



1877 - 2017
140
AÑOS



2017 - "Año de las Energías Renovables"

TALLER DE TRABAJO FINAL PROYECTO DE INVESTIGACION

ADHESIÓN AL PROGRAMA PARTO RESPETADO DEL EQUIPO DE SALUD DE LA MATERNIDAD DE JUJUY

Autoras

Catorcino Gisela Andrea

Cortez María Magdalena

San Salvador de Jujuy, Agosto 2018

DATOS DE AUTORES

CATORCINO, Gisela Andrea: Enfermera Profesional, egresada en el año 2011, el inicio de mi etapa laboral empezó en la Provincia de Buenos Aires, Ciudad de Pigue, en rehabilitación del adulto mayor en la clínica Privada, luego en Jujuy, desde 2014 en el materno infantil Dr. Héctor Quintana hasta la fecha.

CORTEZ, María Magdalena: Enfermera Profesional, egresada en el año 2011, ejerciendo la profesión en el Hospital Pablo Soria como enfermera operativa, y en área docente en Instituto Mirian Gloss.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme brindado la fuerza y el valor para culminar esta etapa profesional.

A mis padres por aconsejarme y guiarme en este camino de la vida ayudando a afrontar cada dificultad y salir adelante, gracias por darme la vida y convertirme en la persona que soy hoy.

A mi pareja Mario Castillo y mi hijo Axel Castillo por brindarme un espacio para lograr mis metas. Y estar en esos momentos de alegrías y también de tristezas.

A mi compañera María Magdalena Cortez, por estar desde los inicios de la carrera profesional compartiendo triunfos y dificultades, a pesar de los obstáculos salimos adelante, gracias por la motivación y energía brindada para lograr nuestras metas.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa o indirectamente a la realización de este trabajo.

Catorcino, Gisela Andrea

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a Dios y a mis dos hijos por el apoyo y aliento continuo.

Agradezco a mi compañera Gisela Catorcino por su apoyo personal y humano en este trabajo que emprendimos juntas con gran esfuerzo.

A nuestra asesora de tesis Lic. Díaz por su apoyo y guía para la realización del mismo. Asimismo, también va mi agradecimiento a todas las personas que depositaron su confianza en este nuevo proyecto de superación.

Cortez, María Magdalena

DEDICATORIA

Principalmente dedico este trabajo a Dios por permitirme llegar a esta etapa tan importante de mi formación profesional.

A mi madre que aunque físicamente no está hoy, sé que estaría muy orgullosa de mis logros.

A mi padre que siempre me brindo apoyo incondicional y me demostró que se puede llegar mucho más allá.

A mi familia que a pesar de todos los momentos difíciles que vivimos, salimos adelante.

A mi compañero de vida Mario Castillo desde que comencé mi formación profesional siempre colaboro en todo lo necesario para que pudiera lograr mi meta.

Mi hijo Axel Castillo por ser el motor que me impulsa a seguir adelante

A mi sobrina Melisa Canchi, siempre presente en todo acompañando cada paso que doy.

Catorcino, Gisela Andrea

El presente trabajo está dedicado a Dios por brindarme fuerza, salud y capacidad para finalizarlo.

A mis hijos Augusto y Máximo que fueron mis pilares para lograrlo, sin ellos no hubiera sido posible el esfuerzo, por haberme permitido el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A Mario una gran persona que, aunque no se encuentre físicamente, sé que estaría feliz por este gran logro en mi vida.

Cortez, María Magdalena

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
Planteamiento del Problema	4
Definición del Problema.....	16
Justificación	16
Marco Teórico	18
Ley Nacional N° 25.929	20
Definición Conceptual de la Variable	27
Objetivos General	29
Objetivos Específicos	29
CAPÍTULO II	30
Diseño Metodológico	31
Operacionalización de la Variable.....	32
Población y Muestra	34
Criterios de Inclusión:	34
Plan de Recolección de Datos	35
Plan de Procesamiento de Datos.....	35
Categorización de Datos	36
Plan de Presentación de los Datos	37
Cronograma según Diagrama de GANT	39
Presupuesto	40
Bibliografía.....	41
ANEXOS	44
Nota de autorización a la institución	45
Consentimiento Informado al Profesional	46
Instrumento de Recoleccion de Datos	47
Tabla Matriz	50

INTRODUCCIÓN

La asistencia perinatal ha experimentado en los últimos años grandes cambios, en relación a las necesidades y expectativas de las mujeres, la familia, la comunidad en general y la evidencia científica en relación a la obstetricia y el desarrollo profesional de enfermería. En el mismo sentido van las intervenciones de los organismos y las políticas de salud.

La humanización es un componente elemental en la entrega de cuidados y es una de las bases de la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson. El cuidado humanizado interfiere y ejerce una función importante en la duración y calidad del parto; si este sucede en un tiempo prolongado, entonces las parturientas presentan un alto grado de ansiedad que va en contra de lograr que la madre tenga una participación activa y aumenta así los riesgos para el recién nacido, aumenta también las posibilidades de complicaciones obstétricas y por lo tanto aumenta la morbilidad neonatal y materna.

Es por ello que por medio del presente trabajo, se plantea la necesidad de identificar la adhesión de los profesionales de la Maternidad de Jujuy al programa de parto respetado, teniendo en cuenta las prácticas y principios de la Ley 25929, la cual pretende devolverle el empoderamiento y participación activa a la mujer en todo momento y cada vez que se pueda en esta tan relevante instancia de su vida y disminuir con ello las intervenciones que en muchos casos son innecesarias.

El estudio se llevará a cabo en la Maternidad Jujeña y con una metodología cuantitativa descriptiva y transversal, pretendiendo durante los meses de abril a junio del 2019, obtener los datos que permitan alcanzar los objetivos establecidos; Estará organizado en dos capítulos y sección de anexos, el primero dedicado al planteo del problema donde se establecerá el análisis contextual del área, las bases teóricas de la investigación con integración de los antecedentes encontrados, la definición del problema, el marco conceptual dado por los términos de importancia como adhesión, parto humanizado e intervenciones, el segundo capítulo desarrolla la metodología de la investigación desde un abordaje cuantitativo, los datos se recabaran de fuentes primarias y de una muestra seleccionada en referencia a las características de las población y el

estudio, por último la sección de anexos mostrará el instrumento de la recolección de datos, consentimiento informado al profesional y nota de autorización a la institución .

El conocimiento que generará el presente proyecto pretende ser una herramienta que se pueda utilizar a fin de elevar la calidad del cuidado brindado a las parturientas asistidas en la Maternidad Jujeña y con ello revalorizar la imagen y el aspecto humano del profesional.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto es el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron utilizar la sala donde la mujer paría. Estudiaron el parto como una ciencia, se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta.

“El parto comenzó a realizarse en hospitales a principios del siglo XX para disminuir la mortalidad materno-neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de que se trataba de algo parecido a una enfermedad. Las familias en general y las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones. De este modo, el parto se transformó en “un acto médico” cuyo significado científico dejó de lado otros aspectos esenciales para la familia” (Zimmer S, 2013, pág. 5)

Uranga (2010) afirmaba que *“hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia”* (p.16).

La Organización Mundial de la Salud en 1985 realizó una reunión en la ciudad brasileña de Fortaleza y de ese encuentro surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inició el proceso de transformación del modelo de atención. A esto se sumó un marco legal internacional y local que procura rescatar el papel activo que debe tomar la mujer embarazada y su familia en el cuidado del embarazo y del recién nacido.

