

Development Connections



DVCN Critiques

Vol. 1, No. 2
Octubre, 2007

Los hombres en calidad de acompañantes en el parto: ¿desafiando el orden de género?

Carlos Güida¹

Resumen

El (no) lugar de los varones en los programas y servicios de salud reproductiva viene siendo materia de estudio en las últimas décadas en América Latina y El Caribe. Las dificultades para su incorporación residen, entre otros aspectos, en las resistencias culturales, profesionales e institucionales a vincular la masculinidad con la afectividad y el cuidado de los otros. La participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y nacimiento, constituye un espacio privilegiado desde donde observar la vigencia del modelo materno infantil, la presencia o ausencia del enfoque de género y derechos de las mujeres a través de las prácticas obstétricas y los estereotipos sexistas que impiden la humanización del parto y el nacimiento. La evidencia cuantitativa y cualitativa apunta a la necesidad de modificar la reglamentación sanitaria, los enfoques y las prácticas profesionales e institucionales de los programas y servicios.

1. Sobre la salud sexual y reproductiva y el lugar de los varones en la agenda

Desde hace algunas décadas, los estudios sobre las masculinidades en América Latina, vienen aportando a la comprensión de las identidades y roles de los varones en la incidencia en el proceso salud - enfermedad – atención, fundamentalmente en el área de la salud sexual y reproductiva.

Desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, 1994) hasta el Documento “Recomendaciones del Secretario General de Naciones Unidas a la 48° Asamblea General sobre el Estatus de la Mujer” (NY, 2004), se recomienda que es imprescindible involucrar activamente a los varones en el cuidado de la salud de la salud sexual y reproductiva.

En algunos casos, los varones han sido visualizados tan sólo como un “factor” que perturba o que incide negativamente en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y ello justificaría la necesidad de trabajar con ellos. En casos extremos, los varones han sido visualizados como un elemento clave para el control de la natalidad de las poblaciones en situación en extrema pobreza.

¹ Doctor en Medicina. Profesor Adjunto del Área Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de la República - Uruguay. Consultor en Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Investigador en Masculinidades. carlosdguida@hotmail.com

El papel de los varones en los programas y servicios de Salud Reproductiva ha motivado algunas consideraciones por parte de distintas agencias de cooperación y de organizaciones de la sociedad civil, masculinidad y paternidad en la década de los 90 (CORIAC, ETHOS, PAPAI) y de redes que abogan por la humanización del parto y el nacimiento.

Las resistencias a la integración de los varones a los programas y a los servicios de salud son complejas, y han sido sistematizados a partir de eventos específicos. (Oaxaca, 1998; Santiago de Chile, 1998; Brasilia, 2003; Ciudad de Panamá, 2005).

Un resumen de las ponencias y trabajos presentados en el “Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas” (Oaxaca, 1998), da cuenta de algunos de estos aspectos y tensiones paradigmáticas:

“Las actitudes y prácticas en salud reproductiva de los hombres, sus decisiones y responsabilidades en la concepción y anticoncepción, y el uso de métodos anticonceptivos ha sido analizado en diversos estudios (Figuroa 1994, 1997; Mundigo 1995; Shepard 1996; Yon 1996; Arilha 1998; Olavarría et al 1998). Algunos estudios analizan la negociación al interior de la pareja, el poder que ejerce el varón y las influencias en la toma de decisiones sobre reproducción y anticoncepción; algunos consideran la etapa del ciclo de vida de los varones, la situación económica, tipo de relación en la pareja, uso y método anticonceptivo elegido. Se encontró que en la negociación algunos varones ejercen poder con violencia sobre las mujeres, sea por la no disposición de ellas a tener relaciones sexuales, el tipo de prácticas sexuales llevadas a cabo, como en impedir el uso de anticonceptivos u obligar a sacárselos o interrumpir los que están usando (Shedlin y Hollerback 1981; Liendro 1994; Figuroa 1994; Fachel Leal 1995; Meglioli 1998; Gysling y Benavente 1996; Olavarría et al 1998). Sobre planificación familiar y paternidad responsable, algunos estudios investigaron creencias, significados, percepciones, actitudes, prácticas verbalizadas y los efectos que tienen en la definición del tamaño de la familia, hijos deseados y planeados y uso de anticonceptivos. (Maynard-Tucker 1989; Foreit et al 1992; Population Council/Bolivia 1994; Leñero 1994; UNFPA 1995; Yon 1996; Buchanan 1997).

El conocimiento actual está en condiciones, dentro de sus limitaciones, de facilitar información a los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva. El desafío es utilizar estos datos para diseñar programas que lleguen efectivamente a hombres, y que estén a su alcance (The Alan Guttmacher Institute s/f; Cuca et al s/f). Varios investigadores recomiendan que las organizaciones de salud sexual y reproductiva tengan presente el proceso de toma de decisión de las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de la pareja. También hay concordancia general en que los proveedores deben ofrecer programas para hombres (Maynard-Tucker 1989; Foreit et al 1992; Buchanan 1997; Kalckmann 1998; Zambrana et al s/f; Cuca et al s/f; Alan Guttmacher Institute s/f)”

El énfasis en el papel de los varones a la anticoncepción, en la “paternidad responsable”, en las formas de dominio hacia las mujeres a través de las actitudes y prácticas sexuales y reproductivas, dejan un escaso margen a planteos no estigmatizantes y no homogenizantes.

2. El parto, un escenario particular

La participación de los varones en el parto en su condición de pareja es diversa dadas las modalidades que adquiere en las distintas culturas latinoamericanas y con diferencias notables inclusive en las mismas sociedades.

El acompañamiento de los varones en el parto es un espacio privilegiado de observación de las prácticas sanitarias en salud sexual y reproductiva y puede constituirse en un campo de análisis de diversos procesos tales como: derechos y ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, la violencia basada en el género, modelos de atención prevalentes en salud a la salud sexual y reproductiva, formación de los recursos humanos en salud en atención del parto humanizado, tensión entre el saber técnico y el saber popular vinculado a los procesos reproductivos.

La pertenencia a sectores vulnerables socio económicamente, a comunidades discriminadas por su pertenencia étnica, la accesibilidad a servicios de salud de buena calidad incidirán generarán mayores grados de vulnerabilidad de las mujeres para ejercer el derecho de estar acompañadas. La importancia del acompañamiento en el parto ha sido evaluada y documentada por el Centro Latinoamericano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud (CLAP, 2001), de las cuales citamos algunas de ellas En citas que realiza desde su página web:

“El apoyo continuo durante el trabajo de parto brinda claros beneficios para las mujeres y sus niños. Se sabe que uno de los factores que influyen negativamente durante el trabajo de parto es el entorno del hospital, con la separación para la madre de la familia y el hecho de estar controlada por personas extrañas. Cuando la mujer está acompañada por un familiar que ella elige o por alguien entrenado para brindar compañía, esta sensación de discomfort se modifica. Esta revisión encontró que el apoyo reduce la probabilidad de medicación para el dolor, la cesárea y el nacimiento por fórceps. En las mujeres que recibieron apoyo continuo se vio una mayor frecuencia de evaluaciones positivas sobre su experiencia del parto”.

En la medida en que el parto se ha institucionalizado y determinadas prácticas de la rutina hospitalaria fueron instalándose, el “evento obstétrico” pasó a asemejarse cada vez más a la atención de una intervención quirúrgica. Marie Jane Spink (2004) desarrolla este recorrido en su trabajo “Los orígenes históricos de la Obstetricia Moderna”²

Desde hace algunos años, se vienen cuestionando prácticas de rutina tales como la episiotomía, el rasurado perineal (Basevi V, Lavender T; 2001)³ y el enema (Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB)⁴.

² Spink, M. J. (2004), capítulo 10 en Psicología Social e Saúde. Práticas, saberes e sentidos. Editora Vozes. Petrópolis

³ Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.

⁴ Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.

