, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Ramón Michel, A. y Allori, A. (2017). El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. *Mora (Buenos Aires)*, 23(1), 144-153. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2017000100010&lng=es&tlng=pt.
- Rippel, I. (2021). *Maternar y paternar | Psicóloga posadeña llama a cuestionar los roles en el proyecto de vida para lograr "plena libertad"*. Misiones Online. Obtenido de <https://misionesonline.net/2021/07/30/maternar-y-paternar-psicologa-posadena-llama-a-cuestionar-los-roles-en-el-proyecto-de-vida-para-lograr-plena-libertad/>
- Rochon, A., Guido, A. y Linares, P. (2018). *Sobre partos y derechos: estudio exploratorio sobre el activismo en torno al parto y al nacimiento respetado en la provincia de Entre Ríos, Argentina*. XXVI Jornadas de Jóvenes Educadores. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Obtenido de http://tesisfcp.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/13129/32-saludhumana-rochon-antonela-uner.pdf
- Royo Prieto, R. (2011). *Maternidad, Paternidad y Conciliación en la CAE ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?* Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Rufino, J. (2020). *¿Es suficiente la ley de parto respetado? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina* Independent Study Project (ISP). Obtenido de https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3305
- Ruis Sternberg, A. M. (2005). El dolor del parto a través de la historia. En *Colección textos Ciencias de la Salud* (pp. 45-49). Bogota: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En A. O. Sadler, *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la antropología del género* (pp. 15-66). Santiago de Chile: UNESCO.

- Schwarz, P. (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos, Revista de crítica social*, 11, 110-135.
- Sicardi Aragón, E. (2018). *Modelo Médico Hegemónico*. El Vigía. Obtenido de <https://www.elvigia.net/columnas/2018/2/15/modelo-mdico-hegemnico-296071.html>
- Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. (pp.110-143=). Barcelona: Gedisa.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*. 8(1). Obtenido de: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm.-
- Tolaba, L. (2021). "La maternidad será deseada o no será", el análisis de una especialista. Jujuy al Momento. Obtenido de <https://www.jujuyalmomento.com/maternidad/la-maternidad-sera-deseada-o-no-sera-el-analisis-una-especialista-n128914>
- UNICEF (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf
- Uribe, J.M. (1998). Promoción, prevención y educación en salud ¿Nuevos significantes para viejos significados?". En A. Martínez Hernández, J.M. Comelles y M. Miranda Aranda (comp.), *Antropología de la medicina. Una década de Jano* (299-311). Zaragoza, España: Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Vela Coral, G. P. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio del Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Lima, Perú. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Verdecia, E.R. y Díaz García, I. (2005). Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. *MEDISAN*, 9(2). Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.htm
- Villalobos, H. (2003). *Procesos bioculturales en México: embarazo/parto/puerperio, sexualidad y muerte*. México: Yolpahtli Multimedia Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios.
- Waldenström, U. y Gottvall, K. (1991). A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labour. *Birth*, 18(1), 5-10.
- Zalba, E. y J. Bustos (2001). Problemas y desafíos de la formación académico-profesional ante la diversidad de los actuales escenarios de la comunicación social. *Diálogos de la Comunicación*, 62, 34-41.