El tema hoy en día tanto en el mundo como en argentina es paradójico, porque las estadísticas indican que a más tecnología mayor es el índice de cesáreas. En la Argentina, por ejemplo, se registra un índice del 25 por ciento de intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos y un 60 en clínicas privadas. Los tiempos reducidos, la disminución de parteras y la sobrecarga laboral de los médicos pueden ser algunos de los factores que producen ese aumento, lo que deja al descubierto que el sistema estaba pensado en función de los tiempos y comodidad de los

profesionales y no de las necesidades de la madre y su hijo. Y lo que más alarma es que se acepte como normal y que se naturalice

En 2010, se lanzó en Argentina como país y en 10 provincias individuales, la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con el propósito de transformar las grandes maternidades públicas en espacios donde se implementaran prácticas seguras y se garantizaran los derechos de mujeres, recién nacidos y sus familias, lo que propuso un cambio de paradigma en la atención perinatal, que presupone un proceso de fortalecimiento de la familia y un cambio asistencial que debe sumar la tecnología el aspecto humano.

“La M S C F es una intervención compleja, que se articula alrededor de cinco ejes conceptuales que expresan sus bases ético-políticas: cultura organizacional; protección de los derechos de la madre, padre e hijo; participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño; uso de prácticas efectivas y seguras; y fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal” (Ramosa S. et al, 2015, pág. 9)

Este fue el inicio de un proceso de cambio en la asistencia integral del parto, hacia una atención holística de la parturienta, la familia y el recién nacido, e institucionalmente pretende no solo elevar la calidad de atención sino brindar satisfacción al cliente externo e interno de un servicio tan importante como el gineco-obstétrico. Y es así que se dio el paso necesario para llegar a lo que hoy se denomina como el parto respetado o parto humanizado

El término parto respetado, encierra la idea de parto humanizado, que se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, donde cada intervención del sistema de salud impacta de manera diferente y distintiva en la mujer-sujeto que recurre a la ayuda, al acompañamiento y cuidado de un profesional y el equipo de salud.

Por ello la Argentina y también Jujuy, implementó un marco legal, que procura rescatar el papel activo que debe tomar la mujer embarazada y su familia en el cuidado del embarazo y del recién nacido.

El marco legal al que se hace referencia es la Ley 25.929 sobre Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento aprobada el 26 de agosto de 2004.

Dicha normativa determina que *“El parto humanizado es, por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.”* Ley Nacional N° 25.929. Parto Respetado. Boletín Oficial de la República Argentina 21 de Septiembre del 2004

Bajo este concepto se entiende que un parto humanizado debe:

= Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.

= Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en el domicilio).

= Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento. Las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañarán en el parto (familiares, amigos) y cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido y evitar someter al niño a cualquier maniobra innecesaria.

= Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante el trabajo de parto (en cuclillas, en el agua o como desee).

= Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.

Culturalmente en las zonas rurales o de alturas del país y particularmente en el norte de la provincia de Jujuy, lejos de las ciudades donde se debaten estas cuestiones encontramos personas que desde años atrás con la experiencia transmitida por generaciones pasadas han venido sosteniendo este hecho. Como por ejemplo las entrevistadas, como Serafina Sánchez, (partera) quien reniega al decir que *“Ahora quieren tener el chico en dos horas. Pero un parto es como cocinar un loco. ¡No se cocina en dos horas!”* o Josefina Vilte, una partera coya (*“sin título pero con práctica”*.) Quien dice que al momento de parir a la mujer *“Uno tiene que tratarla bien, darle tecito caliente, preguntarle cómo quiere ponerse: ¿sentadita?, ¿acostadita?”*. Hoy con la multiplicidad de estudios la evidencia científica le da la razón. Lucio Boschi (2009). Parir en el Norte Clarín ([http://noticiaspositivas.org/wp-content/uploads/2009/09/N+SUPLEMENTO-NOV2009\).pdf](http://noticiaspositivas.org/wp-content/uploads/2009/09/N+SUPLEMENTO-NOV2009).pdf).

La influencia cultural y ancestral como la distancia y la geografía de nuestro norte jujeño, han hecho que los cuidados del embarazo y el parto estuvieran en manos de mujeres: madres, abuelas, suegras y hermanas quienes compartían experiencias similares y llegaron a establecer un cambio entre lo que muchas veces era algo que ocurría de urgencia en algo que se planificaba y deseaba, como el parto en el domicilio.

Como en el resto del mundo la tecnología y la medicalización de las intervenciones sanitarias durante el parto “casi” han logrado la exclusión de las parteras o comadronas que hasta entonces se habían ocupado de algunas cuestiones relacionadas con la salud de las mujeres y se ilegalizaron ciertas prácticas y saberes femeninos acostumbrados y adquiridos por el traspaso empírico de estos saberes.

Aunque, hoy, podemos decir que la profesionalización de las parteras fue paralela al avance del conocimiento científico en salud, así las parteras con conocimientos empíricos domésticos y prácticos fueron sustituidas por las nuevas tituladas. Dicho proceso fue acompañado por una serie de transformaciones relacionadas con los adelantos científicos y tecnológicos que la obstetricia incorporó.

La instauración de una Maternidad unificada y centralizada en el Hospital Materno Infantil de Jujuy, con la capacitación constante del personal y el equipamiento necesario busca terminar con la idea de hablar solamente del momento del parto como el de mayor importancia del médico y la mujer, como únicos actores; sino propiciar el cumplimiento de los derechos de otros integrantes y participantes del entorno (la pareja, la familia y el conjunto de profesionales de la salud), durante todo el proceso que se vincula al embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

El equipo de salud y entre ellos el cuerpo de enfermeras, está trabajando para que todo este proceso sea vivido de la mejor manera, respetando la intimidad y los deseos de la mujer y de los familiares, brindando la información que ellos deben tener y generando un ambiente favorable para tan importante suceso.

La Ley 25929 y todas las directivas que se desprenden, proponen despatologizar al embarazo, es decir dejar de pensar y hacer vivir al embarazo y el parto como un proceso de enfermedad, sino que por el contrario, que sea vivido como un momento natural, considerando a la mujer como una persona sana, y activamente participante. Es decir que la mujer es protagonista de su

propio parto, de su propia salud; tomando decisiones tales como elegir con quien va estar acompañada durante el trabajo de parto, solicitando ser informada durante todo el proceso sobre los procedimientos que se necesitan para ella y su bebé. Todo esto para reforzar el vínculo madre-hijo desde el primer minuto de vida del niño o niña.

Gracias a la capacidad edilicia con la que hoy se cuenta en la Maternidad, como por ejemplo el de disponer de 6 UTPR (Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación), lo que permite que en un mismo lugar del hospital se produzca el periodo de dilatación, el parto y el puerperio inmediato (las dos primeras horas luego del parto). Posibilita a la mamá estar próxima y con vista a su bebé sabiendo lo que sucede con él desde el primer instante. Otro de los cambios que se le han sumado a este proceso es el que al momento de la internación de la madre no se le coloca una vía o sonda, lo que sólo sucede en casos necesarios.

También, al momento de permanecer en la UTPR, las madres puede deambular con amplia libertad y utilizar las posiciones que ellas elijan para estar más cómodas siempre bajo el ojo vigía de enfermería y las posibilidades que su estado le permite, cuando antes sólo se les indicaba acostada, y dada las características de las instalaciones hoy se pueden tener partos en posición semi-sentada si es elección de la madre. Una vez que el bebé nace, el personal de neonatología se lo coloca al recién nacido sobre el pecho de la madre, generando el contacto piel a piel y participa la pareja o la persona que ella haya elegido para que ingrese a la Unidad de Parto y se esperan algunos minutos para recién hacer el corte del cordón umbilical. Con esta nueva perspectiva de encarar el parto, el o la acompañante puede tener un rol activo en todo este proceso, tanto con la madre cómo así también con el bebé una vez nacido.