Es posible citar, la revisión sobre seis estudios acerca del acompañamiento:

“El apoyo social puede incluir consejos o información, asistencia tangible y apoyo emocional. Existe una revisión cuyo objetivo fue evaluar los efectos del apoyo continuo durante el trabajo de parto (proporcionado por personas que trabajan en la salud o cualquier otra persona, pero todas mujeres), sobre las madres y los recién nacidos. Se incluyeron catorce investigaciones clínicas aleatorizadas. La evidencia científica mostró entonces que la presencia continua de apoyo personal redujo la probabilidad del uso de medicación para el dolor en un 29 % (riesgo relativo 0.71 , intervalo de confianza 95 % , 0.2 - 0.81) ; el parto operativo vaginal en un 23 % (riesgo relativo 0.77 , intervalo de confianza 95 % , 0.65 - 0.99) ; el nacimiento por cesárea en un 23 % (riesgo relativo 0.77 , intervalo de confianza 95 % , 0.64 - 0.91) ; y el score de apgar menor de 7 a los 5 minutos en un 50 % (riesgo relativo 0.50 , intervalo de confianza 95 % , 0.28 - 0.87). El apoyo continuo también fue asociado con una ligera reducción en la duración del trabajo de parto. Seis estudios evaluaron los efectos del apoyo sobre la visión que tenían las madres sobre su propia experiencia del parto, aunque los estudios usaron diferentes medidas (satisfacción global, fracaso para hacer frente al trabajo de parto, finalización del trabajo de parto peor que lo esperado y niveles de control personal durante el nacimiento), en cada estudio los resultados favorecieron al grupo que recibió apoyo continuo. A pesar del amplio margen de casos revistos, no se encontraron efectos nocivos ni para las madres ni para los recién nacidos. La conclusión de esta revisión es que el apoyo continuo durante el trabajo de parto por prestadores de salud (enfermeras, parteras, u otras personas) parece tener un gran número de beneficios para las madres y sus hijos, no pareciendo existir ningún efecto dañino (Hodnett ED, 2001)⁵.

A pesar de estas evidencias, es posible observar la escasa consideración del acompañamiento en documentos técnicos surgidos con posterioridad. Un ejemplo de ello lo constituye el documento “Consulta Técnica Regional. Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe”, convocada por el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2003). En dicho documento, existen muy escasas menciones al “acompañamiento” en el parto. Sólo una experiencia de parto en domicilio en Bolivia, la mención de Perú y la referencia a un documento de OMS, donde se menciona que el apoyo comunitario (sobre todo de la pareja) favorece el acceso a servicios de salud. En las líneas a priorizar por las delegaciones de los países participantes, no se explicita este aspecto que consideramos central, como tampoco aparece en el capítulo de recomendaciones y conclusiones. Si bien se menciona la necesidad de “humanización del parto” y se tienen en cuenta las consideraciones culturales están presentes. Para nosotros, la mención específica de la evidencia de los beneficios y del derecho al acompañamiento de las mujeres en el preparto – parto - puerperio podría colaborar a algunas de las metas propuestas.

En la “Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo” (Pantelides, E. et al, 2006), se demuestra que el “acompañamiento” se produce mayoritariamente en la sala de espera. Lo que si bien muestra la actitud de los varones de permanecer próximo de las parejas, evidencia la resistencias institucionales al acompañamiento con una presencia real. En ciudades de Honduras, Nicaragua y Panamá, la sala de espera es el destino final para el 86,5% al 94,5 % de los “acompañantes varones”.

⁵ Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In : The Cochrane Library , 1, 2002. Oxford : Update Software.

3. El acompañamiento en el parto: una mirada desde las leyes y los reglamentos

En la última década han surgido en el contexto latinoamericano diferentes iniciativas legislativas y normativas ministeriales y municipales, tendientes a la humanización del parto y el nacimiento que han influido en mayor o menor medida en las prácticas vinculadas al nacimiento.

Por ejemplo, en Uruguay, el 15 de agosto del año 2001, el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretan la Ley N° 17.386, estableciendo que:

Artículo 1º. - Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Artículo 2º. - Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º y estimulará la práctica a que éste hace referencia.

Artículo 3º. - Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas.

Tal como señalamos en más de una oportunidad, al no quedar explícito el derecho a la participación de la figura paterna, este avance legislativo no considera las resistencias de los servicios de salud a la presencia masculina. Asimismo, la ausencia de la reglamentación por parte del poder ejecutivo de dicha Ley, había incidido en que su cumplimiento no estuviese garantizado.

Un ejemplo de la invisibilidad de la ley no reglamentada, se encuentra en la entrevista a un ginecólogo, director de la “sala de adolescentes puérperas” de la principal maternidad pública de Uruguay (Güida, C; 2003):

“A veces como te digo que hay muchos que no aparecen, no existen, también te digo que están otros que se preocupan y se pasan las noches sentados, pobres locos, en la puerta del hospital y tenemos internada a la madre por el bebe y ella está acostadita en la cama caliente y él está ahí abajo muriéndose de frío y comiendo lo que puede, sobre todo la gente del Interior y tienen que venir y quedarse acá y pasan 30 o 40 días ahí abajo...” “a veces la chiquilina no tiene quien la cuide, quien la ayude, entonces, en el Hospital no pueden permanecer hombres fuera del horario de visita. Pero nosotros ahí hemos tenido, la Dirección lo abala, que, en los casos puntuales que yo les hago el pedido, convalidan el derecho de que puede quedarse el padre... no adentro pero sí en la salita de espera que está afuera y que la chiquilina sí lo necesita lo llama y esta ahí a la orden y tenemos muchos casos de esos.

-¿Y en que caso evalúas y privilegias?

-La soledad, primero la soledad. Que no tenga una mamá, una abuela, una hermana, una prima, una amiga que venga a ayudarla y segundo las dificultades que pueda tener esa adolescente con el manejo del bebe. Con el tiempo hemos cambiado eso, antes éramos un poquito más estrictos por el tema que nos imponían a nosotros “Hombres no”. No se olviden que son hombres y la sala está llena de adolescentes, andan medio desnudas, pueden estar dando teta, yo no sé la cabeza de la gente, viste, a veces la gente da para cualquier cosa...”

Desde la normativa institucional que impone el “no a los hombres”, hasta los temores compartidos por el equipo de salud sobre lo que supuestamente piensan y actúan los varones de sectores populares, se apuesta a la exclusión. No se cuestiona las características locativas, que permitirían un mayor nivel de privacidad y un acompañamiento digno, ni que las mujeres son vistas diariamente por decenas de estudiantes universitarios, personal de limpieza, entre otras figuras masculinas que circulan por la sala. El temor, es el hombre – acompañante.

En otros países surgieron iniciativas similares. El 7 de abril de 2005, el Poder Legislativo de Brasil promulga la Ley 11.108, que obliga a las instituciones que integran el Sistema de Salud a garantizar la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato, seleccionado por la mujer. Además, plantea que dicha ley será reglamentada por el organismo competente

En 2004, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Dirección de Salud Materno Infantil promulga el “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en Argentina”, entre cuyos enunciados se encuentra:

“Garantizar una asistencia segura en el parto, evitando intervenciones innecesarias en el parto normal, pero con la capacidad resolutive suficiente en las emergencias obstétricas, lo que incluye el suministro oportuno de sangre segura. Asegurar el derecho al acompañamiento al preparto, parto y puerperio”

Argentina cuenta, desde setiembre de 2004, con la Ley Nº25.929; que entre otros aspectos favorece el acompañamiento en todo el proceso del parto. Pero desde junio de 2003, la legislatura de la ciudad de Buenos Aires contaba con una ley específica, que establece:

Artículo 1º.- Toda mujer tiene derecho, en el transcurso del trabajo de parto y el momento del nacimiento, como así también en la internación, a estar acompañada por la persona que ella designe.

Artículo 2º.- El personal de los establecimientos asistenciales del sistema de salud debe informar a la embarazada del derecho que la asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º.

Artículo 3º.- Todos los efectores del sistema de salud deberán implementar en el subsector público las medidas necesarias para capacitar al personal profesional y no profesional, adecuar los recursos físicos y la estructura organizativa a esta modalidad.

Artículo 4º.- Comuníquese, etc.

Distintas provincias de la República Argentina han legislado al respecto. Asimismo las dificultades para su implementación han sido registradas por la prensa escrita en varias oportunidades.

Es interesante observar cómo, en el Sur de América, en un proceso de pocos años, se han dado pasos legislativos importantes en este tópico, con menores resistencias que otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. A pesar de ello, las dificultades en el cumplimiento de las leyes y decretos promulgados respecto al acompañamiento, también es notorio el papel de los servicios de salud, impidiendo que el derecho legislativo se garantice.

4. Los aportes de la investigación

Estas dificultades en la implementación han dado lugar a investigaciones en tres países, de las cuales rescatamos aspectos comunes. Un estudio exploratorio en Recife, Brasil, desarrollado en 7 maternidades del sector público, en base a entrevistas a gestores de salud y profesionales de los servicios (Medrado, B. et al., 2007) muestra que:

La totalidad de entrevistados/as dicen conocer la ley de acompañamiento. En 6 de las maternidades se considera que es importante que el padre sea el acompañante por diversos motivos: porque es una voz activa de las mujeres durante el parto, porque el padre también se embaraza, por su rol de control social sobre los equipos de salud, porque involucrar al padre en el cuidado infantil desde el inicio de la vida, porque le da más seguridad a la mujer.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres llegan al parto con una acompañante mujer (madre o amiga). Este estudio muestra que en el pre parto, 2 no permiten acompañante, 4 sólo si es mujer y tan sólo 1 habilita al varón. Ya en el parto, 4 permiten la compañía de ambos sexos, dependiendo del equipo de salud, y 3 no permiten el acompañamiento.