Estas actitudes y cambios institucionales de la Maternidad denotan la intencionalidad de humanizar el parto de las mujeres que allí se asisten y no exponerlas a las diferentes practicas caracterizadas como de violencia obstétrica.

“Nos rasuran, nos hacen enemas, nos meten los dedos en la vagina para tectar una, dos, tres, siete veces; una, dos, tres o más personas. Nos acuestan, nos miran, nos dicen que tenemos que hacer, cómo ponernos, cómo respirar, cómo pujar, nos aprietan la panza, nos mutilan nuestros genitales por rutina. Nos ponen una vía, nos inmovilizan, nos inyectan oxitocina sintética, nos anestesian. Después de todo esto si a la beba no la “hicieron nacer”, nos cortan y nos sacan a

nuestra cría, le cortan el cordón de manera prematura privándola, entre otras cosas, de un volumen adecuado de sangre y reservas de hierro, la separan de nosotras, le introducen una sonda por nariz, por boca, por ano, la limpian, la miden, la pesan, lejos de nosotras ¿Por qué no nos preguntan? ¿Por qué no nos brindan información para poder elegir? ¿Cuántas de estas prácticas están basadas en evidencia? ¿Cuántas investigaciones científicas hay que las desaconsejan y aún se siguen haciendo?” Paz (2009)

El Hospital Materno Infantil por su carácter de institución formadora exponía a las mujeres a la más común de las violencias obstétricas durante el periodo del parto y estas tenían que ver con el gran número de personas que se encontraban a su alrededor como ser estudiantes de enfermería y/o residentes médicos que presenciaban todo el proceso y además realizaban sus prácticas profesionales. Suceso que se había naturalizado años atrás, hoy y al continuar siendo un Hospital Escuela, prioriza la privacidad de la mujer, su bebé y la familia, por lo cual, desde la institución se está trabajando para evitar que los profesionales en formación participen de estos procesos de forma violenta y se sigan vulnerando derechos de la madre, el niño y su familia.

Sin embargo para ello, no es suficiente con mejorar la técnica asistencial ya que como lo menciona (Rosiles L, 2004) *“La mujer, al parto, le confiere un significado, donde las emociones se mezclan y pueden ser un proceso que se espera con ilusión amor y alegría, pero que fácilmente se puede convertir en una pesadilla que se vive con dolor y sufrimiento e incluso puede llevar a la muerte.” (p.61).*

Por lo que desde años atrás y bajo los principios del parto respetado, se pretende que todo profesional de la salud involucrado en este proceso base su cuidado en del binomio madre e hijo en teorías, prácticas y ética llevadas a cabo con empatía, espiritualidad y conocimiento.

Organización Panamericana de la Salud (OPS-1999) En este sentido bien refiere, que *“La aplicación de conocimientos y habilidades actualizados tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario. Los prestadores deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia” Lomuto, 2010 (p. 22).*

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSCF y de un parto tradicional a un **Parto Respetado** presenta complejidades de distintas dimensiones e Incluye distintos

componentes que actúan a lo largo del proceso de atención de la embarazada, desde su primer contacto con la maternidad hasta que su hijo o hija es dado/a de alta en el seguimiento ambulatorio. El logro de los resultados depende de cambios que deben implementarse a distintos niveles, como ser la cultura social, la estructura y el funcionamiento de la organización; la conducta de los miembros del equipo de salud e incluso, la de las madres y sus familiares.

Es decir que el proyecto del parto respetado (humanizado) requiere de la adhesión de todo el equipo de salud que integran un servicio como la maternidad provincial a fin de brindar calidad y calidez en la atención, asegurar los derechos de la madre durante esta etapa y minimizar los riesgos, así lo asegura, al sostener que *“la forma cómo se cuide a la gestante en el proceso de trabajo de parto va a condicionar el proceso del mismo de manera positiva o negativa”* (Morillo B., 2010)

Los cambios que se vieron en los últimos años en la atención del parto se dieron en un contexto de transformaciones sociales y culturales amplias que afectaron los roles y relaciones de género y los modelos familiares. A la vez respondieron a un renovado interés médico por mejorar la atención y minimizar sus complicaciones, aprovechando la difusión de nuevos conocimientos y herramientas tecnológicas que habían vuelto al parto menos peligroso. El parto sin dolor, parto sin temor, parto psicoprofiláctico, parto vertical, parto sin violencia, fueron diferentes modos de denominar y pensar la atención obstétrica que pusieron en evidencia diferentes concepciones sobre la relación equipo de salud, madre y familia. Todos tuvieron en común el considerar a las mujeres en un rol más activo, capaces de protagonizar la experiencia en conjunto con los padres que fueron llamados a ocupar un lugar más comprometido y cercano en el nacimiento de sus hijos.

Pese a los avances mencionados y en las políticas sobre los derechos de las mujeres, todavía existen barreras y una brecha entre lo que dice la ley, lo que conocen los profesionales y lo que se practica en el Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana” de la provincia de Jujuy, donde aún se observa que:

- Persiste en algunos profesionales la ejecución de acciones del antiguo modelo de atención obstétrica institucionalizado y diligenciado

- Que el parto se establece por protocolos asistenciales que se basan más en el enfoque “dolor y riesgo”, que representan al parto como un evento patológico y por ello subordinando a la madre a los criterios e indicaciones del equipo profesional.
- Que existen actividades que representan violencia obstétrica para las parturientas y/o su familia

A partir de la observación se plantean interrogantes en el sentido de los alcances de la implementación de los principios del parto humanizado en la Maternidad provincial de Jujuy tales como:

¿Cuenta la institución y el personal de la misma con los requerimientos necesarios para la práctica de un parto respetado?

Davis-Floyd (2001) en su trabajo Los Paradigmas Tecnocráticos, Humanistas y Holísticos del Parto, pretende analizar tres paradigmas de la atención de la salud que afectan en gran medida el parto contemporáneo, para ello destaca el hecho de que hay que “*humanizar la tecno medicina para hacerla compasiva, sensible, individualizada, relacional y orientada a la comunidad, y asegura que el mejor término análogo al del humanismo en la literatura es el de biopsicosocial, que implica que el modelo humanista tiene en cuenta la biología, la psicología y el entorno social*”

También aclara que uno de los aspectos más importantes del nacimiento humanizado “*es ser capaz de mirar a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella.*” Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye para la autora un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto.

¿Qué papel juega la información sobre parto respetado que maneja el profesional y la parturienta?

Hodnett y Langer (2000). Brindar apoyo a una mujer es darle toda la información y explicaciones que desee, ya que al proporcionarle apoyo empático durante el Trabajo de Parto la buena comunicación entre los proveedores de atención y la parturienta hará que esta se sienta segura y confiada en este acto. Lo antes mencionado reduce la necesidad de analgesia epidural y menor número de partos quirúrgicos”

Para que la atención sea humanizada, Davis-Floyd considera relevante que la mujer esté informada sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas y que participe de forma activa en la toma de decisiones. El cuidado debe basarse no en la tradición médica, sino en la evidencia científica, así como en las relaciones individuales entre la familia, el paciente y el profesional sanitario y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles complicaciones.

¿Qué representa la adhesión de los profesionales del equipo de salud a los principios del parto humanizado?

Hodnett y Langer (2000), en su trabajo demostraron que *“el apoyo emocional durante el TDP (Trabajo de parto) produce efectos beneficiosos tanto a las madres como en sus hijos; señalan que la presencia continua de una persona entrenada para dar apoyo a la madre redujo la necesidad de analgésicos un 21 por ciento y la incidencia de cesáreas un 23 por ciento. Las mujeres acompañadas tienen menos episiotomías, se comprueba una mejor lactancia y una mejor relación madre o hijo.”* (p. 37).

Los profesionales de la Maternidad fueron y son capacitados en este sentido para ofrecer las garantías del cumplimiento del Programa Parto Respetado. Ahora bien es necesario analizar si en la práctica cotidiana y las actividades de cuidados a la parturienta y a la familia se refleja el conocimiento adquirido.

¿El equipo de salud reconoce situaciones de violencia obstétrica?

La violencia obstétrica puede ser cualquier práctica invasiva, trato deshumanizado o falta de respeto personal que ejerce el profesional hacia la mujer en el ambiente de la salud reproductiva (Ley Nacional N° 26.485, 2009).

Los datos muestran que lejos de ser un fenómeno aislado, la violencia obstétrica se encuentra extendida y naturalizada por médicos/as y pacientes y es practicada de forma sistemática por parte de los profesionales de la salud.

Gattino, Silvia García, Paola Fuentes, Silvia (2016) en su Trabajo “Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto” infiere que la violencia obstétrica entendida, a partir de la Ley N° 26.485, es “aquella que ejerce el personal de salud sobre el

cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en el trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales”

Por otra parte las autoras señalan y citan a otros autores en función de ciertas prácticas o situaciones que toman como violencia obstétrica. Entre las que señalan a la vulneración del derecho a la intimidad, que implica la intromisión del equipo de salud no consentida por la mujer en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y órganos genitales.

Respecto a esto Canevari (2011) expone que *“dentro de la sala de partos, mientras transcurre un parto, puede haber diez personas observando y aún se sigue restringiendo el ingreso a un/a acompañante. El hecho de que los cuerpos de las mujeres se transformen en campos de prácticas, las expone a la vulneración de sus derechos”* (p.38).

(Lutz, E. y Misol, S. 2007). Otro aspecto supone la vulneración del derecho de las mujeres y sus familias a recibir información clara y precisa por parte del equipo de salud. *“Esto involucra la realización de prácticas sin previa consulta, sin que se les brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se llevan a cabo”*

Canevari (2011) señala que *“en las instituciones de salud se da una despersonalización en la relación comunicativa, donde entre el equipo de salud y los/as usuarios se establece una relación anónima, donde la mujer es tratada como un objeto y no como un sujeto de derechos.”*

Respecto al uso y abuso de medicalización, si bien se justifica bajo los argumentos de controlar los riesgos y prolongar la vida, en realidad implica una forma de ejercicio del poder por parte del equipo de salud, que se caracteriza por la pérdida del control sobre las decisiones que se toman sobre el cuerpo propio.

Otros procedimientos pueden ser enemas, rasurado de pubis, suero con oxitocina para acelerar el parto, episiotomía, cesáreas, rotura artificial de bolsa, maniobra Kristeller, fórceps, raspaje de útero sin anestesia, tactos vaginales reiterados y corte del cordón umbilical instantáneo.

¿La paciente recibe trato digno en la atención obstétrica de enfermería?

Bretin y Gómez (2009) Junta de Andalucía Consejería de Salud, Un estudio titulado: *“Amabilidad, respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento”*, el objetivo

fue servir de fundamento a la reflexión y aportar ideas para la mejora de la atención en la humanización del parto y nacimiento. Dicho estudio fue de tipo exploratorio con resúmenes de tablas de investigación involucrando tres sociedades como Reino Unido, Suecia y Canadá teniendo en cuenta que en ellas hay una fuerte presencia del sistema público de salud. Las consideraciones finales fueron que *“el poder en el entorno hospitalario, reside en los médicos-obstetras. Sus percepciones y prácticas rutinarias dominan al resto de profesionales y se imponen a las mujeres. Los cambios son posibles pero difíciles, las discusiones sobre las recomendaciones de la OMS, la elaboración de protocolos y la reflexión respecto a las propias prácticas contribuyen al cambio en la atención perinatal”*.

Humanizar el nacimiento significa devolver a la mujer que está dando a luz el protagonismo en el proceso, de modo que sea ella y no el médico quien tome las decisiones (informadas) y marque el ritmo. La OMS es muy clara en este punto: insta a los países a devolver el parto a las mujeres y sus familias.

¿Existen barreras para la adhesión a estos principios?

Ante el interrogante sobre la presencia de factores o barreras que interfieren en el cumplimiento del programa y sus principios

(Colfer Mendoza, 2017) en su estudio “Identificar las Barreras que Impiden la Aplicación del Parto Respetado por el Equipo de Salud” plantean el ideal de la atención humanizada durante el parto al decir que “El equipo de salud neonatal debería ser multidisciplinario y estar compuesto al menos por: - Neonatólogos, - Enfermera, - Médico de Familia, - Psicólogo, - Trabajador social, - Acompañante, - Familia, - Grupos de Apoyo.”

Los autores sostienen que “La colaboración interdisciplinaria debe ser transparente y estrecha, es muy importante que el equipo de salud brinde cuidados integrales sin dejar de tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus bebés y su familia y no solamente sus necesidades biológicas” en función de ello señalan factores sobre los cuales se debe trabajar para elevar la calidad de atención a la madre superando algunos factores de importancia como ser:

La desmedicalización y la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) son la base para satisfacer las necesidades biológicas.

Para la satisfacción de las necesidades emocionales son necesarias: Apoyo de la familia, apoyo desde el equipo sanitario, consejería en situaciones normales y complicadas, satisfacción de los usuarios/clientes, cuidado respetuoso.

Para las necesidades intelectuales son necesarias: Preparación al parto y a la maternidad/paternidad, involucrarse en la toma de decisiones. También se deben tener en cuenta las necesidades de la mujer, su bebé y su pareja y los cuidados perinatales, centrándose en la información, motivación y participación de toda la familia y comunidad local.

Se concluye que:

Según la indagación de los antecedentes la institución y el personal de la misma no cuentan con los requerimientos necesarios para la práctica de un parto respetado.

Según Hodnett y Langer (2000), el papel juega la información sobre parto respetado que maneja el profesional y la parturienta es fundamental ya que esto brinda seguridad y confianza la parturienta

Para Hodnett y Langer (2000), la adhesión de los profesionales del equipo de salud a los principios del parto humanizado infiere y ejerce una función importante en la duración y calidad del parto.

Gattino, Silvia García, Paola Fuentes, Silvia (2016) nos expresa que en el equipo de salud existe de manera naturalizada e incorporada en sus acciones situaciones de violencia obstétrica.

Bretin y Gómez (2009) Junta de Andalucía Consejería de Salud indaga sobre la práctica rutinaria en la cual la paciente no recibe en algunas prácticas trato digno en la atención obstétrica.

Colfer Mendoza, (2017) en su investigación concluyen que si existen barreras para la adhesión a estos principios por parte del equipo de salud.

No se obtuvo información acerca del equipo de salud si adhiere al programa parto respetado.

Se define el problema de la siguiente manera:

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la adhesión que presentan los profesionales de la Maternidad de Jujuy al programa de parto humanizado durante los meses de Abril a Junio del 2019?”.

JUSTIFICACIÓN

Durante el trabajo de parto la atención obstétrica somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, intervenciones protocolizadas ya sin bases científicas, personal formado solo técnicamente, falta de privacidad y otras condiciones que pueden experimentarse como negativas y con efecto adverso sobre el progreso del trabajo de parto y sobre el desarrollo de sentimientos de competencia y confianza hacia el personal.

Este proceso puede ser amortiguado por el suministro de apoyo y compañía que enfermería desde la aplicación de los principios del Parto Respetado puede otorgar durante los cuidados brindados en la UTPR, ya que la presencia y el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto es científicamente probado como una actividad positiva para el mismo.