La justificación para impedir la presencia del acompañante son: la falta de ropa adecuada, las dificultades locativas, las resistencias de los equipos médicos y el alto riesgo obstétrico.

Mientras que en el posparto, los obstáculos radican en que lo locativo impide la privacidad y que la circulación de hombres puede generar inhibición en las mujeres madres.

Un estudio reciente en Argentina, de carácter cuali – cuantitativo, llevado adelante por la Dra. María Adelina Mohedano (2006), médica obstetra y jefa del Departamento Perinatal del Hospital de Clínica Nicolás de Avellaneda muestra los obstáculos al acompañamiento paterno:

- 89% de las entrevistadas fueron acompañadas en el parto, pero sólo el 43 % de los acompañantes fueron sus parejas. De los profesionales indagados (74), uno de cada tres prefiere que la acompañante sea una mujer.
- Si bien el 90% de los profesionales dicen conocer el significado de “parto respetuoso”, el 5% desconoce la ley de acompañamiento.
- Los profesionales que entienden que el parto es un “acto médico” son fundamentalmente los anestesistas, los neonatólogos, los administrativos y las enfermeras.
- Los profesionales que se resisten a la presencia del acompañante (30%), argumentan que es porque “interfiere” (12%) o se impresionan (18%)

En Uruguay, hemos desarrollado un estudio exploratorio en 5 maternidades (3 públicas y 2 privadas), en el contexto del Programa Nacional Salud de la Mujer y Género⁶. A través del estudio se pretendió

⁶ Documento Técnico de Trabajo PARTICIPACION DE LOS VARONES EN CALIDAD DE ACOMPAÑANTES EN EL PARTO y PUERPERIO: EL PAPEL DE LOS EQUIPOS DE SALUD. Hacia la Reglamentación de la Ley

visualizar, por una parte, las resistencias y oportunidades de los equipos de salud para el real cumplimiento de la ley y, por otra parte, observar el papel adjudicado a la figura paterna en el imaginario de los profesionales de la salud. Se realizaron 23 entrevistas a integrantes de los equipos de salud de tres servicios de maternidad del sub sector público y dos del sub sector privado, ubicados en Montevideo y Las Piedras⁷. Se entrevistó a un informante calificado del Ministerio de Salud Pública.

Las tres cuartas partes de las entrevistas fueron realizadas a mujeres técnicas de diferentes profesiones.

El hecho que en los equipos existan diferentes criterios técnicos, es visualizado como un obstáculo. Ello obedece además, a la concepción acerca de lo que significa atender un parto. Los tiempos son definidos como muy importantes para las parteras, pues, entre otros factores, permite el acompañamiento del proceso de parto y un lugar protagónico de las mujeres.

“Sentarse a charlar de otras cosas que no sea del momento del parto. Empezar a conversar el nombre del bebe, yo que sé... no sé, otras cosas, crear un vínculo, no digo personal pero más de confianza con el paciente, que no se sienta una máquina de parir”. (partera, sector privado)

El vínculo conflictivo con los familiares es otro factor que aparece reiteradamente mencionado. Aquellos familiares que durante el trabajo de parto o durante el posparto aconsejan a la mujer o la predisponen negativamente ante el equipo de salud, generarían cierta irritabilidad y en muchos casos opera como un factor que obstaculiza la tarea de los profesionales.

“La relación con el esposo en general es bastante buena, yo creo que en mi vida nunca tuve un problema con un esposo, pero la relación ya con los padres (los abuelos) ya es distinta. Uno tiene que entenderlo que sí, que si bien están preocupados por el niño, también están más preocupados por su hijo o por su hija. Muchas veces no aceptan el dolor como algo que tenga que acontecer durante el trabajo de parto. Pero eso a veces no lo logra, no se logra que de un lado solamente hubiera una persona acompañando a la madre en el trabajo de parto y que esa persona también hubiera recibido una instrucción de cuál es su función, su papel y qué es lo que le acontece a la parturienta”. (Gineco obstetra, sector privado)

“Lamentablemente además de ellos viene la madre, viene la suegra, ahí es donde se entra a complicar la cosa”. (ginecólogo, sector privado)

Pareciera que los pacientes generan un mayor rechazo ante determinados técnicos, fundamentalmente varones ginecólogos. Cabe preguntarse si los familiares no operan como cuestionadores del saber médico hegemónico, aspecto que no aparece planteado frontalmente por otros profesionales de los equipos.

de Acompañamiento del Parto y del Nacimiento (Ley 17386) (Güida, C. (coord.); Amorín, D; Graña, F; Rondán, J; Urioste, A; 2005)

⁷ Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Hospital de la Mujer Paulina Luisi, Hospital de Las Piedras, Centro de Atención del Sindicato Médico del Uruguay. CASMU 3, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

Para varias/os entrevistadas/os este aspecto implica la necesaria coordinación y armonía entre los integrantes de los equipos. Según las opiniones recogidas, las mujeres en trabajo de parto, percibirían las situaciones de conflicto y ello redundaría negativamente en el proceso, acrecentando la inseguridad y disminuyendo la posibilidad de bienestar de las mismas.

“En general los ginecólogos no tienen buen relacionamiento, los anestesiólogos nunca miran a la paciente antes de operarla salvo honrosas excepciones y los neonatólogos tienen otro tipo de relacionamiento, más cercano, más afectuoso. Creo que no es parejo”. (partera, sector privado)

Cabe preguntarse acerca de las diferencias en las percepciones de las mujeres en calidad de parteras acerca de las especialidades anestésico - quirúrgicas. Las críticas se refieren fundamentalmente hacia profesionales de sexo masculino, que ocupan lugares de poder en los equipos de atención al parto. Cabe recordar que la totalidad de las parteras de nuestro país son mujeres, un porcentaje destacado de las licenciadas en enfermería también lo son. En los últimos años, la especialidad de ginecología ha tenido un incremento en el número de mujeres.

La falta de personal, que aparece vinculada fundamentalmente al sector público, generaría condiciones de cansancio y agobio en los equipos.

La tarea docente puede atentar contra la calidad de atención del parto, según una entrevistada:

“... recursos humanos, tiene la formación de docencia, siempre está lleno de estudiantes, tanto de medicina como de licenciatura en enfermería, como de partera. Eso es lo que hace que de repente haya mucha gente en la vuelta, y a veces se torne falta de privacidad... nosotros tratamos de hacer cumplir un poco todo eso, pero también tenemos en cuenta que es un hospital donde se brinda docencia, ¿no?, aparte de la asistencia y la investigación. A veces en un parto hay ... estudiantes varios, muchas veces somos el personal de enfermería que peleamos un poco por eso, por mantener la asepsia del lugar, de la sala de partos propiamente dicha, porque, digo... genera un poco de resistencia... no nos parece en algunos momentos una actitud del todo simpática, pero tenemos que decirles “chiquilines, los que no tengan ropa por favor, miran del otro lado”, y se generan resistencias un poco en el personal médico porque ellos quieren tener a sus alumnos que compartan toda la experiencia, pero también hay que ver un poquito a la paciente y al recién nacido, que es lábil, y receptor de cualquier germen que ande en la vuelta...”. (enfermera, sector público)

En esta opinión da visibilidad al rol que cumplen las profesiones desde un lugar subordinado, intentan establecer reglas de juego. Una mirada crítica que permite valorar tanto los aspectos del proceso de enseñanza y aprendizaje con los derechos de la mujer en tanto madre y del recién nacido. En la medida en que no se conceptualiza desde un enfoque de género y derechos, la asepsia es la que ocupa un lugar importante, desde donde se defienden los derechos de la mujer y del recién nacido.

La falta de recursos en las instituciones públicas también pueden conjugarse con actitudes profesionales, niveles de decisión de los técnicos, constituyéndose en una forma de vulnerar los derechos de la mujer, según algunas opiniones.