El personal de la Maternidad Jujeña cuenta con la formación, la capacitación y el conocimiento necesario para la implementación de cuidados especializados y humanizados al momento del parto, ahora bien si estos profesionales adhieren a los principios mencionados en la Ley de Parto Respetado y establecen los cambios necesarios en este nuevo paradigma de atención, determinaran la calidad del cuidado que reciben las madres asistidas en la institución

El presente estudio pretende identificar si el personal de la Maternidad de Jujuy adhiere en su accionar al Parto Respetado y poder a partir de este conocimiento, establecer estrategias necesarias para dar cumplimiento a las normativas de la Ley y proporcionalmente mejorar la calidad y calidez de la atención que recibe la madre, el niño y la familia durante uno de los procesos más relevante de sus vida como lo es el de dar a luz a un nuevo ser humano.

Se debe señalar que la reafirmación practica de los principios del Parto Respetado en un contexto institucional adecuado, con los recursos necesarios y un profesional comprometido va a

producir un cambio ideológico y práctico de la disciplina asistencial ante las alternantes necesidades que presenta un proceso de salud y asistencia como lo es el trabajo de parto.

MARCO TEÓRICO

La **OMS y OPS (1985)**, celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, donde se promulgó unas recomendaciones para evitar ciertas prácticas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistemática. Además, este organismo especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística.

Mencionada conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención para la parturienta donde no se respetaba los derechos e integridad de la mujer por cual motivo se promulgo unas recomendaciones para evitar ciertas prácticas no justificadas que se llevaban a cabo de manera sistemática.

La **OMS (2001)** El cuidado Perinatal con el modelo de parto humanizado pretende tomar en cuenta las opiniones, necesidades y valoración emocional de las mujeres y su familia en los procesos de atención durante el trabajo de parto, para que la mujer viva la experiencia como un momento especial, en condiciones de dignidad humana, donde ella sea protagonista de su propio parto reconociendo el derecho de libertad para tomar decisión sobre dónde, cómo y quién la acompañará en esos momentos más difíciles y conmovedores de su vida. Con base en evidencias científicas y estudios realizados esta organización emitió una serie de recomendaciones sobre la atención del parto tales como:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.

4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, etc.

6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente un cuidado biológico.

7. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.

8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.

9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Este nuevo paradigma de atención perinatal fue desarrollado e implementado cronológicamente en nuestro país bajo.

UNICEF y MSCF (2010) Conjuntamente con el Ministerio de Salud de la Nación, trabajan arduamente en el programa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia donde plantean estrategias organizacionales que garantizan los derechos de las mujeres y los recién nacidos y se logra, además, reducir las muertes infantiles y maternas. El propósito de esta iniciativa es transformar las grandes maternidades públicas en espacios donde se implementen prácticas seguras y se garanticen los derechos de mujeres, recién nacidos y sus familias. Esto supone un cambio de paradigma en la atención perinatal.

La implementación de este programa pretende realizar un cambio cultural en las nuevas maternidades

Realizar un cambio cultural en cuanto a las creencias, valores, códigos éticos-morales e ideologías acerca de la atención de la madre, el RN y su familia, sin descuidar los aspectos relacionados con la promoción y protección de los derechos tanto de los usuarios como de los prestadores de los servicios.

Priorizar la seguridad de la atención y la participación de la familia en el cuidado de la madre y su hijo y la protección de sus derechos.

Modificar ciertas características edilicias de las maternidades de manera de garantizar la disponibilidad de residencias en las que puedan alojarse las madres que poseen a sus niños internados en las unidades de cuidado intensivo neonatal.

Promover el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo de salud desde que la madre ingresa a la maternidad hasta el alta.

Fortalecer las competencias y calificación del recurso humano que asiste a la madre y a su hijo.

LEY NACIONAL N° 25.929

Ley Nacional N° 25.929. Parto Respetado. Boletín Oficial de la República Argentina 21 de Septiembre del 2004. Promueven que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se acompañe a la mujer en la toma de decisiones seguras e informadas en respeto a los siguientes derechos.

Artículo 1°.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 3º.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

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

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

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

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.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

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

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

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

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Canevari Bledel (2016). En cuanto a lo que se refiere a violencia obstétrica, el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) dio a conocer las estadísticas que se obtuvieron a partir de la realización de encuestas voluntarias en su página web. Los datos muestran que la violencia obstétrica existe, afecta y violenta los derechos de muchísimas mujeres en todo el país, durante el parto, antes y/o después del mismo. La revista Cosmopolitan recogió algunos de los datos más resaltantes que dio a conocer el OVO, enunció y porcentualizó que la violencia obstétrica suele manifestarse por:

Falta de acompañamiento: Se deja a la mujer sola, sin interlocutores de confianza ni testigos de lo que le sucede en su internación. Durante el trabajo de parto, el 25% de las mujeres estuvieron totalmente solas. Durante el parto, un 36%. Durante la etapa de posparto, el 20%

Trato: El 28% fue criticado por los médicos. Un 56% fue tratado con sobrenombres. Un 30% recibió comentarios irónicos o descalificadores. A un 36% las hicieron sentir que corrían peligro ella o su hijo/a Y un 47% no se sintieron contenidas.

Información: El 44% de las mujeres no fueron debidamente informadas sobre la evolución del trabajo de parto o su bienestar ni del de su bebé.

Cesárea: El 46% tuvo a su hijo por cesárea, siendo el porcentaje estándar de la OMS un 12-15%, de las cuales 39% fueron programadas. Dentro de este número, el 54% de las madres eran primerizas. Existe un mayor índice de cesáreas en el sistema privado, que se eleva hasta el 64%.

Rotura artificial de bolsa: El 70% de las encuestadas no recibió información clara, adecuada y completa y por ende no dio su autorización.

Inducción del parto. El 29,7% de las encuestadas tuvo un parto inducido, siendo el porcentaje estándar de la OMS menor a 10%

Anestesia: El 36% de las mujeres fueron anestesiadas sin haberlo solicitado.

Prácticas sobre el/la bebé: El 74% de las mujeres no recibieron suficiente información sobre las prácticas que realizaron sobre su hijo/a, por ende tampoco dieron autorización para realizarlas. Aproximadamente el 45% de las mujeres no sabe o no recuerda qué prácticas fueron hechas sobre su hijo/a.

Esto implica que los pacientes en general, pero en este caso, las mujeres embarazadas en particular, son percibidas desde el punto de vista médico, como objetos, es decir, como cuerpos sobre los que se puede y debe ejercer la medicina, pero sin contemplar los puntos de vista, emociones, sensaciones y experiencias que transitan las personas a la hora de asistir a una institución médica.

Estas situaciones de violencia que se producen “invisiblemente” en los hospitales, clínicas y centros de salud, demuestran que la violencia obstétrica es una problemática social, que tiene diversas y variadas causas. A lo largo de la historia, los saberes médicos, se han ido legitimando socialmente de forma tal que en la relación médico/a usuario/as, se establece una relación de poder: es difícil animarse a cuestionar, dudar, sugerir o contradecir lo que nos dicen los/as médicos/as. Y a su vez, esto impide que las usuarias puedan expresar críticas, inquietudes y opiniones con total libertad. Más aún en momentos tan decisivos como durante el trabajo de parto.

En Jujuy la cultura ancestral coya y su influencia quechua y/o guaraní aún está muy presente y viva. En medio de la Quebrada se percibe muy a flor de piel la fuerza de lo natural. El relato de una mujer coya que cuenta como dio a luz a su hijos en su rancho ayudada por su marido, aún son parte del correlato del tema parto dentro de un sistema de salud que crece y se desarrolla en la tecnología, historias de comadronas, parteras o partos auto asistidos son muy contundente y nos hace reflexionar sobre la forma de parir y los beneficios y desventajas de la tecnología.