“...muchas veces dejamos de hacer cosas porque no tenemos los insumos. Por ejemplo, a nivel mundial la analgesia del parto, para que las mujeres no sientan el dolor en las contracciones, acá ... anestesiólogo no tiene los medios porque no tiene los insumos para hacerlo. No, es lamentable... pero yo creo que toda

mujer tendría derecho, si lo quiere, a tener un trabajo de parto sin dolor, si opta por eso. Ellas no piden directamente la analgesia, pero dicen ‘sáquenme el dolor’, y no podemos. Si bien no es algo que sea deletéreo para el trabajo de parto, ni para ella ni para el niño, pero sin duda que tendría mayor confort en el trabajo de parto y pasaría mucho más tranquila si no percibe el dolor de las contracciones... “ (ginecóloga, sector público)

Algunas opiniones articulan la organización de la institución, la calidad de atención y aspectos éticos. Los tiempos laborales de los profesionales, la remuneración por acto médico, dejarían en segundo plano el trabajo de parto, para dar lugar a la cesárea.

“Si hacés un estudio de los horarios en que se realizan las cesáreas, te darías cuenta que las guardias cambian a las 8 y a las 20, que la mayoría son entre las 6 y las 8 y entre las 18 y las 20, porque en general, -no digo que todos, hay excepciones como en todo- las pacientes que entran a una guardia la resuelve esa guardia y si no se resolvieron porque el parto fue lento se termina con una cesárea. Muy difícilmente tengas en un pase de guardia a las 8 o a las 20 una paciente que con 7 u 8 cms. casi no existe. Y los que se terminan con posterioridad a las 20 es porque son coordinadas. Que vinieron para coordinar una cesárea, por ejemplo ahora hay una a las 9 que ya estaba coordinado de antemano”. (Partera, sector privado).

Como contraparte, los estudios sobre medición de satisfacción del usuario son visualizados por una entrevistada como un factor que incidiría en la reflexión de los equipos. Sin embargo, para algunos profesionales existe un cambio actitudinal de algunos profesionales, señalando diferencias notorias en la práctica pública y privada y aún en la misma institución. La siguiente reflexión de un entrevistado muestra una faceta discordante con otros relatos:

“Yo he visto situaciones de colegas que directamente a la paciente de guardia la maltratan, es un maltrato y a la paciente de elección ya asquerosamente la sobreprotegen” (ginecólogo, sector privado)

Un tinte polémico se introduce desde un referente del sector público:

“el parto de elección es una cosa que va en vías de desaparecer, las cosas se van a entrar a igualar... antes de la crisis, en las instituciones mutuales, había un 30% de partos de guardia y un 70% de parto de elección. Hoy en día se invirtió totalmente. Hay un 70% de partos de guardia y un 30% de partos de elección. (el costo) va desde los 300 dólares hasta los 800 dólares y 1000 y pico... lo que vos tenés que hacer es asistir el parto pero lo que yo siempre digo, pagar porque te atajen al bebé, no me parece una saludable inversión”.

Esto invita a reflexionar acerca de dimensiones que deberían considerarse en el debate ético de la práctica sanitaria y que podrían constituir uno de los puntos a abordar en la agenda de la reforma del sector salud. Asimismo, probablemente el parto de elección sea un factor de competencia entre profesionales y de miradas diversas desde profesionales de disciplinas y equipos de salud involucrados en el proceso del parto.

Para la mayoría de las y los entrevistadas/os existe un incremento del acompañamiento en el parto en los últimos años, destacando la participación creciente de los padres.

Ello se visibiliza tanto en el sector público como privado. La Ley de Acompañamiento del Parto y del Nacimiento, es mencionada por muchas entrevistadas como un favorecedor de ello. Sin embargo, la participación paterna aún no es contundente.

La actitud habilitante de los profesionales es fundamental, según lo se plantea en las entrevistas. La reivindicación de la participación paterna se encuentra claramente presente en las parteras y de una forma más acentuada en las parteras jóvenes. En sus voces, aparecen términos tales como “derechos reproductivos”, “género”, “humanización del parto”, a la vez que remiten al estudio de estos tópicos en la formación curricular.

Puede inferirse que determinados actores inciden en la formación de las parteras y en el cambio de paradigma.

“Tratamos de convencerlos a los que no quieren entrar. En general el que entra, que es otra cosa (depende mucho de la edad), son los más jóvenes. Los mayores no les gusta entrar, los más jóvenes entran prácticamente todos”. (partera, sector privado)

Los testimonios de los entrevistados abarcan una amplia gama de argumentos acerca de las dificultades para garantizar el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el proceso de parto.

En lo que respecta a la participación paterna, los obstáculos y las dificultades están depositados en la autorización por parte de integrantes del equipo de salud y en las condiciones funcionales y estructurales de los servicios.

Es excepcional que algún entrevistado manifieste su oposición tajante al acompañamiento.

El papel del ginecotocólogo es central en la habilitación del acompañamiento. Muchas veces, las parteras y enfermeras cumplen el rol de informar a las mujeres en trabajo de parto y a los familiares acerca de este derecho. La figura del ginecotocólogo - descrita como asociada a la jefatura de los equipos de parto - refiere al masculino: es “el ginecólogo” el que decide si “el padre entra o no entra”. Varones regulando sus espacios de poder, las mujeres son objetos de las prácticas, su voz no tiene mayor incidencia. Esta decisión parece no ser transmitida directamente a los familiares interesados. Son otro/as integrantes del equipo quienes comunicarían la decisión del ginecólogo de no autorizar la participación del evento obstétrico.

Es posible observar los sentidos que adquiere el acompañamiento en el discurso de ginecólogos y ginecólogas. En el material disponible, fue posible observar que las ginecólogas se apoyan en lo ético y desde lo imperativo mientras que sus colegas masculinos, se ubican en un nivel de interés sin mayor consistencia argumental.

La formación profesional aparece nuevamente en escena, en varios testimonios, entre los cuales destacamos uno de ellos:

“Porque la mayor parte de los obstetras del Uruguay se formaron en el Hospital Pereira Rossell y un reducidísimo número en el Hospital de Clínicas, que son los dos hospitales universitarios. Entonces, vos calculale, lo que está pasando en este momento, que cada 24 ginecólogos (que) se forman por año, 22 se forman en el Hospital Pereira Rossell, donde no entran los acompañantes y 2 se forman en el Hospital de Clínicas, donde los acompañantes históricamente entraron desde que Crotogini fundó esa maternidad”. (técnico referente, sector público)

El aprendizaje que se procesa de esta manera, sin una explicitación por parte de los docentes, integrando la práctica profesional – el denominado Currículum Oculto - constituye uno de los mecanismos de replicación de estereotipos y prejuicios de género, clase social y etnia.

Según entrevistados/as, muchas mujeres concurren sin la compañía de su pareja y el acompañante es otro, generalmente una mujer familiar o una amiga. Ello parece acentuarse en los casos de embarazadas adolescentes, que, según las entrevistas, requieren el apoyo de sus madres.

La existencia de una pareja actual, la edad de los genitores, la preparación durante las clases de preparación en el parto de ambos, son factores descritos como fundamentales para el acompañamiento.

El padre en calidad de acompañante, es visto por las y los entrevistados como “poco funcional”: no tiene en principio un rol claramente asignado en el escenario del parto. Acompañar es un término que puede ser interpretado de forma diversa, según las personas y la relación con la mujer sujeto.

“En el trabajo de parto están mucho más rígidos. En general les cuesta ayudarla a conducir el trabajo de parto, a respirar, a relajarse, todo eso como que le cuesta bastante. Pero hay quienes dirigen mejor que nosotros, que no necesitas ni estar al lado. Que están muy compenetrados con el tema. Pero en el parto en general es más de querer ver y se emocionan mucho, querer crear su mejor vínculo con el bebe en ese momento” (partera, sector privado)

La participación previa en las clases de educación para el parto – instaurada en varias de las instituciones – podría atenuar este efecto, al permitirle una función de apoyo afectivo auténtico a la mujer en trabajo de parto. Un factor que obstaculizaría la participación, serían las limitaciones para concurrir a los cursos. El horario en que se realizan y el cobro de los mismos, conspirarían para asegurar la participación en los cursos por parte de los varones.

El padre es descrito por un número considerable de entrevistadas/os como un individuo “torpe”, que tiende a “desmayarse” y “necesita ser asistido”.

El parto parece ser un reducto, un lugar privilegiado de las mujeres, aun en la actualidad, a pesar de la participación del ginecólogo y el creciente proceso de institucionalización y medicalización. El varón, en calidad de acompañante es un visitante en “el reino de las mujeres”.

El varón en su carácter de genitor y pareja se encuentra en un escenario en el cual aparecería como un extraño, un visitante. El guión de género no hace más que confirmar que este lugar no le corresponde. El desmayo es la prueba de que va contra las reglas.

A la hora de explicar esta típica ajenidad o ineptitud paterna en la sala de parto, algunos entrevistados parecen estar refiriéndose a la naturaleza misma de las cosas.