La quebrada conserva mucha tradición transmitida de generación en generación, los puestos de salud no abundan y las mujeres comienzan a tener hijos con la primera menstruación y terminan con la menopausia. En general, las mujeres campesinas tienen mucha resistencia para ir

a parir al hospital, por eso en su mayoría prefieren parir en el rancho ayudadas por la partera o comadrona de la zona.

Es costumbre señalar a la partera como la persona que acompaña no sólo durante el trabajo de parto sino también durante todo el embarazo. No es un representante del médico o de la salud, es la mujer que contiene a la mamá, que tiene un rol de nexo entre ellos. Y por sobre todas las cosas es quien tiene la capacidad de hacer esperar el nacimiento, la paciencia de dar el curso natural a lo natural del parto.

A partir de lo antes mencionado podemos observar el rol preponderante de las “matronas”, “comadronas”, “parteras” en las distintas culturas y momentos históricos. No sólo aportaban desde un punto de vista físico sino también psicológico “(...) evitaban a la parturienta sentirse aislada y rodeaban de afecto el nacimiento del niño, transformando el nacimiento en un acontecimiento comunitario.” (Oiberman, A. 2004 p. 27).

Antiguamente las parteras, eran también las curanderas de la comunidad. En épocas anteriores se consideradas brujas y durante años ejercían el oficio en las sombras. En la actualidad la figura de la partera también se está perdiendo. Este saber popular que manejaban las “parteras” fue desvalorizado y deslegitimado desde la inquisición por distintas instituciones como el Estado, la Iglesia y la profesión médica.

Si bien ya no las persiguen o denuncian, están siendo suplantadas por enfermeras, médicos u obstétricas formadas en las ciencias de la salud. Las escuelas de parteras que había en el país se cerraron hace 40 años y se fue perdiendo el oficio paulatinamente. Hoy no hay cargos de parteras, no hay tiempos de espera y hay cada vez menos paciencia.

Datos generados por las estadísticas asistenciales de los servicios hospitalarios en el año 2015, mostraba que en la ciudad de San Salvador, capital de la provincia, el índice de cesárea era

7 de cada 10 partos. Un promedio que se repite en otras capitales del país, en donde hay acceso a clínicas y hospitales. Mientras, que en el hospital de la localidad de Abra Pampa, capital de la Puna Jujeña, donde no hay quirófano para operar y la maternidad está manejada sólo por cinco parteras, el promedio de cesáreas es una de cada 100.

Ante lo expuesto, es necesario inferir que las intervenciones profesionales no solo deben ser técnicas y especializadas sino que también pasan por la contención, el afecto, el acompañamiento y el respeto personal, cultural y religiosos de los profesionales de salud hacia las usuarias en implementación del nuevo paradigma que es el parto respetado en la maternidad de Jujuy.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Para valorar la adhesión a los principios del programa parto respetado el presente trabajo se basa en los criterios enunciados y los derechos otorgados por la Ley Nacional N° 25.929. Parto Respetado. Boletín Oficial de la República Argentina 21 de Septiembre del 2004, que el personal de salud debe aplicar al momento de asistir a una mujer en trabajo de parto.

Las madres tienen **derecho a ser informadas de todo procedimiento a realizarse** y su justificación del accionar como:

Procedimientos: enemas, vaciado vesical con sonda, rasurado perivulvar, ruptura artificial de membranas, posición de litotomía, maniobra de Kristeller, utilización de fórceps infundada y episiotomía rutinaria

Uso de medicamentos protocolizado: ofrecimiento y colocación de anestesia epidural, administración de analgésicos y el uso de útero-tónicos (oxitocina) sin respetar los tiempos del parto natural

Comunicación Asesoramiento: información continua del progreso del trabajo de parto, asesoramiento sobre la posibilidad de nuevas técnicas, participación activa de la madre al momento de la elección de la forma de asistencia o cuidado y la no comunicación de procedimientos o técnicas médicas a utilizar.

También y de manera contraria se encuentra la falta de **apoyo emocional** a la que se suele exponer a la madre durante el trabajo de parto cuando no se le permite:

Acompañamiento Familiar: presencia de la pareja u otro miembro de la familia junto a la madre durante el proceso del trabajo de parto.

Expresar pautas culturales o religiosas: el no tener en cuenta o consultar sobre las costumbres de la madre y su familia al momento del parto y el no ofrecer la posibilidad de expresar o profesar su fe.

Contacto madre hijo/a: establecer el primer contacto madre hijo inmediatamente después de la expulsión. Inicio de la relación madre hijo mediante la lactancia materna

Por último y para establecer la adhesión del parto respetado de los profesionales de la Maternidad Jujeña, se encuentra el **cuidado asistencial** brindado al momento del parto tales como:

Trato Humanizado: respeto a la intimidad, presentación y saludo del profesional, corroborar el entendimiento de la información al momento de brindar el debido consentimiento sobre los procesos asistenciales y/o invasivos, Información, asesoramiento y respeto a la elección sobre las técnicas y posiciones en el trabajo de parto.

Utilización de recursos adecuada: camillas multiposicional, disponibilidad de una tina o bañera.

OBJETIVOS

General

“Determinar la adhesión al parto respetado desde las intervenciones del equipo de salud del Hospital Materno Infantil de la provincia de Jujuy durante los meses de Abril a Junio del 2019”

Específicos

- Determinar si existe cumplimiento de la ley de parto respetado por parte del profesional y la institución en el derecho a ser informadas de todo procedimiento a realizarse en el trabajo de parto de las usuarias de la Maternidad Jujeña.
- Conocer si existe cumplimiento de la ley de parto respetado por parte del profesional y la institución en el apoyo emocional a la parturienta de la Maternidad Jujeña.
- Identificar si existe cumplimiento de la ley de parto respetado por parte del profesional y la institución en el cuidado asistencial a la parturienta de la Maternidad Jujeña

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se encuadra metodológicamente dentro de un abordaje cuantitativo, que busca determinar la adhesión del equipo de profesionales de la salud a los principios y normas del parto humanizado en el desarrollo de las actuales prácticas asistenciales de la Maternidad del Hospital Materno- infantil de la Provincia de Jujuy durante el periodo Abril a Junio del 2019.

Bajo un diseño descriptivo explicativo se pretende evaluar la implementación de la nueva Ley de Parto Humanizado en la mencionada institución.-

Es de carácter transversal por el corte de tiempo formulado y prospectivo por la recolección de los datos

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	
Adhesión a los principios de la ley de parto humanizado	Derecho a ser informadas de todo procedimiento a realizarse y su justificación del accionar	Sobre Procedimientos	-Informa y solicita el consentimiento informado a la mamá ante: -Necesidad de colocación enemas, vaciado vesical con sonda, rasurado perivulvar, ruptura artificial de membranas, posición de litotomía, maniobra de Kristeller, utilización de fórceps infundada y episiotomía rutinaria.	
		Uso de medicamentos protocolizado	-Ofrece y coloca anestesia epidural si la mamá lo requiere -Administra analgésicos y el uso de útero-tónicos (oxitocina) respetando los tiempos del parto natural.	
		Guía y asesoramiento	-Brinda información continua del progreso y proyección del trabajo de parto. -Asesorar sobre la posibilidad de nuevas técnicas. -Permite la participación activa de la madre al momento de la elección de la forma de asistencia o cuidado, procedimientos o técnicas médicas a utilizar.	
		Apoyo emocional	Acompañamiento Familiar	-Permite la presencia de la familia para estar junto a la madre durante el proceso del trabajo de parto
			Expresar pautas culturales o religiosas.	-Se respetan las costumbres de la madre y su familia durante el proceso de parto Se posibilita la expresión de Fé
			Contacto madre hijo/a	-Facilita el primer contacto madre hijo inmediatamente después del nacimiento -Fomentan la colocación del bebe al pecho ni bien nace el niño, para el inicio de la lactancia

			materna
	Cuidado asistencial brindado al momento del parto	Trato Humanizado	-Se acostumbra la presentación del personal y el salud de todo los profesionales en la atención de la madre -Se privilegia la intimidad y el cuidado individual de la paciente -Se brinda atención cordial y oportuna requerida por la madre
		Utilización de recursos adecuada	-Se cuenta con camillas adecuadas para la variación de posiciones al momento del parto

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población bajo estudio está definida por todos los profesionales de la salud que cumpliendo los criterios de inclusión se desempeñan en la Maternidad del Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el periodo Abril a Junio del 2019.