“... la mujer está desde chica..., ya sabe que en algún momento va a tener, sabe que la madre va a tener, y que está un tema de género también. Y el hombre como que está siempre... por fuera, hasta el momento que se ve ahí adentro, está naciendo el hijo, y ahí como que pone ... como hielo (...) La mujer se siente mucho más adentro, como que lo toma mucho más natural, pese a los dolores y demás lo tienen muy incorporado”. (practicante interno de medicina, sector público)

La primera operación intelectual del entrevistado consiste en alinear la sala de partos con el hogar y la mujer y luego colocar al hombre “siempre afuera”, como un extraño respecto de lo que allí sucede: el “afuera -público” le pertenece, el “adentro-privado” es de ella. Esta ajenidad no podía haber sido expresada más radicalmente: su hijo está naciendo, y él pone “como hielo”. Siguiendo con atención este breve desarrollo discursivo puede notarse una circularidad muy sintomática de las convicciones que lo permean: la pregunta acerca de porqué el hombre está “por fuera” es respondida con la constatación de que “el hombre como que está siempre por fuera”.

En pocas palabras, ésta una manifestación de convicciones culturales hondas, que aparecen en la filigrana de numerosas apreciaciones del personal tratante, aunque en grados muy variables y sólo excepcionalmente con palabras tan directas como las que acabamos de citar.

En este sentido, el fragmento citado no es de ningún modo representativo de las expresiones recogidas en las entrevistas, y en cambio reviste un gran interés paradigmático por la nitidez con que aparece la justificación socio-cultural de la ajenidad del padre en la sala de parto. Es de una naturaleza, ordenada simbólicamente.

En simetría con la imagen de padre bien intencionado pero “poco funcional”, desde el personal de salud a menudo se esperaría que éste sea precisamente el comportamiento del varón; de ahí que a menudo su presencia sea vista más como un obstáculo o una molestia potencial. Hay aquí un circuito de retroalimentación, una virtual “profecía autocumplida” en que los comportamientos esperados intervienen en la propia situación contribuyendo así a su efectiva realización.

Se trata, claro está, de una tendencia y de un factor más; sería una simplificación derivar de aquí que el padre actúa como lo hace *por inducción* del personal de salud que atiende a la madre. Queremos señalar, en cambio, que no puede subestimarse esta sutil intervención –social, cultural, psicológica- en esta realidad compleja, relacional e interactiva que pretendemos aprehender. Hecha esa precisión, es muy sugestivo constatar que dichas expectativas de comportamiento de los profesionales intervinientes afloran aun en el abordaje de la problemática que realizan ciertos entrevistados persuadidos de que la participación paterna es algo globalmente positivo que debe ser alentado.

Es también, un momento de quiebre de la figura masculina que aquí aparece “frágil”, susceptible ante lo que se presenta ante sus ojos. ¿Qué significa el desmayo? ¿Es acaso intolerable ver la intimidad de su mujer expuesta ante otros? ¿Es un intento inconsciente de descentrar la atención en la mujer, ahora protagonista?

Esta reacción no aparece *nunca* problematizada por el personal entrevistado, es un simple dato incuestionable. Por lo general se lo percibe como algo “natural” que puede o no suceder, y suele ser recibido con comprensión y con cierto sentimiento de condescendencia casi divertida que recuerda la actitud del mayor hacia las ocurrencias infantiles signadas por la ingenuidad y la inexperiencia. Dejamos aquí sentada la sospecha de que esta huida literal de la realidad que se sustancia en el desmayo, debe ser tematizada como *resultado* de ciertas percepciones y convicciones preexistentes en el protagonista, y no como una mera reacción “biológica” o “física” registrable sin más como un dato de la realidad.

Deberíamos preguntarnos acerca del significado del desmayo en estos contextos muy precisos, y ahondar en los factores que han “naturalizado” el derecho del varón a evadirse en el momento del nacimiento de su hijo sin que deba sentirse responsable por ello. No es lugar aquí para ocuparnos detenidamente del asunto; nos limitaremos a consignar que reviste el mayor interés para esta investigación y que por tanto será retomado en el contexto de la misma. Una enfermera, con diez años de servicio y fervorosa defensora del ingreso del padre a la sala de parto. Este fragmento contiene –a nuestro juicio- todos los elementos que venimos de caracterizar:

“... ayer por ejemplo nos pasó, un padre no tenía ropa, nosotros le conseguimos, entró, y tuvimos que sacar al padre porque se desmayó en la sala de parto: bueno tá, tuvimos que sacarlo; era muy jovencito, y ella muy jovencita también. Y yo digo ‘bueno, me parece que vamos a tener que atender al papá’, y entramos en un clima de broma, él después intentó entrar de nuevo, volvió a salir de nuevo, y no lo vio la salida de su recién nacido, no lo pudo ver, lo vio después que estaba en la balanza que lo estaban pesando, pero en el momento que salía no, porque fue cuando lo tuvieron que agarrar entre dos, se nos caía ahí (se ríe)”.

Queda así ilustrada la escena del desmayo, de perder el conocimiento, como algo que sucede y punto, y que es recibido por el personal con una actitud que combina paciencia, jovialidad y condescendencia en dosis variables.

Veamos ahora el caso o ginecólogo, que expresa la voluntad manifiesta del equipo de persuadir a los padres de que “...va a ser una experiencia muy interesante, muy linda y acá le permitimos entrar”, a lo que agrega renglón seguido: *“En la cesárea hay un cuartito, en los cuales [a los padres] se los viste, se los pone en la cesárea y se les dice que si cualquier cosa se desmayan que se sienten, porque puede pasar, pero estamos tratando que participen en el momento del nacimiento de su hijo”.* La tenue frontera que separa el enunciado de una posibilidad y aquello que se piensa como “normal” –véase la insistencia en “...porque puede pasar”- deja traslucir la expectativa del médico camuflada tras la apariencia de una aséptica constatación “objetiva”. El anuncio de lo que “puede pasar” no es la simple constatación de un dato estadístico, sino que responde a cierta convicción íntima de que, en definitiva *debería pasar*. Y de allí a que más vale prescindir del padre “por las dudas”, hay apenas un pequeño paso que puede ser hecho por simple sentido común. En este sentido, podría ser el razonamiento de algunos: ¿qué es lo que aporta el padre en esa circunstancia, que no sea prescindible? ¿Y porqué no prescindir de él, si además se previene así el riesgo de contar con una molestia extra en el proceso de parto?

Así, la figura del padre que “entorpece”, se pone nervioso, molesta y se convierte en un demandante extra de atención, tiende a anteponerse a cualquier otra consideración. Algunos ginecólogos lo dicen con todas las palabras: *“Si el padre se descompensa con la madre ahí si que sería un caos. Mejor que no entre”.*

Cuando esto sucede, a menudo el personal interviniente tiende a subestimar otros aspectos emocionales, psicológicos, afectivos, etc., involucrados en la participación del padre - esposo en el parto, al menos tan importante como los aspectos biomédicos e higiénico-sanitarios. Se verifica también una clara asociación entre la percepción de que los padres *“en general se niegan a entrar al parto”*, y una actitud de indiferencia o desestimación de toda importancia de la presencia del padre en el parto, por parte del entrevistado. Notemos por otra parte que tal generalización es errónea a todas luces. Pero queremos subrayar sobre todo, que muchos de estos entrevistados en particular, proyectan en el padre su propia convicción de la inutilidad o inconveniencia de la presencia paterna en el parto.

El padre puede generar cierto grado de irritabilidad en los equipos, si no participa del “drama del parto”, si no se involucra y actúa. Por lo tanto, filmar o fotografiar es visto por varios entrevistados como desubicado y es motivo de prohibición.

El desmayo o la participación no adecuada pueden descentrar la atención del equipo o parte de este, para la atención del padre. Sin embargo, aparece una opinión, aunque minoritaria interesante, en la medida que cuestiona el mito del padre que pierde el conocimiento.

“Los que entran, no existe que se desmayen, no existe eso”. (partera, sector privado)

El parto y la cesárea son dos escenarios totalmente diferentes. En el primero, a pesar de los procedimientos de medicalización, predomina un discurso de estar ante “lo natural” - descrito como proceso “fisiológico”.

Sin embargo, la cesárea se transforma en una ruptura de ese “proceso natural”. Adquiere relevancia la asepsia y el ginecólogo ahora es más cirujano que obstetra. Las relaciones en el equipo de salud se modifican y adquieren mayor verticalidad, porque otros aspectos entran en consideración: la anestesia, los parámetros vitales monitorizados de la madre y del feto.

Allí, salvo excepciones, el acompañante sale de escena: los derechos adquiridos, los aspectos positivos del acompañamiento, son secundarios ante el acto anestésico quirúrgico. Esta salida es relativa o total, de acuerdo a la institución.

La ausencia del acompañante, centrada en la figura paterna, no es un aspecto que reviste trascendencia. Porque acompañar remite a los componente psico afectivos y vinculares en un escenario en el cual lo fisiológico es biología aplicada. Acompañar aparecería como secundario y prescindible. El parto va a acontecer con o sin apoyo psico emocional, que es lugar atribuido al acompañante.

A veces, el que necesita apoyo es que el que debería apoyar y acompañar:

“se ponen nerviosos, que se angustian, que quieren salir y entrar, salir y entrar...” (licenciada en enfermería, sector privado)

Es posible visualizar, a través de los testimonios, un cambio generacional. En ese sentido, dos o tres décadas serían un período por demás considerable en relación al lugar del padre en el parto. Ello se trasluce en lo que manifiestan los entrevistados. Los hombres no tan jóvenes parecen adherir al rol estereotipado, aquel varón que espera fuera de sala de partos las novedades respecto al nacimiento.

“El padre joven es el que participa más. Se emociona más. Es decir que vos ves que siente más la llegada de su hijo. El hombre de más de 30 años como que se mantiene en una postura de observador que otra cosa. Lo toma al bebé, tá precioso, comenta que tiene otros hijos, etc. pero el padre joven es el que uno lo ve que se emociona, ayuda, es el que más la hacen sentir bien”. (partera, sector privado)

“El padre añoso se niega y más cuando tiene otros hijos - como no vi. el nacimiento de mis otros hijos este no lo quiero ver”. (partera, sector privado)

Es necesario introducir aquí otro importante condicionamiento de este fenómeno: la presión “conservadora” o “regresiva” ejercida por los problemas de índole económica o presupuestal. El caso más evidente es el de los padres jóvenes de condición social baja, dispuestos a participar pero a menudo ausentes por razones de fuerza mayor asociadas al vínculo laboral: *“a veces no está en el trabajo de parto capaz que no por elección o porque no quiera, porque tiene muchos hijos para cuidar, tiene que trabajar y no puede dejar de trabajar...”*. Pero veamos una situación algo más compleja, visible en el caso de una ginecóloga que ha sido desde siempre activa promotora de la participación del padre en el parto; la experiencia le indica que el padre que se desmaya en sala sin poder contar con “recurso humano” para ocuparse de él, se constituye en factor objetivo de entorpecimiento del proceso de parto. En este caso, el padre es *efectivamente* una presencia molesta en circunstancias que atenúan la valorización –emocional, psicológica, “humana”- de su participación. Esta experiencia –y el temor a que se repita, aun en el caso de que fuera poco frecuente- induce a la ginecóloga a introducir *expresamente* esta prevención en la comunicación rutinaria con familiares de la parturienta:

“...entonces yo siempre les digo: si ustedes ven que se van a marear, o lo que sea, se tiran despacito al piso, que más de ahí no van a ir, y seguro que no les va a pasar absolutamente nada, que es un mareo dado por las circunstancias”. Nótese que al momento de transmitir esta experiencia al entrevistador, la ginecóloga emplea un llamativo plural que acentúa el carácter genérico de la prevención: es obvio que en la situación de interacción real, siempre se trata de una persona singular y no de “ustedes los padres”. Y aquí, este carácter genérico no está dictado ni por un dato estadístico – no es habitual que el padre se desmaye- ni por un prejuicio cultural – la entrevistada promueve vivamente la participación paterna- sino por un condicionamiento estructural que no puede soslayarse y que por tanto se vuelve imperativo por sí mismo: la insuficiencia de personal en la sala de parto. En síntesis, este condicionamiento externo – económico financiero, presupuestal, estructural- reaccúa sobre la situación toda, induciendo en el personal tratante una actitud preventiva (*“si ve que se va a marear...”*) que tiene el efecto paradójico de *legitimar* el mareo o desmayo paterno que lo deja automáticamente fuera.

Los factores culturales y el nivel de instrucción puede estar jugando un lugar destacado en la participación paterna según generaciones. Un indicio de ello, es apreciable en el acompañamiento del parto en adolescentes mujeres. La mayoría parecerían reclamar la presencia materna más que de la pareja. El apoyo psicoafectivo estaría ubicado en la experiencia materna. A su vez, el embarazo y la maternidad adolescente, tienen una clara distribución socioeconómica, siendo el Hospital de la Mujer (CHPR), la institución paradigmática: uno de cada cuatro partos se ubican en adolescentes de 19 años y menos.

En algunos casos, las mujeres son aconsejadas por integrantes del equipo a solicitar la presencia de un acompañante. En estos casos cabe preguntarse acerca de la información previa de las mujeres de un derecho consagrado por Ley. Por otra parte, algunas mujeres solicitan compañía, sin necesariamente conocer la ley, es algo que ya está instalado en el imaginario colectivo.

“La mayoría quieren que esté. Yo he tenido creo que poquísimos casos, 2 o 3 casos en años, que no querían que estuviera”. (partera, sector privado)

Los acompañantes son diversos, cuando no es la pareja, puede tratarse de una mujer familiar, en algunos casos excepcionales son otros varones: el padre o el hermano de la parturienta.

El vínculo en la sala de partos generalmente es descrito como positivo. Son excepcionales los relatos de las mujeres que mantienen una relación conflictiva con sus parejas en estas circunstancias. En ocasiones, cuando la mujer se encuentra muy ansiosa, la pareja retroalimenta la ansiedad, lo que acaba motivando la intervención de algún integrante del equipo de salud.

La mayoría de las y los entrevistados admiten que las mujeres en trabajo de parto prefieren estar acompañadas por alguna persona familiar. La figura del compañero - en calidad de padre - se encuentra presente como un referente. En ocasiones, el desempeño de los varones “deja que desear” en calidad de acompañante, pero se entiende que ello se va modificando paulatinamente

“El padre venía prácticamente sin prepararse, se asustaba cuando veía la sangre, se nos caía desmayado, hay un montón de cosas que anunciaban que en vez de ser algo que nos ayudaba con la paciente, era algo que entorpecía porque la paciente se ponía nerviosa y decía –¿cómo está mi esposo?” (licenciada en enfermería, sector privado)

Algunas mujeres, sobre todo aquellas en situación de exclusión social, viven dramáticamente el parto. Dos testimonios evidencian la ausencia de apoyo de familiares y vecinos, a través del planteo que han dejado a “los niños encerrados”, esperando su inmediato retorno posparto. La urgencia se ubica en el hogar, en los otros hijos, donde se le ha expropiado de un tiempo para, paradójicamente “ser madre”. Las profesionales que traen estos testimonios comprenden, pero rebasaría la capacidad de los equipos de salud y los sistemas de referencia y contra referencia sanitaria de actuar apropiadamente.

Entendemos que las estribaciones culturales de la tradicional división patriarcal de roles que asigna a la mujer toda la tarea reproductiva, y al varón las funciones de sustento del hogar se encuentran presentes en los argumentos de entrevistadas/os. Esta neta división de roles puede percibirse aún en las apreciaciones de quienes defienden firmemente la participación paterna en la sala de parto como un derecho. Es el caso de una de las entrevistadas, que manifiesta que la participación del padre es no es necesariamente favorable, y agrega:

“...siempre promocionamos que participe el papá, pero a veces hay hombres que no quieren participar, que no se sienten preparados o que no tienen ganas o que las propias mujeres no quieren que esté el padre y quiere que esté su mamá, o una hermana, una amiga”. (partera, sector público)

La decisión materna por ser “la prioridad”, y “la comodidad”, es un argumento presente en varios testimonios: queda claro que la función paterna se encuentra en función del confort materno. Esta íntima convicción de la entrevistada –probablemente no consciente y sin duda no deliberada- sale más expresamente a luz cuando se refiere a su actitud hacia el padre al interior de la sala de parto. Una entrevistada lo expresa:

“...a veces estamos preocupados que no nos ‘molesten’, es más la preocupación de no ocuparnos del padre, además de lo que nos ocupamos de la madre, es más eso que ver cómo lo incluimos”.

La mayoría de los/las entrevistados/as entienden que es necesaria la participación y afirman estimular el acompañamiento.

“Yo, cuando no quieren entrar les digo “tú tienes la opción y ella no tiene la opción, me parece un poco egoísta optar por no estar cuando en definitiva a ella le sirve que esté”. Y en general todos están de acuerdo”. (partera, sector privado).

En este caso, se apela a la figura de un padre que pueda sostener a su pareja, aunque queda en duda cuál puede ser la expectativa cuando en principio no está afín de participar. Cuando por alguna razón, como en la cesárea, el varón no ingresa a la sala, algunas de las entrevistadas habilitan el vínculo padre – hijo/hija.