En función de ser una población finita, la muestra no se trabajará y quedara conformada por los 95 profesionales de la salud que intervienen en la atención de las madres que van a dar a luz en el Hospital Materno Infantil.

Criterios de Inclusión:

- Aceptar participar en forma voluntaria en la investigación
- Tener una antigüedad mínima de 6 meses en la maternidad
- Trabajar dentro de la unidad de trabajo de parto y recuperación
- Para la recolección de datos se utilizará como técnica la entrevista personal e individual asegurando la obtención de datos de una fuente primaria. En dicha entrevista se completará una cédula de entrevista cerrada, categorizadas y de respuestas espontaneas.
- La confiabilidad de este instrumento será otorgada por la convergencia con otros similares y la consulta a expertos.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de elaborado el instrumento, se procederá a realizar la recolección de la información, prevista para los meses programados, en base al siguiente procedimiento:

Se presentará una nota dirigida a la dirección del Hospital Materno Infantil que autorice el ingreso al campo de estudio y poder aplicar el instrumento.

Para entrevistar a los profesionales seleccionados se tendrá presente la firma del consentimiento informado (Adjunto en Anexo)

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Se ordenarán y enumerarán los instrumentos a partir del número uno hasta finalizar el total (95).

Se codificarán los indicadores de las listas de cotejos que se utilizan para identificar la adhesión.

Se entregarán los cuestionarios para que según criterio del participante marque las actividades que se realizan dentro de la asistencia de las mujeres en trabajo de parto y la familia que la acompaña.

Se transcribirán los datos de los instrumentos a una tabla matriz que proporciona una mejor posibilidad de análisis general de los mismos.

CATEGORIZACIÓN DE DATOS

Para la categorización de los datos se establecerá según las dimensiones y sub-dimensiones de la variable.

Derecho a ser informadas de todo procedimiento a realizarse y su justificación del accionar: Sobre Procedimientos - Guía y asesoramiento - Uso de medicamentos protocolizado

Apoyo emocional: Acompañamiento Familiar - Expresar pautas culturales o religiosas. - Contacto madre hijo/a

Cuidado asistencial brindado al momento del parto: Trato Humanizado

Utilización de recursos adecuada

Se considerará que el profesional adhiere al derecho de ser informado si están presentes 6 indicadores

- Procedimientos (1)
- Uso de medicamentos protocolizados. (2)
- Comunicación y asesoramiento. (3)

Haciendo un total de 6 indicadores.

Se considerará que no adhiere cuando surjan menos de 6 indicadores.

Se considerará que el profesional adhiere al derecho de brindar Apoyo Emocional, si están presentes 5 indicadores.

- Acompañamiento familiar (1)
- Expresar pautas culturales o religiosas (2)
- Contacto madre-hijo (2)

Haciendo un total de 5 indicadores.

Se considerará que no adhiere si obtiene menos de 5 indicadores.

Se considerará que el profesional adhiere al derecho de proporcionar cuidado asistencial si están presentes 4 indicadores.

- Trato Humanizado. (3)
- Utilización de recursos adecuados (1)

Haciendo un total de 4 indicadores.

Se considera que no adhiere si están presentes de 4 indicadores.

PLAN DE PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se decodificarán los cuadros resúmenes del porcentual de las dimensiones y se establecerán la cantidad y de las respuestas positivas y negativas que serán valorados con igual criterio.

Los resultados serán analizados a través de la estadística descriptiva, la cual permitirá establecer la adhesión o no de los profesionales de la maternidad de Jujuy a los principios del parto respetado.

Las conclusiones finales se redactarán previa presentación grafica de los mismos con el uso del programa SPSS de análisis estadístico de datos lo que también permite identificar las falencias en la atención del personal de salud hacia las pacientes para así mejorar y optimizar una atención de calidad

TABLA 1) Cumplimiento de la ley de parto respetado por parte del profesional y la institución en el derecho a ser informadas de todo procedimiento a realizarse e intervenir en el trabajo de parto de las usuarias de la Maternidad Jujeña .

DERECHO A SER INFORMADA	SI	NO
Procedimientos		
Medicación		
Recibir Asesoramiento		
TOTAL		

TABLA 2) Cumplimiento de la ley de parto respetado por parte del profesional y la institución en el apoyo emocional a la parturienta de la Maternidad Jujeña.

DERECHO RECIBIR APOYO EMOCIONAL	SI	NO
Acompañamiento Familiar		
Pautas Culturales		
Contacto Madre / Hijo		
TOTAL		

TABLA 3) Cumplimiento de la ley de parto respetado por parte del profesional y la institución en el cuidado asistencial a la parturienta de la Maternidad Jujeña

DERECHO A RECIBIR CUIDADO ASISTENCIAL EN EL PARTO	SI	NO
Trato Humanizado		
Utilización de Recursos Adecuados		
TOTAL		

CRONOGRAMA:

Plan de actividades según Diagrama de GANT

ETAPAS /ACTIVIDADES	1° SEMESTRE DEL 2019					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Revisión del Proyecto						
Recolección de los datos						
Procesamiento de los datos						
Presentación de los datos						
Análisis de resultados						
Conclusiones						
Elaboración de informe e impresión						
Presentación final del Informe						

PRESUPUESTO

- Planilla de costos

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Humanos			
Investigadoras	2	Sin costo	\$0
Asistente en computación	1	\$500	\$500
Materiales			
Bibliografía	varias	\$250	\$250
Artículos de librería	varios	\$300	\$300
Impresiones	varias	\$250	\$250
Técnicos			
Computadora	1	Sin costo	\$0
Calculadora	1	Sin costo	\$0
Diseño diapositivas	30	\$7.00	\$210
Imprevistos			\$300
TOTAL PRESUPUESTO			\$1.810

BIBLIOGRAFÍA

- Biurrun-Garrido A., Goberna-Tricas J. (2013) - *La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía* –*Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66 - Ediciones Mayo, S.A
- Canseco B. E., Ramirez F. C. & Zuñiga T. D. (2005). *Apoyo Emocional a la Mujer en Trabajo de Parto.* Veracruz.
- Colfer M., Fernández A. C. & Dávila B. J. (2016). *Identificar las Barreras que Impiden la Aplicación del Parto Respetado por el Equipo de Salud.* Córdoba. Disponible en www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/colfer_mendoza.pdf
- Contreras, M. N. & De la Rocha, R. (2016) *Parto y Nacimiento Humanizado: Un Estudio de Caso.* Disponible en www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/contreras_mayra.pdf
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E. & Simón P. M. (2002). *Relación Médico Paciente y Resultado de los Encuentros Clínicos en Atención Primaria de Alicante: Un Estudio con Grupos Focales* - *Revista Española de Salud Pública*, vol. 76, núm. 5, septiembre-octubre
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, España - Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076516>
- Gonzalez J., Quintero Martinez D. (2009). *Percepción del Cuidado Humanizado en Pacientes que Ingresan al Servicio de la Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III Nivel de Atención.* Bogotá. Disponible en <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9730/1/tesis05-3.pdf>