“Después que nace y le hacen las primeras medidas, pasan a un lugar donde le hacen la revisión del bebé y ahí el padre pasa, puede sacarle fotos, lo tiene en brazos, lo puede vestir. Es muy buena esa experiencia”. (licenciada en enfermería, sector privado)

El primer vínculo estimula a algunas de las entrevistadas, a fortalecer la participación paterna.

“Al principio nos costó. Se agregaba una tarea más: el padre entraba y había que vestirlo, había que guiarlo, había que cuidar que se lavara las manos, que no tocara esto, que fuera para acá, pero a medida que nosotros vimos la importancia que tiene realmente para la paciente, la que está despierta que esté su esposo ahí, o su compañero, como que es mejor. Además viendo la reacción de los padres en principio como el primer vínculo, como que es muy fundamental. Porque él ve todo. Una cosa es que uno le cuente al padre pasó esto y pasó lo otro y otra que él vea todo el trabajo y todo... (licenciada en enfermería, sector privado).

Las “excusas” para no habilitar la participación paterna cada vez parecen más débiles. En los hechos hay profesionales que cuestionan el argumento de la falta de equipos, pues observan una disponibilidad de cientos de ellos en el hospital. Conseguir el equipo es un desafío de último momento para los varones y probablemente quienes esgrimen esta dificultad, no visualizan el posible beneficio para la mujer del acompañamiento.

Por otra parte, algunas entrevistadas estimulan la participación para que los varones sean testigos de los dolores asociados al trabajo de parto. Cabe preguntarse acerca de la necesidad de un parto doloroso como elemento de aprendizaje u otros factores proyectados en una escena del dolor.

“Capaz que justo ... no sé: ponele que no tuviera equipo y que justo no se pudiera conseguir el equipo, bueno, adentro de la sala de parto no puede entrar, pero de todos modos ahí hay una puerta y una ventana y lo puede mirar por lo menos desde ahí. No puede entrar por el hecho de que no está estéril ni nada, pero por lo menos que miren de ahí.” (partera, sector público)

El conflicto entre el “deber ser” racionalmente compartido por una parte y ciertas convicciones o actitudes acendradas por otra, es más perceptible entre los médicos de más edad. Así el caso de un ginecólogo de 60 años que se expresa con elocuencia muy precisa sobre los beneficios de la presencia paterna: *“...generalmente el pediatra cuando finaliza le pone al recién nacido en el pecho de la madre y ahí el varón lo agarra (...) En la vida hay pocas cosas tan gratas para los seres humanos como ese momento”. Manifiesta también haber leído sobre el tema, y constata así que “dentro de la obstetricia*

moderna, la participación del padre está detallada como un elemento más". Preguntado luego respecto del texto de la ley, dice: "...no estoy en desacuerdo de ninguna manera y lo hemos manifestado en toda esta reunión (se refiere a la entrevista)". Agrega inmediatamente, que esta ley debería contemplar excepciones en que "... uno podría ver o manifestar la necesidad de que el padre no esté": un padre "muy agresivo" o que "...tiene una carga psicológica tal que puede ser negativa su presencia en el parto" por cuanto el ginecólogo pudiera "no permitir el ingreso". Es evidente que el médico alude aquí a escenarios posibles de comportamiento paterno, aunque la escasa alusión a los mismos en el total de entrevistas lleva a pensar que el padre "muy agresivo" no es frecuente. Pero la importancia que atribuye a tal especificación en el alcance del texto legal, delata que en su percepción la participación del padre en la sala de parto es una concesión que debe ser cuidadosamente regulada por el responsable del acto biomédico, antes que un derecho familiar y psicológico-social a custodiar con el mayor celo. Otra percepción muy diferente por ejemplo, es la de un ginecólogo joven que argumenta ampliamente a favor de la participación del padre, y que menciona al pasar: "...si viene un acompañante que es un débil mental, bueno, tá... pero es uno entre miles; a ese le pedís que se vaya, que salga".

Es así que la valorización de la participación paterna en el proceso de parto traiciona su condición de fenómeno todavía reciente y en curso de generalización, sobre todo cuando se la mira en la perspectiva generacional: cuanto más joven el personal de salud, tanto más persuadido de la importancia del asunto; cuanto mayor, tanto más proclive a reconvenciones u observaciones críticas. Asimismo, puede detectarse un corte algo más sutil al interior del grupo de quienes asumen expresamente ante el familiar la defensa de los beneficios de la participación paterna; nos referimos a la manera en que el asunto es abordado diferencialmente por varones y por mujeres. Si el ginecólogo tiende a quedarse en apreciaciones generales del tipo "experiencia interesante" o "linda", la ginecóloga interpela más directamente la condición paterna: "...yo les digo: ¿cómo te vas a perder el nacimiento de tu hijo?". La ginecóloga procura involucrar al padre en el sentido más fuerte del término, en las operaciones y gestos concretos en que dicho involucramiento puede desdoblarse:

"...no solo con el tacto vaginal sino también en el momento del pujo que es fundamental (...) Entonces le digo al papá, mirá los pelitos entonces que él va y ve y le dice: mirá que está naciendo, dale que es un esfuerquito. Entonces eso es lo que hace nacer a un niño y el papá que ve eso así, te puedo asegurar que no va a dejar nunca a ese hijo o a esa mamá con su hijo".

Las proyecciones acerca de la configuración familiar futura, también se encuentran en las líneas argumentales que promoverían la participación paterna en el parto, tal como queda explícito en este testimonio.

En cuanto a cómo mejorar la participación paterna: no surgen opiniones creativas, pero debería tomarse nota de algunos aspectos, por ejemplo, un nivel de integración concreto y a la vez simbólico:

"Que se le permitiera otro tipo de cosas que ellos a veces piden y no se les permite. Por ejemplo cortar el cordón... salvo algunos casos de familiares, conocidos o gente que tiene cierta influencia en los médicos, no... ya que no se les ofrece" (partera, sector privado)

La filmación de los partos, más que un rol no adecuado de los varones, es descrito como un posible factor que podría tener otras repercusiones

"El tema que hay es el de los juicios. Pero si vos estás seguro que estás trabajando correctamente en realidad te avala tu tranquilidad, porque en realidad accidentes pueden existir". (partera, sector privado)

La previsión de las instituciones, puede favorecer la participación, aun en la cesárea, al incluir en el presupuesto los elementos imprescindibles:

“los padres son totalmente participativos, e incluso la institución ya toma –desde el punto de vista de los recursos materiales- para proveer al padre con los equipos para vestirse para block quirúrgico, porque hay un stock determinado de recursos materiales”. (Licenciada en enfermería, sector privado)

En cuanto a la opinión acerca de integración del equipo de salud ideal para acompañamiento, la figura del psicólogo es prácticamente inexistente, lo que ejemplifica que los procesos definidos con el cuerpo, remiten a lo orgánico y a los procesos fisiológicos. La propia definición de salud reproductiva tiende a confirmar la mirada médica.

La creciente legitimación de la participación de un acompañante y en particular de la pareja, se encuentra en tensión con el rol atribuido a quienes no son parte del equipo pero participan del mismo. Salvo una, todas las entrevistadas/os definen al equipo como un equipo de profesionales. El acompañante no forma parte de un equipo, solo puede ser visualizado realizando un apoyo psicoafectivo, en el mejor de los casos. Prácticamente la totalidad de las y los entrevistadas/os niegan haber accedido a bibliografía específica sobre el acompañamiento en el parto. Ello nos habla de las limitaciones curriculares de la formación de grado y posgrado y el papel de las instituciones en su rol de actualización de los profesionales que en ellas se desempeñan. Resulta sorprendente el escaso número de profesionales que ha realizado la lectura de la Ley. Algunas y algunos lo admiten directamente, en otras las apreciaciones son vagas o no concuerdan con la realidad.

A pesar de ello, nadie niega la importancia de la Ley y concuerdan con su aplicación.

“Sí, porque estaba en el parlamento en ese momento, cuando estuvo en pase a comisión en el parlamento” (partera, sector privado)

“La tengo colgada en el sector. Estoy totalmente de acuerdo” (licenciada en enfermería, sector privado)

Para las estudiantes de partera, la Ley se encuentra incorporada a la formación curricular:

“Nosotros desde que entramos a la Escuela teníamos una materia que era Comunidad, y Preparación para el Parto era otra materia, y bueno, ahí empezamos a trabajar la ley, y a partir de ahí nosotros la incorporamos y la damos como que es ley ya, nosotros ya la estamos difundiendo”. (estudiante de partera)

Por otra parte, existen opiniones que discrepan radicalmente con lo planteado, mostrando la distancia entre la sanción de las leyes y su aplicación. Esto parece reforzarse en el campo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres:

“No es ningún avance. ¿De que te sirve una Ley si no establece sanciones?. Cuantas leyes existen en este país, y te puedo nombrar al toque diez leyes que existen y como no producen ningún tipo de consecuencia, no se aplican. Esta es una de ellas, la del Papanicolau es otra, la de la mamografía es otra. Todas en esta área de la salud reproductiva... La (Ley) del registro del Sistema Informático Perinatal, que vos tenés la obligación de hacer el carnecito. La institución tiene la obligación de ponerlo en formato digital y enviarlo al Ministerio... Hay infinidad de leyes que existen y no están reglamentadas, entonces tampoco por ejemplo la Ley del Papanicolau y de la mamografía están

reglamentadas pero la reglamentación repite lo que dice la Ley, no establece los pasos para hacer su aplicación” (técnico referente, sector publico)

La reglamentación de las leyes vigentes y la vigilancia de su aplicación por parte de los organismos rectores de la salud, serían entonces un desafío para asegurar la equidad de las prestaciones y la calidad de atención.

5. Algunas reflexiones abiertas

El lugar asignado a los varones en calidad de acompañantes en el parto y nacimiento se encuentra, enmarcado en la transición entre dos modelos de atención. Un modelo, *materno infantil*, en el cual el rol materno y *modelo integral en salud reproductiva*. Y entre un proceso de medicalización del parto en tensión con la humanización del parto y el nacimiento.

Si bien el acompañamiento del proceso del parto es apoyado por la inmensa mayoría de las y los entrevistadas/os, los argumentos no parecen sostenerse desde evidencias científicas. La línea argumental a la que acuden las y los entrevistadas/os de la última de las investigaciones citadas, se enmarca tan sólo en la necesidad de acompañamiento en tanto apoyo psico - afectivo. A pesar de ello, el acompañamiento es un hecho prescindible para los integrantes de los equipos de salud. La habilitación de los profesionales de la salud continúa siendo clave, aún atentando contra los derechos legales de las mujeres y sus acompañantes. Es interesante revisar, desde una mirada más abarcativa, cual es el lugar asignado a los varones en los servicios de salud en el primer nivel de atención. Un trabajo reciente de Parry Scott (2005), “Género, familia y comunidades: observaciones y aportes teóricos sobre el Programa Salud de la Familia”⁸ coincide plenamente con nuestros planteos

Las limitantes del acompañamiento vinculadas a las deficiencias edilicias, a la escasa disponibilidad de ropa adecuada para el acompañante, al alto número de partos en las instituciones, a la pérdida de intimidad de las mujeres y otros factores que limitantes del ingreso de los padres al parto – todos ellos acentuados en los servicios públicos -, no han adquirido aún un lugar privilegiado en espacios académicos de formación y de definición de políticas nacional y regionales.

Las imágenes estereotipadas acerca del padre muestran el universo simbólico en el que están insertos los profesionales de la salud, acerca de la división sexual del trabajo, del papel adjudicado a las mujeres en la crianza y en lo doméstico y en el lugar de proveedor - distanciado afectiva y materialmente del cuidado doméstico - de los varones. Sobretudo de los ubicados en los sectores de pobreza.

En Uruguay, la presentación del estudio ante autoridades del Ministerio de Salud Pública, representantes del Senado y de OPS, generó el compromiso de la reglamentación, la cual fue promulgada en el mes de marzo de 2006. A su vez, ello implicó una estrategia comunicacional por parte del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo, que viene generando importantes avances en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud.

Entendemos que la integración de las evidencias científicas provenientes del campo de la salud y de las ciencias sociales, la legislación, el empoderamiento de las mujeres y el cambio cultural en los varones,

⁸ publicado en “Género e Saúde. Programa Saúde da família em questao”, Wilza Villela y Simone Monteiro organizadoras. Arbeit Factory. Editora y comunicação. Sao Paulo, 2005.

permitirá que el momento del parto y el nacimiento puedan sintetizar una nueva modalidad de organización de las relaciones humanas, basadas en una ética orientada a garantizar derechos y a fortalecer responsabilidades.

Bibliografía de Referencia

Advocaci (2003) - Derechos sexuales y reproductivos en la perspectiva de los derechos humanos. Síntesis para gestores, legisladores y operadores del Derecho. Advocacia cidadã pelos direitos humanos. - UNFPA.

Alatorre, J. (2002) - Paternidad responsable en el istmo centroamericano – Documento de Naciones Unidas - CEPAL. LC/ MEX/L475/Rev.1.

Arilha, M. (1999) - Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Disertación de Maestría en Psicología Social, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo.

Burín, M; Meler, I. - (2000) Varones. Género y subjetividad masculina. Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires.

Castro, R. (2000) *“La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza”*.UNAM México

Cohen, S; Burguer, M. (2002) - Nota programática: Se necesitan dos. Colaboración con los hombres en la salud sexual y reproductiva. UNFPA. USA.

Documento (1998) - Resumen final del Simposio Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas. Oaxaca, México. IPPF/RHO - AVSC Internacional.

Documento (1998) - Cinco estudios de caso para el Simposio sobre participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas. IPPF/RHO. AVSC.

Documento (2004) Atenea: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Informe Latinoamericano. RSMLAC - UNFPA.

Documento (2004) - Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Plan de Acción 2004 - 2007. Brasilia - DF. Ministerio de Salud

Documento (2002) – Estrategia regional para la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas – 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. OPS /OMS

Documento (1994) - Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Editado por Naciones Unidas. USA.

Documento SPP31/7. (1998) - Programas de Garantía de la Calidad de Atención en Salud. Sub Comité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. OPS. Washington, D.C.

Documento Informe del Secretario General de Naciones Unidas (2004) - Papel de los hombres y los niños en la igualdad de género. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la mujer. 48 Periodo de Sesiones. Naciones Unidas. E/ CN.6 /2004/9

Figuerola Perea, J. (1996) Elementos para interpretar la relación entre la salud, la reproducción y la sexualidad en la especificidad de los varones. Revista Cuadernos en Salud Pública, Brasil.

Fuller, N. (editora) (2000) - Paternidades en América Latina - Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fuller, N. (2002) - Masculinidades. Cambios y permanencias. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Gomensoro, A., Güida, C., Corsino, D., Lutz, E. (1995) – La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje?- Editorial Fin de Siglo. Reedición UNFPA. 1998. Uruguay

Güezmes, A. (2004) - Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Un enfoque integrado de Derechos Humanos, Salud Pública y Género. PALTEX.

Güida, C; Martínez, I; Salles, G; Scarlatta, L. (2006) – De paternidades y exclusiones: el lugar de de los varones en sectores de pobreza extrema. UNIFEM – PNUD. Trilce. Montevideo.

Güida, C. (2006) – “Equidad de género y políticas públicas en Uruguay: Avances y resistencias en contextos complejos en “Debates sobre Masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía”. En Gloria Careaga y Salvador Cruz (compiladores).PUEG – UNAM – México.

Güida, C. (2003) - El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. Revista Nº 3 Tomo 6. Masculinidad. - AUDEPP. Montevideo, Uruguay.

Güida, C. (2003) - Las prácticas de género y las prácticas excluyentes de los varones en el campo reproductivo. En “Primer Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”. Edición Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y Editorial Rosgal.

La Rosa Huertas, L. (2004) - Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización del enfoque de género. Documento disponible en página web de OPS

López Gómez, A. (coordinadora), Benia, W., Güida, C., Contera, M., Echebeste, (2003) - Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Edición Facultad de Psicología UdelaR - UNFPA. Uruguay

Matamala, M. (1995) – Género, calidad de atención. ¿Salud Reproductiva de las Mujeres? Ed. Chile

Mohedano, M. (2006) – Maternidad centrada en la familia: encuentro de derechos y evidencia científica. Factores obstaculizadores y favorecedores, en I Salud, Publicación del Instituto Universitario ISalud. Buenos Aires.

Olavarría J; Parrini, R. (editores) - Masculinidad/es: Identidad, sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. FLACSO. Chile, 2000.

Olavarría, J y Moletto, E. (editores) (2002) Hombres: Identidad/es y Sexualidad/es. FLACSO – Red Masculinidad/es. Chile

Onyango, C. (2001) - Gender and Equity in Health Sector Reform: a Review of the Literature. - Documento disponible en página web de OPS.

Pantelides, E. et al (2006) - Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo. OPS.

Soto, C. et al. (2006) - Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. En Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile

Olavarría J. y Valdés, T. - Masculinidades y equidad de género en América Latina. Edición FLACSO - Chile.