- Hernández, R., Collado C. & Baptista L. (2013). *Metodología y técnicas de Investigación*. Mexico.
- Ibarra, R. (2008) *humanización del cuidado de enfermería durante el parto*. Scielo. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262008000100007&script=sci_arttext. 0123-4226.
- (2001). *Los Paradigmas Tecnocráticos, Humanistas y Holísticos del Parto*. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. Vol. 75 pág. 5
- Miranda C. P., Monje V. P. & Oyarzún G. J. (2014) *Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia –Valdivia Chile*. Recuperado en [en en cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf](http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf).
- Morillo B. (2010). *Relación de ayuda en el cuidado enfermero hacia las Embarazadas en Trabajo de parto*. Colombia. Recuperado en www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf
- Piovano M. (2014). *Escritura Científica, Un desafío para Investigadores en Formación* - 1º Edición. Córdoba .155pp.
- Parto respetado y Maternidades Seguras (2017) Municipalidad de Rosario. Buenos Aires 711, Rosario, Santa Fe, Argentina. recuperado en <https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/.../parto-respetado-y-maternidades>
- La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (1985), Fortaleza Brazil.
- Ramosa S., Romero S. M. & Ortiz V B. (2015) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia, la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires – Buenos Aires*

- Rosiles L., Marquez Barraza M. (2004). *La Atención para la Salud durante el Embarazo y el Parto una Propuesta desde la Psicología de la Salud* - Avance en Psicología Latinoamericana Vol. 22 pp 61-75
- Saavedra Infante Deisy Lorena (2013) *Comportamientos del Cuidado del Profesional de Enfermería que percibe la Gestante en Trabajo de Parto y Parto en la clínica de Palermo*
- Sanchez J A.(2012) *Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de la Región de Murcia*. Recuperado en www.tesisenred.net › Universidad de Murcia › Departamento de Enfermería
- Vitalia A. (2015). *Humanización del Cuidado de Enfermería en la Atención del Parto en el Hospital Regional de Occidente*. Guatemala. Recuperado en recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-Leon-Antonieta.pdf
- Zimmer S.(2013). *Parto Humanizado. Proyecto Salud*. Recuperado en <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/>.
- Ortiz Z. (2011) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] Conceptualización e Implementación del Modelo* - UNICEF – Primera Edición- buenosaires@unicef.org – M S argentina.
- *Ley de Parto Humanizado N° 25.929* y su reglamentación (decreto 2035/2015) - 2004 – Cámara de Diputados de la Nación Argentina – Argentina.gob.ar.html
- OMS Biblioteca Virtual en Salud www.who.int/library/databases/paho/es
- Biblioteca electrónica SciELO “ScientificElectronic Library Online“
- Literatura científica y técnica en Salud de América Latina y de Caribe. “LILACS”

ANEXOS

ANEXO 1

Nota de autorización a la institución

San Salvador de Jujuy,...de.....del 2019

A LA SRA. DIRECTORA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Dra.

S_____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que las enfermeras, Catorcino Gisela Andrea y Cortez María Magdalena son alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final y están elaborando un estudio de investigación sobre el tema de “Adhesión del Equipo de Salud, de la Maternidad de Jujuy al Programa Parto Respetado”.

Por tal motivo se solicita su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar el acceso a la institución a su cargo para la recolección de los datos necesarios.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda atte.

ANEXO 2

Consentimiento Informado al Profesional

Adhesión del Equipo de Salud de la Maternidad de Jujuy, al Programa de Parto Respetado

Investigadoras: Catorcino Gisela Andrea y Cortez María Magdalena.

Este estudio pretende ser beneficioso para el plantel de profesionales que asisten los partos y para mejorar la calidad de atención de todo el personal de salud interviniente, exponiendo de manera categórica las posibles falencias que se identifican en el proceso del parto con respecto a la ley 25.929

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad Nacional de Córdoba y la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia e incluye completar una cedula de entrevista para la recolección de los datos necesarios.

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste, teniendo en cuenta que su participación en el estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho a abandonar el estudio cuando quiera y su relación laboral con su institución no se verá en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado, será recompilada por las investigadoras, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso y se mantendrá en secreto estadístico.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del sujeto Fecha.....

Rep. Legal Fecha He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado. .

Firma del Investigador..... Fecha.....

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Somos alumnas del quinto año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Estamos realizando un estudio que tiene como propósito recabar información sobre la “Adhesión al Programa Parto Respetado del Equipo de salud en la Maternidad Jujeña, por tal razón solicitamos a Ud. su valioso aporte que permitirá conocer la problemática planteada e instrumentar alternativas de solución. Desde ya, se agradece su colaboración.

DATOS GENERALES

Edad: Sexo.....Estado Civil.....

Formación Profesional.....

Condición Laboral: Permanente Contratada Reemplazante

CUESTIONARIO

1- Derecho a ser informada durante el trabajo de parto marque si – no según considere

Derecho a ser informadas de todo procedimiento a realizarse y su justificación del accionar	si	no
¿Se solicita el consentimiento informado para la realización de?		
Enema evacuante		
Sondaje vesical		
Rasurado genital		
Ruptura artificial de membranas, como procedimiento de aceleración del parto se practica		
Adoptar la posición litotomía o ginecológica, durante el periodo de expulsión		
Maniobra de Kristeller, como ayuda para la madre y las contracciones durante la expulsión del bebe		
Se utiliza el fórceps ante la demora del parto		
La Episiotomía como rutinaria en los partos primerizos u otros con demoras en el periodo de expulsión		
Uso de medicamentos protocolizados		
¿Se utilizan procedimientos con medicamentos que van en contra de progreso natural del parto?		
Se ofrece y/o coloca anestesia peridural si la mamá lo requiere ,		
Administra uterotónicos (oxitocina) “para apurar el parto”		

.				
Ser Guía y Brindar asesoramiento				
¿Se brinda conocimiento sobre el parto a la madre y los derechos otorgados por la ley 25929?				
Brinda información continua del progreso y proyección del trabajo de parto.				
Asesora sobre la posibilidad de nuevas técnicas.				
Total de Respuestas				
Cantidad sobre 12 indicadores 95 participantes	SI	NO		

2- Derecho a recibir apoyo emocional brindado durante el trabajo de parto marque si – no según considere

Acompañamiento Familiar	si	no
¿Permite la compañía de algún miembro del grupo familiar durante el trabajo de parto?		
Permite la compañía de la Pareja		
Permite la compañía de algún otro miembro de la familia		
Expresar pautas culturales o religiosas		
¿Se consulta y respetan las expresiones manifiestas por la embarazada?		
Se respetan las costumbres y prácticas culturales de la madre y su familia durante el proceso de parto.		
Se consulta y brinda la posibilidad de expresar y profesar su fe		
Contacto madre hijo/a		
¿Se cuenta con la iniciativa de los profesionales para?		
Facilita el primer contacto madre hijo inmediatamente después del nacimiento		
Fomentan la colocación del bebe al pecho ni bien nace el niño, para el inicio de la lactancia materna		
Cantidad sobre 6 indicadores 95 participantes	SI	NO

3- Derecho a recibir cuidados asistenciales brindados al momento del parto (marque si-no según considere

Trato Humanizado			si	no
¿La actitud socializadora de los profesionales se manifiestan mediante?				
Se acostumbra la presentación del personal y el salud de todo los profesionales en la atención de la madre				
Se privilegia la intimidad y el cuidado individual de la paciente				
Se brinda atención cordial y oportuna requerida por la madre				
Utilización de recursos adecuada				
¿Dentro de los recursos materiales el servicio?				
Se cuenta con camillas adecuadas para la variación de posiciones al momento del parto				
Tiene una pileta para el caso de partos en agua				
Total de Respuestas				
Cantidad sobre 6 indicadores 95 participantes	SI	NO		

